

Allochtonen en verslaving

Allochtonen en verslaving

Inventarisatie van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen in Nederland en over de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden

**drs. R.V. Braam
drs. H.T. Verbraeck
dr. G.F. van de Wijngaart**

**met medewerking van:
drs. E. Böhm en F.R.J. Leenders**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Braam, R.V.

Allochtonen en verslaving; Inventarisatie van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen in Nederland en over de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden / R.V. Braam, H.T. Verbraeck, G.F. van de Wijngaart; m.m.v. E. Böhm en F.R.J. Leenders. - Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek

Met lit. opg.

ISBN 90-5187-282-8

Trefw.: drugs; hulpverlening; etnische minderheden; Nederland.

NUGI: 664 minderheden / 735 verslavingsproblemen

© 1998. Centrum voor Verslavingsonderzoek, FSW, Universiteit Utrecht

Boekverzorging: AV-Media FSW Universiteit Utrecht

In opdracht van ZorgOnderzoek Nederland (ZON).

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van fotokopie, druk, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Centrum voor Verslavingsonderzoek.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Methoden van onderzoek	9
Deel A: Literatuur review	13
Inleidend: Algemene zaken	13
I. Omvang middelengebruik	15
1. Allochtonen in Nederland	15
2. Middelengebruik	19
II. Aard middelengebruik	26
III. Hulpvraag allochtone gebruikers	30
1. Sociaal-economische en medische hulpvraag van allochtone verslaafden	30
2. Behoeften en wensen van allochtone druggebruikers ten aanzien van de verslavingszorg	31
3. Gebruikmaking van de verslavingszorg door allochtone druggebruikers	31
IV. Hulpaanbod	40
1. Geschiedenis categorale instellingen naar integrale:	40
2. Laagdrempelige zorg	42
3. Hoogdrempelige zorg	43
4. Traditionele en nieuwe vormen van hulpverlening	46
V. Knelpunten	47
1. Gebrek aan zicht	47
2. Gebrek aan grip	50
3. Gebrek aan beleid	55
VI. Successen	57
Deel B: Telefonische enquête	61
Samenvatting	69
Conclusies	81
Aanbeveling voor verder onderzoek	85
Literatuur	87

Inleiding

Aanleiding

In 1997 kreeg ZorgOnderzoek Nederland (ZON) de opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een programma te ontwikkelen voor de vernieuwing en verbetering van de verslavingspreventie en -zorg, waarbij de zorginnovatie voor allochtonen een speerpunt was. Voor het programmeren van de verslavingspreventie en -zorg voor allochtonen ontbrak het ZON aan specifieke informatie. Uit een inventariserend onderzoek van E S & E Beleidsonderzoek – dat in opdracht van het Ministerie van VWS een “korte schets” van de situatie rond verslavingszorg en het bereik daarvan van allochtonen in Nederland heeft gemaakt – bleken veel knelpunten binnen de zorg en veel hiaten in de kennis over allochtonen en verslaving te bestaan (van den Broek & Etman 1997). Om deze achterstand in informatie in te halen heeft ZON het Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO) van de Universiteit Utrecht benaderd. Specifiek was de opdracht om, aan de hand van bestaande literatuur en de kennis van experts op het gebied van zorg voor allochtone verslaafden, informatie te verzamelen over enerzijds de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen en anderzijds de werkwijzen binnen en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden.

Probleemstellingen

- Wat is er in de literatuur bekend over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtone groeperingen in Nederland?
- Wat is er in de literatuur bekend over de werkwijzen en knelpunten in de preventie en zorg voor allochtone verslaafden?
- Wat is er onder experts in de interculturele verslavingspreventie en -zorg bekend over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek en het middelengebruik onder allochtone groeperingen in Nederland?
- Wat is er onder experts in de interculturele verslavingspreventie en -zorg bekend over de werkwijzen en knelpunten in de preventie en zorg voor allochtone verslaafden?

Opbouw rapport

Dit onderzoeksrapport bestaat uit twee delen: een literatuur review en een telefonische enquête. Na een korte schets waarin wordt ingegaan op de methoden van dataverzameling worden de resultaten van het literatuuronderzoek beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de resultaten van de telefonische enquête onder vijftig experts in de verslavingszorg.

Het eerste deel van dit rapport over het literatuuronderzoek is het omvangrijkst en valt uiteen in de volgende hoofdstukken.

In het eerste hoofdstuk wordt de migratiegeschiedenis en de omvang van de belangrijkste allochtone groeperingen geschetst. Omdat in veel geraadpleegde literatuur de vaak zwakke sociaal-economische positie van allochtonen als een oorzaak voor verslavend gedrag wordt gezien, wordt daar vervolgens nader op ingegaan. Ook worden de Nederlandse prevalentiestudies geanalyseerd om de schattingen van het aantal verslaafden per allochtone groepering op een rij te zetten.

In het tweede hoofdstuk wordt nader ingegaan op de aard van het middelengebruik van allochtone groeperingen in Nederland.

In hoofdstuk drie van dit rapport wordt de hulpvraag van allochtone verslaafden beschreven. Achtereenvolgens worden de sociaal-economische hulpvraag, de medische hulpvraag en de behoeften en wensen ten aanzien van de verslavingszorg behandeld. In dit hoofdstuk wordt ook een indicatie gegeven van het aantal allochtone verslaafden dat gebruik maakt van de verslavingszorg en een schatting gegeven van het percentage allochtone verslaafden dat de hulpverleningsrelatie beëindigt gedurende het zorgtraject.

In hoofdstuk vier wordt het aanbod van de zorginstellingen voor allochtone verslaafden beschreven. Allereerst wordt een korte geschiedenis van de categorale naar integrale hulpverlening geschetst. Daarna worden achtereenvolgens de laagdrempelige, de hoogdrempelige en de traditionele en nieuwe vormen van hulpverlening beschreven.

In het vijfde hoofdstuk worden de knelpunten in de zorg beschreven.

De knelpunten in de zorg zijn terug te leiden tot drie hoofdthema's. Vanuit de hulpverlening bestaat gebrek aan zicht op allochtone verslaafden die geen contact (kunnen of willen) zoeken met de zorg. Verder is er gebrek aan grip op degenen die zich bij de zorg aangemeld hebben. Ten slotte blijkt uit de literatuur gebrek aan eenduidig en consistent beleid van zowel de instellingen als de overheid.

In het zesde hoofdstuk worden enkele succesvolle projecten binnen de zorg beschreven.

In het tweede deel van het rapport worden de resultaten van de telefonische enquête onder experts van de zorginstellingen weergegeven.

Ten slotte volgen de samenvatting, conclusies en enkele aanbevelingen voor verder onderzoek.

Voor de totstandkoming van dit rapport willen wij graag de volgende personen en instellingen bedanken. In de eerste plaats alle geënquêteerde experts voor hun deelname aan het onderzoek, de deelnemers aan de expert meeting voor hun inbreng en de door hen aangeleverde literatuur. Daarnaast ZON en het Platform Multiculturele Verslavingszorg (PMV) voor het aanleveren van literatuur en het leveren van opbouwende kritiek gedurende de conceptfase van dit rapport. Ten slotte Frank Leenders voor zijn aandeel in de totstandkoming van de rapportage over de telefonische enquête, drs. Dick de Bruin voor de statistische verwerking hiervan, drs. Eveline Böhm voor het annoteren van literatuurbronnen en prof. dr. David Ingleby voor zijn inspirerende commentaar.

Methoden van onderzoek

Om de vraag van ZON – een systematische inventarisatie van enerzijds de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen en anderzijds de werkwijzen van en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden – aan het CVO te kunnen beantwoorden zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt:

1. literatuuronderzoek
2. telefonische enquête
3. expert meeting.

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek is conform de opdracht van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) breed opgezet. Om zoveel mogelijk nationale en internationale wetenschappelijke literatuur te kunnen inventariseren is als volgt te werk gegaan.

In eerste instantie is geput uit eigen bibliotheek. Vanaf het eind van de jaren tachtig is de transculturele drugsproblematiek een onderzoekslijn binnen het CVO. Daarmee zijn door het centrum de afgelopen jaren vele relevante bronnen verzameld en gepubliceerd.

Daarnaast zijn de databestanden van wetenschappelijke en specialistische bibliotheken geraadpleegd. In eerste instantie was de zoekopdracht in de bibliotheken ruim, alle eventueel relevante publicaties vanaf 1990 werden geleend voor nader onderzoek. Inzicht geven de publicaties van voor 1990 werden eveneens bestudeerd. Aanvullende literatuur werd gevonden in de literatuurlijsten en het notenapparaat van de verzamelde bronnen.

Ook op het internet zijn middels zoekopdrachten wetenschappelijke publicaties verzameld. Via het net is ook uitgebreid met binnen- en buitenlandse collega's gecorrespondeerd. Steeds was de vraag of zij suggesties hadden voor relevante publicaties. Hoewel de vraag van ZON een inventarisatie van de verslavingsproblematiek van allochtonen in Nederland behelsde, werd ook uitgebreid gecorrespondeerd met collega's van buitenlandse onderzoeksinstituten. De vraag aan hun was specifiek: stuur publicaties die een overzicht geven van de verslavingsproblematiek van allochtonen in uw land en publicaties die inzichtgevend kunnen zijn om de knelpunten in de Nederlandse verslavingszorg voor allochtonen te verminderen. In dit verband kon gebruik gemaakt worden van de contacten en de informatie die was opgebouwd in het kader van een onderzoeksopdracht van de Raad van Europa (van de Wijngaart & Leenders 1997). Uit contacten met gezaghebbende wetenschappelijke collega's in Duitsland, Frankrijk, Engeland, de Verenigde Staten en Canada bleek allengs dat er nauwelijks of geen uitputtende studies over de verslavingsproblematiek van allochtone groepen in de desbetreffende landen zijn gepubliceerd.

Nadat de eerste bronnen waren verzameld is een protocol ontwikkeld, gebaseerd op de onderzoeksvragen. Alle verzamelde bronnen zijn volgens protocol geannoteerd.

Naast wetenschappelijke publicaties zijn ook publicaties van zorginstellingen verzameld. Ook hier was op het CVO het een en ander aanwezig. De meeste bronnen werden aange-

leverd door de hulpverleners zelf die relevante literatuur opstuurden naar het CVO, ZON of het Platform Multiculturele Verslavingszorg (PMV). Via de zorginstellingen zijn ook verslagen van congressen, trainingen en workshops over de verslavingsproblematiek van allochtonen verzameld. Relevante bronnen van de zorginstellingen zijn volgens hetzelfde protocol voor de inventarisatie van de wetenschappelijke literatuur geannoteerd.

Telefonische enquête

In de beginfase van het literatuuronderzoek is een vragenlijst ontwikkeld met als doel een telefonische enquête te houden onder experts in de verslavingszorg voor allochtonen. Naast een inventarisatie van de vragen van ZON – een systematische inventarisatie van enerzijds de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen en anderzijds de werkwijzen van en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden – zijn in de vragenlijst ook een aantal opinievragen opgenomen, bijvoorbeeld over de prioritering van knelpunten, prioritering van leemten in kennis en een aanbeveling voor onderzoek naar de problematiek. De vragenlijst bestond uit gestructureerde en open vragen.

ZON had vooraf een inventarisatie gemaakt van ervaren hulpverleners met veel expertise in de verslavingszorg voor allochtonen. Deze experts zijn vervolgens telefonisch geïnterviewd. Afhankelijk van de kennis en ervaring van de expert duurde een telefonisch interview tussen de dertig minuten en een uur. Tot slot werd de geïnterviewde gevraagd een aantal hem of haar bekende deskundigen te noemen. Nadat alle door ZON geïnventariseerde experts waren geïnterviewd zijn de namen van door hen genoemde deskundigen op een rij gezet. Experts die niet voorkwamen in de inventarisatie van ZON, maar ten minste door twee respondenten werden genoemd, zijn eveneens benaderd voor een telefonisch interview. Uiteindelijk zijn vijftig experts telefonisch geïnterviewd, waaronder dertig allochtonen en twintig autochtonen.

Expert meeting.

Op basis van de telefonische interviews is een selectie gemaakt. Experts die tijdens het telefonisch interview blijken gaven van een grote hoeveelheid ervaring met, kennis over, inzicht in, of oplossingen voor de verslavingsproblematiek van allochtonen, zijn uitgenodigd voor een expert meeting. Tijdens de expert meeting werd – door twintig experts, medewerkers van ZON en van het CVO – plenair gediscussieerd over de drie belangrijkste – uit het vooronderzoek gedestilleerde – knelpunten in de verslavingszorg voor allochtonen: gebrek aan zicht op allochtone verslaafden die zich niet tot de zorginstellingen wenden, gebrek aan grip op allochtone verslaafden binnen de zorginstellingen, en gebrek aan beleid binnen de zorg voor allochtone verslaafden. Tevens was er ruimte voor iedere expert om aanbevelingen te doen voor kwaliteitsverbetering van de verslavingszorg en vernieuwing van de verslavingspreventie voor allochtonen.

Daar tijdens de expert meeting het literatuuronderzoek nog in volle gang was, werd de experts vooraf, samen met het informatiepakket voor de meeting, een voorlopige literatuur-

lijst opgestuurd met het verzoek eventuele hiaten in te vullen.
Het verslag van de expert meeting is opvraagbaar bij ZON.

Analyse

Nadat alle verzamelde literatuur geannoteerd was, zijn de annotaties vervolgens geanalyseerd. Per geraadpleegde bron werd nagegaan of er relevante gegevens voorhanden waren over aard en omvang van de verslavingsproblematiek van allochtonen en werkwijzen van en knelpunten in verslavingszorg voor allochtonen. De deelverzamelingen uit de geannoteerde literatuur vormden de basis voor de rapportage van het literatuuronderzoek.

De antwoorden op de vragen uit de telefonische enquête zijn geanalyseerd en waar mogelijk geclusterd. Vervolgens is per vraag gerapporteerd over de kennis, ervaring en mening van de respondenten.

Deel A: Literatuur review

Inleidend: Algemene zaken

In de talloze bronnen die voor dit onderzoek zijn geraadpleegd worden onder gelijke noemer verschillende zaken verstaan. Verder worden dezelfde zaken onder verschillende noemer gerangschikt. Ten slotte valt het op dat enkele sleutelbegrippen noch in de wetenschappelijke, noch in de hulpverleningsliteratuur gedefinieerd worden.

Van de meest belangrijke begrippen wordt in het nu volgende aangegeven hoe deze in de verschillende bronnen worden gehanteerd. Gezien de diversiteit aan definities tussen de verschillende bronnen is het niet verhelderend om in dit rapport eenduidige definities te hanteren. Per bron wordt indien mogelijk aangegeven op welke wijze een begrip wordt gedefinieerd.

Een belangrijk begrip in dit onderzoek is 'allochtoon'. In de bestudeerde literatuur worden onder dit begrip zeer uiteenlopende bevolkingsgroepen beschreven. De aanduiding van deze groepen varieert van 'witten en zwarten' (van den Broek & Etman 1997, Korf 1993, 1995, 1996) tot 'een ieder die zegt te zijn opgegroeid in een niet-Nederlandse cultuur' (Cruts e.a. 1997). Anderen mijden het begrip allochtoon om verwarring te voorkomen en hebben het over nationaliteit, geboorteland – waarbij sommige bronnen soms ook het geboorteland van ouders en grootouders als uitgangspunt nemen -, etnische of culturele achtergrond/herkomst (o.a. Sandwijk e.a. 1995, Korf e.a. 1996, Eland-Goossens 1997, de Zwart e.a. 1997).

Binnen de hulpverleningsliteratuur worden met allochtonen meestal de grotere groepen minderheden in Nederland bedoeld: Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen/Arubanen. Soms worden ook de Molukkers en/of asielzoekers en vluchtelingen in deze definiëring opgenomen. Hierbij wordt in het algemeen uitgegaan van de culturele herkomst, in een enkel geval van de nationaliteit. Binnen het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) van de Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (IVV) wordt 'allochtoon' gedefinieerd naar culturele herkomst. De culturele herkomst is gedefinieerd naar de niet-Nederlandse cultuur waarin een cliënt zegt te zijn opgegroeid. In de periode 1988/93 werden de volgende culturele herkomsten als allochtoon geteld: Turks, Marokkaans, overig Mediterraan, overig Europees, Moluks, Surinaams, Antilliaans en overig buiten Europees. Vanaf 1994 werd dit opgesplitst in: Oost-Europees, Zuid-Europees, overig Europees, Turks, Moluks, overig Aziatisch, Surinaams, Antilliaans, overig Latijns-Amerikaans, Marokkaans, overig Amerikaans en overige landen (Cruts e.a. 1997). Een handicap bij het landelijk registreren is dat de afzonderlijke zorginstellingen hun cliënten niet altijd even adequaat en eenduidig registreren.

In dit rapport hanteren wij het begrip allochtoon grotendeels naar de definitie van de Wetenschappelijke Raad van het Regeringsbeleid (WRR). Het begrip allochtoon wordt in het Rapport Allochtonenbeleid van de WRR (1989) als volgt gedefinieerd:

1. alle in Nederland woonachtige vreemdelingen,

2. alle in Nederland woonachtige ex-vreemdelingen die tot Nederlander zijn genaturaliseerd,
3. alle Nederlanders die afkomstig zijn uit de (voormalige) overzeese gebiedsdelen.
4. Voorts worden alle nakomelingen tot in de derde generatie van de hiervoor genoemden voor zover zij zich nog met de cultuur van hun (groot)ouders wensen te identificeren tot de allochtonen gerekend.

Volgens deze definitie zou een vierde-generatie Molukker geen allochtoon genoemd worden. Om te voorkomen dat bevolkingsgroepen, die zich nog met de cultuur van hun (voor)ouders wensen te identificeren, niet tot de allochtonen worden gerekend, verruimen wij de derde generatie tot alle generaties.

Voorzover er in de literatuur andere bevolkingsgroepen worden bedoeld als volgens bovenstaande definitie, wordt dit toegelicht en eventueel een andere term gehanteerd.

Evenals de term allochtoon levert ook de term verslavingsproblematiek verwarring. Ten eerste wordt, voornamelijk in prevalentiestudies, deze term vermeden en wordt over gebruik gerept. In andere studies wordt gerapporteerd over problematisch gebruik. In de meeste wetenschappelijke bronnen wordt de term verslaving gemeden, in de hulpverleningsbronnen wordt de term wel gebruikt, maar niet gedefinieerd. Afhankelijk van de geraadpleegde bronnen zullen in deze studie de termen gebruik, problematisch gebruik en verslaving worden gehanteerd. Indien nodig worden de gehanteerde termen bij elke geraadpleegde bron nader gedefinieerd.

De nadruk in deze studie zal liggen op de drie problematieken waarmee de zorginstellingen het meest geconfronteerd worden: heroïne- (al dan niet in combinatie met andere middelen), alcohol- en gokproblematiek. Voor zover van belang zullen cocaïne- en cannabisproblematiek worden beschreven. Enkele middelen die op ruime schaal in Nederland worden gebruikt, zoals tabak, kalmerings- en slaapmiddelen, zullen in dit rapport niet aan de orde komen, omdat verslavingszorginstellingen hiermee op beperkte schaal geconfronteerd worden. Ook de 'nieuwe' verslavingen aan middelen als psychedelische amfetaminen, wekaminen en smart-products zullen niet worden behandeld, omdat de contouren van deze 'nieuwe' verslavingen vooralsnog niet duidelijk zijn.

I. Omvang middelengebruik

1. Alloctonen in Nederland

Migratiestromen

Na de Tweede Wereldoorlog is de eerste grote migratiegolf naar Nederland die van 4000 Molukse ambtenaren en ex-KNIL militairen. Zij werden gerepatrieerd omdat zij na de Japane invasie in Nederlands Indië de zijde van de Nederlanders kozen. Na de onafhankelijkheid van Indonesië werden de Molukse ambtenaren en militairen naar Nederland gerepatrieerd (Kakisina 1990; Distelbrink & Veenman 1994).

Vanaf de tweede helft van de jaren vijftig begon zich in Nederland een sterke economische groei en een toenemend tekort aan vooral ongeschoolde arbeidskrachten in Nederland af te tekenen. Middels wervingsprogramma's, eerst in Italië en Spanje, later in Turkije en Marokko, werden mannelijke laaggeschoolde arbeiders naar Nederland gehaald. De 'gastarbeiders' zouden na een aantal jaren weer terugkeren naar hun land van herkomst, zo was de algemene gedachte. Vooral Spanjaarden zijn na een aantal jaren massaal teruggekeerd, een belangrijk deel van de Turkse en Marokkaanse gastarbeiders hebben zich permanent in Nederland gevestigd. In de loop van de jaren zeventig kwam de gezinshereniging op gang: Turkse en Marokkaanse mannen lieten hun vrouwen en kinderen overkomen naar Nederland. De fase van gezinshereniging is inmiddels vrijwel voltooid. Tegenwoordig is er binnen deze bevolkingsgroepen alleen nog sprake van 'gezinsvormende migratie': in Nederland woonachtige Turken en Marokkanen huwen in het herkomstland en laten hun partner vervolgens overkomen naar Nederland.

De Surinamers die voor de onafhankelijkheid van het land in 1975 naar Nederland kwamen, waren veel minder arbeidsmigranten dan de Marokkanen en de Turken: één op de vijf, bijvoorbeeld, kwam hier om een opleiding te volgen. Surinamers kwamen in 1975 massaal naar Nederland, ongeveer 40.000, om politieke en economische motieven, en nogmaals in 1979 en 1980, omdat door de zogenaamde 'toescheidingsovereenkomst' in Suriname woonachtige personen zich uiterlijk vijf jaar na onafhankelijkheid vrij in Nederland konden vestigen. Voor Surinamers geldt dat het vooral in de tweede helft van de jaren zeventig en de eerste helft van de jaren tachtig ging om jonge mensen, meer dan de helft was jonger dan twintig jaar. Na die tijd stijgt de migratieleeftijd (Distelbrink & Veenman 1994).

Ook een deel van de eerste Antillianen die naar Nederland kwamen, waren geen arbeidsmigranten. Eén op de drie kwam tot halverwege de jaren zestig hier voor een opleiding. Door de verslechterde economische situatie – de dreigende sluiting van de olieraffinaderijen op de Antillen – en de onzekere politieke situatie – door de status aparte van Aruba – neemt het aantal migranten vanaf halverwege de jaren tachtig fors toe. De leeftijd van de recente migranten uit de Antillen is hoger dan de eerste migranten en zij zijn slechter opgeleid (Martens e.a. 1994).

Het aantal asielzoekers neemt de laatste jaren gestaag toe. In 1989 werden 13.500 verzoeken tot politiek asiel ingediend, in 1993 is dat aantal toegenomen tot 35.400. Het merendeel is afkomstig uit voormalig Joegoslavië, Somalië, Iran en Irak (Egers & Tichelman 1994). In 1994 is het aantal asielzoekers opgelopen tot ongeveer 50.000 (Pharos, Niad, NeViV 1994).

Omvang allochtone groeperingen

Wereldwijd wonen honderd miljoen mensen niet meer in hun moederland en tegenwoordig wonen er in Europa meer migranten dan in de Verenigde Staten (Dienst Migration Bundesamt für Gesundheit die Schweiz 1997). In Nederland wonen 2,3 miljoen mensen die gerekend kunnen worden tot de allochtone bevolkingsgroepen. Het merendeel van deze allochtone groeperingen – 1,3 miljoen, vooral Noordwest-Europeanen, Noord-Amerikanen en Indonesiërs (exclusief Molukkers) – onderscheiden zich in economisch en sociaal-maatschappelijk opzicht niet of nauwelijks van de autochtone bevolking. De anderen (± een miljoen) behoren tot allochtone groeperingen met een overwegend zwakke economische en sociaal-maatschappelijke positie en worden aangeduid als etnische minderheden (Distelbrink & Veenman 1994).

Het aantal Molukkers in Nederland werd in 1990 geschat op 40.000 (Kakisina 1990). Inmiddels is dit aantal volgens Tjandu gestegen tot ongeveer 45.000. Het aantal Surinamers is 263.000, Turken 241.000, Marokkanen 196.000, en het aantal Antillianen en Arubanen ten slotte 91.000 (Martens & Veenman 1996).

Groepering	Aantal	Bron
Surinamers	263.000	Martens & Veenman 1996
Turken	241.000	Martens & Veenman 1996
Marokkanen	196.000	Martens & Veenman 1996
Antillianen/Arubanen	91.000	Martens & Veenman 1996
Molukkers	45.000	Tjandu 1997

Tabel 1: Grotere groepen minderheden in Nederland.

In de geraadpleegde bronnen wordt geen onderscheid gemaakt tussen Creolen, Hindoestanen, Javanen en andere Surinaamse bevolkingsgroepen. Gesteld wordt dat de helft van de Surinaamse jongeren tussen de twaalf en vijftienvier jaar zichzelf Hindoestaans noemt en ongeveer eenderde Creools (Distelbrink & Veenman 1994). In een andere bron wordt gesteld dat de Hindoestanen iets later naar Nederland zijn gekomen en iets hoger zijn opgeleid dan de Creolen (Campbell & Pinas 1997). Ten aanzien van de Marokkanen wordt in geen van de geraadpleegde bronnen een onderscheid gemaakt tussen Arabieren en bewoners van het Rifgebergte (Kaufman & Verbraeck 1987; van Gelder & Sijtsma 1988b).

Een probleem met omvangsschattingen is de statistische verdwijning. Zo verdwijnen derde generatie allochtonen en kinderen waarvan één ouder allochtoon en de ander autochtoon is uit de statistieken. Van de Turken en Marokkanen die tot de tweede generatie worden gerekend heeft 7% respectievelijk 9% één allochtone en één autochtone ouder. Voor tweede generatie Surinamers heeft ongeveer eenderde één allochtone en één autochtone ouder en Antillianen/Arubanen is dit percentage zelfs ruim 70%. Voor de vier groeperingen gaat het om ongeveer 50.000 personen die op basis van het geboorteland van één van de ouders als allochtoon wordt aangemerkt (Martens e.a. 1994).

Alle andere groeperingen zijn veel kleiner. De grootste andere groeperingen zijn Italianen (ruim 30.000), Spanjaarden (bijna 30.000), Joegoslaven (ruim 27.000), Kaapverdianen (bijna

15.000) (Martens & Veenman 1996) en Chinezen (bijna 20.000) (Distelbrink & Veenman 1994).

Wat betreft de vluchtelingen en asielzoekers verblijven er in 1994 ruim 24.000 personen uit voormalig Joegoslavië, ruim 13.000 personen uit Somalië, ruim 8.500 personen uit Iran, ruim 8.000 personen uit China, ruim 7.000 personen uit Ghana, ruim 6.000 personen uit Polen, bijna 5.000 personen uit Vietnam, bijna 5.000 personen uit Ethiopië en ruim 4.500 personen uit Irak legaal in Nederland (Martens & Veenman 1996).

Enmaal aangekomen in Nederland werden de Molukkers gehuisvest in, vaak afgelegen, kampen, omdat zowel zij als de Nederlandse regering dachten dat hun verblijf van tijdelijke aard zou zijn. Inmiddels hebben de Molukkers huisvesting gevonden in zogeheten Molukkersgemeenten, verspreid over het hele land. Binnen een aantal van deze gemeenten vonden velen collectief huisvesting in bepaalde wijken (Kakisina 1990; Distelbrink & Veenman 1994).

Van de Surinamers, Antillianen en Arubanen, Turken en Marokkanen wonen de meesten in de provincies Noord- en Zuid-Holland (respectievelijk 73, 57, 58 en 52%) en dan vooral in de drie grote steden (Martens e.a. 1994). Vluchtelingen worden sinds de Regeling Opvang Asielzoekers niet alleen in de grote steden gehuisvest, maar wonen verspreid over het land (Egers & Tichelman 1994).

Van de Surinamers, Antillianen en Arubanen is een kleine meerderheid (ongeveer 60%) van het vrouwelijk geslacht. Voor de arbeidsmigranten is het omgekeerde het geval. De arbeidsmigranten, vooral de cohorten van dertig jaar en ouder, bestaan voor het grootste deel uit mannen. Bij de leeftijdsopbouw valt op dat veel meer allochtonen jong zijn, ongeveer eenderde is jonger dan vijftien jaar, voor Turken, Marokkanen en Kaapverdianen ligt dit percentage nog hoger. Van de autochtone Nederlanders is een vijfde jonger dan vijftien jaar.

In veel Turkse (75%) en Marokkaanse (66%) huishoudens zijn kinderen aanwezig, bij autochtonen is dit percentage 33%. De Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse huishoudens nemen in dit opzicht een tussenpositie in. Verder valt op dat het aandeel eenoudergezinnen in Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse huishoudens hoog is.

Sociaal-economische positie

Ondanks de initiatieven van de Nederlandse bestuurders op zowel landelijk als gemeentelijk niveau om de onderwijspositie en de positie op de arbeids- en woningmarkt te verbeteren is de sociaal-economische positie van allochtonen nog steeds slechter dan die van autochtonen.

Ruim 80% van de Marokkanen, bijna 70% van de Turken, ruim 35% van de Surinamers en ruim 25% van de Antillianen en Arubanen hebben geen diploma in het voortgezet onderwijs. Ongeveer 30% van de Surinamers, Antillianen en Arubanen hebben een LBO of MAVO diploma (Martens & Veenman 1996). In vergelijking met autochtonen zijn de jonge Molukkers oververtegenwoordigd in het MBO, maar zetten dit niet om in een hoger diploma bezit. Hoewel de onderwijspositie van allochtonen allengs verbetert, blijft het percentage drop out opvallend hoog (Smeets 1996). De drop out onder Turken en Marokkanen in het voortgezet onderwijs is ongeveer 25%, bij Surinamers, Antillianen en Arubanen is dit ongeveer 10% (Martens & Veenman 1996). Een langere verblijfsduur levert betere schoolpresta-

ties op (Kloprogge e.a. 1994). Surinamers die al lange tijd in Nederland wonen verwerven over het algemeen hogere onderwijsdiploma's. Aan de andere kant moet worden gesteld dat dit voor de Molukkers niet opgaat en dat het behaalde onderwijsdiploma van Turken en Marokkanen nog steeds laag is. De onderwijsachterstand van allochtonen ten opzichte van autochtonen neemt maar heel langzaam af (Distelbrink & Veenman 1994).

Het percentage niet-actieven (werklozen en mensen die geen betaalde arbeid verrichten) in het arbeidspotentieel (iedereen tussen de zestien en vijfenzestig jaar) is hoger onder verschillende allochtone groeperingen dan onder autochtonen. Voor autochtonen is het percentage 37%, voor Surinamers 54%, voor Antillianen en Arubanen 62%, voor Turken 64% en voor Marokkanen 75%.

Het werkloosheidspercentage (dat een ander percentage is dan het percentage niet-actieven) onder allochtonen is twee tot drie maal zo hoog als onder autochtonen (Niessing 1993).

Ook het werkloosheidspercentage onder allochtone jongeren is twee tot drie maal zo hoog als onder autochtone jongeren. Bovendien hebben zij, wanneer zij werken, vaker een lage functie en is deze functie vaker van tijdelijke aard, zodat allochtone jongeren ook vaker werkloos zijn. Wanneer zij werkloos zijn, zijn allochtonen ook langer werkloos (Martens & Veenman 1996). Uit onderzoek blijkt dat werkgevers door het arbeidsoverschot zowel op directe als indirecte wijze discrimineren bij sollicitatieprocedures (Distelbrink & Veenman 1994; Niessing 1993).

Uit de geraadpleegde bronnen wordt niet duidelijk hoe hoog het werkloosheidspercentage onder Molukkers is. In een bron wordt gesteld dat 70% van de werkloze Molukkers tussen de vijftien en dertig jaar oud is (Kakisina 1990). De werkloosheid onder vluchtelingen met een verblijfsstatus wordt geschat op 60% (Egers & Tichelman 1994).

De achterstand in het onderwijs en de relatief slechte positie op de arbeidsmarkt heeft een direct gevolg op de inkomenspositie van allochtonen. Zij doen vaker dan autochtonen een beroep op werkloosheids-, bijstands- en arbeidsongeschiktheidsuitkering. Degenen die werken verdienen gemiddeld aanzienlijk minder met de door hen verrichte arbeid dan autochtonen. Bovendien moeten, vooral in de Marokkaanse en Turkse huishoudens, meer monden met het inkomen worden gevoed (Martens & Veenman 1994; Martens & Veenman 1996).

Daarentegen lijkt de positie van allochtonen op de woningmarkt iets rooskleuriger te worden. Zij zijn echter nog steeds kwalitatief slechter gehuisvest, hebben minder ruimte tot hun beschikking en zijn vaker op zoek naar een andere woning (Martens & Veenman 1996). Marokkanen en Turken wonen nog steeds hoofdzakelijk in concentratiewijken in de vier grote steden, hoewel de wijsamenstelling heterogener is dan in bijvoorbeeld de Verenigde Staten (Belier e.a. 1994). Omdat veel allochtonen in de grote steden wonen, komt er nog een probleem bij: in de grootste gemeenten is het vaak niet mogelijk om goedkope woningen buiten de concentratiewijken te realiseren bij gebrek aan alternatieve locaties (Smeets 1996). Door een wijziging van het aanbod van voorzieningen (detailhandel, horeca, gebedsruimten) blijven deze wijken een grote aantrekkingskracht uitoefenen op allochtonen. Surinamers, Antillianen en Arubanen die hier al enige tijd wonen, stromen over het algemeen door naar gunstiger woningmarktsegmenten. Dit geldt overigens niet voor Surinamers, Antillianen en Arubanen die recentelijk zijn gemigreerd (Belier e.a. 1994).

2. Middelengebruik

Scholierenonderzoek in Nederland

Sinds 1984 voert het Trimbos-instituut (voorheen NIAD) onderzoek uit naar roken, drinken en druggebruik onder Nederlandse scholieren vanaf tien jaar. Deze zogenoemde Peilstation-onderzoeken vonden plaats in 1984, 1988, 1992 en 1996. Vanaf 1992 is ook gekeken naar het gokgedrag van de leerlingen.

De cijfers in de Peilstation-onderzoeken zijn niet gebaseerd op de etnische of culturele achtergrond maar op het geboorteland van de leerlingen en van de ouders van de leerlingen. Leerlingen met een Marokkaanse, Turkse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond die in Nederland zijn geboren worden daardoor binnen de steekproef niet onderscheiden. Gekeken naar etnische en culturele achtergrond zijn deze groepen binnen de Nederlandse samenleving groter. De etnische en culturele groeperingen in Nederland zijn daarmee in de Peilstationonderzoeken ondervertegenwoordigd. Zo is de Molukse gemeenschap geheel in het in Nederland geboren deel van de steekproef opgegaan en daarmee in het onderzoek niet meer zichtbaar.

We zien dit terug in het verschil in geboorteland tussen vader en zoon. Binnen de steekproef van 1992 is 92,3% van de leerlingen en 84% van hun vaders in Nederland geboren. Het geboorteland van de leerlingen (N=10.069) is voor 1,7% Suriname/Antillen; 1,7% Marokko; 0,8% Turkije; 0,3% Middellandse-zeegebied; 0,2% Indonesië; 0,7% overig Azië; 1,2% overig Europa en 1,1% anders. Het geboorteland van de vader is voor 3,8% Suriname/Antillen; 3,2% Marokko; 2,3% Turkije; 1,7% Indonesië en 1,1% overig Azië (Kuipers e.a. 1993).

Uit het Peilstation-onderzoek van 1992 (Kuipers e.a. 1993) komen de volgende gegevens naar voren. Voor leerlingen in het voortgezet onderwijs van 12 jaar en ouder geldt een lifetime-prevalentie van 13,6% voor cannabis; 1,5% voor cocaïne, 2,1% voor amfetamine, 3,3% voor XTC en 0,7% voor heroïne. Laatste maand prevalenties zakken naar 6,5% voor cannabis; 0,3% voor cocaïne, 0,6 % voor amfetamine, 1,0% voor XTC en 0,2% voor heroïne.

Uit het Peilstation-onderzoek blijkt dat allochtone scholieren in het voortgezet onderwijs gedurende de laatste vier weken niet significant anders dan autochtone scholieren omgaan met cannabis of gokken. Overige Europese jongeren scoren met 12% het hoogst in het gebruik van cannabis over de afgelopen vier weken. Op het gebruik van alcohol gedurende de laatste vier weken scoren allochtonen significant lager. De prevalentie van alcoholgebruik onder leerlingen met een Turkse of Marokkaanse vader zijn in vergelijking met anderen lager. Ook gebruiken de meesten van hen helemaal geen middelen. Percentages illegale middelen zijn te klein om naar ethniciteit op te kunnen splitsen.

	Nederland		Suriname/ Antillen		Marokko		Turkije		overig Europa		Azie	
	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
roken	27	25	19	21	17	15	31	25	25	25	25	29
alcohol	49	44	30	23	9	5	12	9	47	50	38	34
cannabis	9	4	9	1	8	2	2	3	13	12	7	5
gokken	23	8	21	6	19	6	20	3	38	6	18	8
geen enkel middel	43	50	60	65	84	90	70	75	50	50	57	61
N	3222	3048	111	112	98	89	85	70	77	81	104	92

Tabel 2: Middelengebruik scholieren voortgezet onderwijs in de laatste vier weken naar geboorteland vader (Kuipers e.a. 1993).

Niet godsdienstig opgevoede leerlingen scoren in alle gebruikpercentages het hoogst, islamitisch opgevoede leerlingen (6% van de leerlingen in 1992, 9% in 1996) scoren overal het laagst. "De leerlingen uit Turkije en Marokko zijn veelal islamitisch opgevoed en mogen van uit dit geloof geen alcohol drinken. Zij doen dit soms toch maar laten wel de laagste percentages drinkers zien. Uitsluitend alcohol drinken zonder een ander middel te gebruiken, doet 4% van de islamitische jongens en 1% van de islamitische meisjes. Het percentage islamitisch opgevoede leerlingen dat geen enkel middel gebruikt, is hoger dan bij de andere leerlingen (jongens 77% en meisjes 87%). Van de niet gelovig opgevoede jongens heeft 51% de afgelopen vier weken alcohol gedronken, van de meisjes 45%." (Kuipers e.a. 1993).

Het gebruik van alle middelen hangt sterk samen met spijbelgedrag. Leerlingen die hebben gespijbeld roken vaker, drinken vaker alcohol, gebruiken vaker cannabis, gokken vaker en zitten ook vaker in de categorie 'meer dan tien keer gedaan in de afgelopen vier weken'. Meer dan de helft van de leerlingen die niet spijbelen heeft in de laatste vier weken geen enkel middel gebruikt, terwijl dit bij de spijbelaars minder dan 20% is. Kuipers e.a. (1993) gaan niet in op verschillen in spijbelgedrag tussen allochtonen en autochtonen.

Onlangs is een brochure verschenen met een beknopte presentatie van de cijfers uit 1996 van het vierde Peilstation-onderzoek naar roken, drinken, druggebruik en gokken onder 9.957 scholieren vanaf tien jaar in Nederland (de Zwart e.a. 1997). Het volledige onderzoeksrapport verschijnt vermoedelijk in de loop van 1998. In de brochure met de kerngegevens wordt een overzicht gegeven van het aandeel in het buitenland geboren respondenten, maar over de onderzoeksresultaten met betrekking tot deze respondenten wordt in de brochure niet gerapporteerd.

In 1996 bestaat de respondentengroep naar geboorteland voor 91% uit Nederlanders, 2% Surinamers en Antillianen, 1% Marokkanen en 1% Turken, 4% komt uit andere (voornamelijk Europese) landen. Negen procent van de respondenten is islamitisch (voornamelijk uit de grote steden en het westen van het land). Op grond van landelijke cijfers over religie en geboorteland stelt de Zwart dat de steekproef ten aanzien van etniciteit representatief is voor de totale populatie leerlingen in het reguliere onderwijs.

Amsterdamse scholieren

In 1993, 1994 en 1995 zijn in Amsterdam de zogenoemde Antenne-onderzoeken uitgevoerd naar middelengebruik door scholieren in de op één na hoogste klas van het voortge-

zet onderwijs. In 1995 is, om een zelfde leeftijdscohort te kunnen bestuderen, eveneens gekeken naar de derde klassen van alle schooltypen.

De scholieren binnen de Amsterdamse Antenne-onderzoeken (Korf e.a. 1993, 1995, 1996) worden, in tegenstelling tot de Peilstation-onderzoeken, wel onderscheiden naar etnische achtergrond. Hier zien we dat vooral het aandeel van de leerlingen met een Surinaamse en Turkse achtergrond is toegenomen.

	1993	1994	1995	
			oudere leerlingen	3eklassers
Surinaams		10%	11%	14%
Antilliaans/Arubaans	11%	2%	1%	2%
Marokkaans		9%	8%	7%
Turks	9%	5%	5%	6%
Nederlands		65%	63%	61%
overig	80%	10%	11%	11%
N	679	1761	586	467

Tabel 3: Etnische achtergrond respondenten Amsterdamse Antenne-onderzoeken (Korf e.a. 1993, 1995, 1996).

Korf e.a. delen in eerste instantie in naar etnische achtergrond en onderscheiden daar Nederlanders, Surinamers, Antillianen/Arubanen, Marokkanen, Turken en overigen. In verband met de omvang van de cohorten hanteren zij vervolgens de indeling: witten, Surinamers/Antillianen en Turken/Marokkanen.

Onder de Amsterdamse scholieren is eenzelfde trend waar te nemen als bij de scholieren uit het Peilstation-onderzoek in heel Nederland.

“In vergelijking met 1993 is vooral het gokken afgenomen. Ook bij de legale en illegale drugs lijkt er sprake te zijn van een afname, maar deze is niet altijd statistisch aan te tonen. Voor zover gesproken kan worden van een neerwaartse trend, lijkt deze vooral verklaard te worden door een stijgend percentage allochtone leerlingen. Net als in 1993 geldt namelijk dat procentueel meer witte leerlingen drinken, roken, illegale drugs gebruiken en gokken. Surinaamse/Antilliaanse leerlingen komen op de tweede plaats en Turkse/Marokkaanse leerlingen op de laagste plaats.” (Korf e.a. 1995).

In het derde Antenne-onderzoek in 1995 wordt een trend-overzicht over de jaren 1993, 1994 en 1995 gepresenteerd (Korf e.a. 1996).

De lifetime-prevalentie van alcohol blijft in de loop der jaren gelijk met ongeveer tachtig procent. Het gebruik in de laatste vier weken is echter ongeveer vijftig procent. Hierbij gaat het voornamelijk om gelegenhedengebruik, dagelijks gebruik blijft gelijk op een paar procent.

Steeds minder leerlingen hebben ooit tabak gebruikt, dit is gedaald van vijfenzeventig naar zestig procent. Het dagelijks gebruik van tabak is stabiel gebleven (25% van de scholieren).

Het gebruik van cannabis blijft stabiel met eenderde van de scholieren die ooit heeft gebruikt, een vijfde die de laatste vier weken nog heeft gebruikt en paar procent dat dage-

lijks gebruikt.

Gokken is gedaald van driekwart naar tweederde van de scholieren die dit ooit heeft gedaan. Ook het gokken in de laatste vier weken is minder geworden (van 25% naar 15%). Dagelijks gokt minder dan een procent.

De startleeftijden bleven voor alle middelen stabiel op 13 jaar voor alcohol en tabak, 14 jaar voor gokken, 15 jaar voor cannabis.

De prevalentiecijfers voor XTC zijn licht toegenomen, van vijf naar zeven procent. Hoewel de omvang beperkt blijft, is er sprake van een lichte toename in het gebruik van amfetamine en cocaïne. Heroïne wordt door enkelen gebruikt.

Middelengebruik onder derdeklassers (in 1995 voor het eerst als cohort opgenomen in het onderzoek) blijkt, ondanks hun jongere leeftijd, even hoog als dat van de oudere leerlingen. Korf e.a. verklaren dit door een hoog percentage schoolverlaters in spe in deze groep waardoor zij in de oudere groepen niet meer meegeteld worden.

Wat betreft etnische achtergrond hebben meer witte derdeklassers dan derdeklassers met een niet-Nederlandse achtergrond ervaring met alcohol. Gekeken naar de hoeveelheid alcohol per gelegenheid onder de drinkers is er geen verschil naar etnische achtergrond. Ook bij het gebruik van tabak en gokken zijn er geen etnische verschillen. Bij het gebruik van cannabis en XTC scoren de leerlingen met een Nederlandse etnische achtergrond in alle prevalenties hoger.

Prevalenties middelengebruik in bevolkingsonderzoek in Amsterdam

In Amsterdam wordt door het Instituut voor Sociale Geografie van de Universiteit van Amsterdam in 1987, 1990 en 1994 prevalentie-onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van legale en illegale drugs door de bevolking van twaalf jaar en ouder (Sandwijk e.a. 1988, 1991, 1995).

In 1994 zijn bij 4.364 Amsterdammers van 12 jaar en ouder vragenlijsten afgenomen (Sandwijk e.a. 1995). De etnische achtergrond van de respondenten was voor 81,2% Nederlands; voor 8% Surinaams/Antilliaans; 3,5% Marokkaans; 2,3% Turks; 2,5% Europees/USA en 2,7% had een andere etnische achtergrond.

Uit het onderzoek blijkt dat respondenten met een niet-Nederlandse etnische achtergrond voor alle middelen lagere prevalentiecijfers hebben. Vooral het gebruik van alcohol komt weinig voor bij Marokkaanse en Turkse respondenten.

	lifetime	laatste jaar	laatste maand	N
Nederlanders	90,9	82,4	75,5	3543
Surinamers/Antillianen	81,9	69,6	50,7	349
Marokkanen	19,7	9,9	5,9	152
Turken	42,2	33,3	26,5	102
Europa/VS	89,1	79,1	68,2	110
overig	64,8	56,5	49,1	108
totaal	85,8	76,9	69,1	4364

Tabel 4: Prevalentiecijfers alcoholgebruik naar etnische achtergrond (Sandwijk e.a. 1995).

“Etniciteit is een belangrijke variabele bij alcoholgebruik. Respondenten met een niet-Nederlandse etnische achtergrond, vooral Marokkanen, hebben erg lage prevalentiecijfers. De verklaring hiervoor moet gezocht worden in de islam waarbinnen het gebruik van alcohol verboden is. Van de Marokkanen heeft 19,7% ooit alcohol gebruikt. Onder Marokkaanse vrouwen is het gebruik van alcohol zeldzaam, binnen de respondentengroep waren slechts twee Marokkaanse vrouwen die bekenden ooit alcohol te hebben gebruikt. Van de Marokkanen die ooit alcohol hebben gebruikt, heeft veertig procent nooit meer dan opgeteld 25 consumpties (ooit) gedronken en kunnen derhalve niet als ervaren drinkers worden beschouwd. Ook bij de respondenten met een Turkse etnische achtergrond worden relatief lage prevalentiecijfers gevonden. Van hen heeft 42% ooit alcohol gebruikt. Ook binnen deze groepering zijn het vooral vrouwen die geen alcohol gebruiken. Van de Turkse mannen heeft 61% ooit alcohol gebruikt. De prevalentiecijfers van Europese en Noord-Amerikaanse respondenten zijn vergelijkbaar met die van de Nederlandse.” (Sandwijk e.a. 1995)

Het gebruik van cannabis is eveneens onder de niet-Nederlandse etnische groepen met 14% ooit, een stuk lager dan onder de Nederlandse en Europeanen of Noord-Amerikaanse respondenten met gemiddeld 32% ooit. Meer Surinamers en Antillianen dan Marokkanen en Turken hebben ervaring met cannabis.

Ook wat betreft harddrugs (Sandwijk gebruikt de term ‘difficult drugs’ en bedoelt hier heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC en hallucinogenen mee) scoren Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen lager dan respondenten met een Nederlandse, Europese of Noord-Amerikaanse etnische achtergrond.

	lifetime		laatste jaar		laatste maand		N
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Nederlanders	423	11,9%	108	3,0%	47	1,3%	3.543
Surinamers/Antillianen	16	4,6%	8	2,3%	2	0,6%	349
Marokkanen	3	2,0%	2	1,3%	1	0,7%	152
Turken	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	102
Europ/VS	13	11,8%	5	4,5%	3	2,7%	110
overig	7	6,5%	3	2,8%	1	0,9%	108
totaal	463	10,6%	126	2,9%	54	1,2%	4.364

Tabel 5: Gebruik van ‘difficult drugs’ naar etniciteit onder Amsterdammers van 12 jaar en ouder (Sandwijk e.a. 1995).

Bijzondere groeperingen: probleemjongeren, koffiешopbezoekers en uitgaanders in Amsterdam

Uit het voorgaande blijkt dat de prevalentiecijfers van het middelengebruik van respondenten met een niet-Nederlandse etnische achtergrond binnen bevolkings- en scholierenonderzoek het laagst zijn. Het vermoeden bestaat dat druggebruik vooral plaats vindt binnen deviante subculturen. Binnen de Amsterdamse Antenne-onderzoeken wordt het middelengebruik van probleemjongeren (Korf & van der Steenhoven 1993), koffiешopbezoekers (Korf e.a. 1995) en discotheek- en housepartybezoekers (Korf e.a. 1996) vergeleken met dat van de scholieren.

Onder de probleemjongeren (N=105) bevonden zich meer respondenten met een niet-Nederlandse etnische achtergrond dan onder de scholieren: 59% heeft een Nederlandse achtergrond, 25% Surinaams/Antilliaans en 12% Turks/Marokkaans.

Probleemjongeren hebben hogere prevalentiecijfers voor zowel legale als illegale middelen dan scholieren. Probleemjongeren met een niet-Nederlandse etnische achtergrond roken minder en drinken minder alcohol dan de Nederlandse probleemjongeren. Wat betreft het gebruik van cannabis zijn geen verschillen gevonden in etnische achtergrond. Het gebruik van harddrugs door probleemjongeren ligt ver boven het niveau van dat van scholieren. Eenderde deel van de probleemjongeren heeft wel eens harddrugs gebruikt, 15% heeft dat de afgelopen maand nog gedaan. "De leeftijd waarop de meesten voor het eerst XTC, amfetamine, cocaïne en LSD probeerden ligt tussen de 14 en 16 jaar. Dat is zeker een jaar eerder dan bij de scholieren. Probleemjongeren verkeren vaker in circuits waar zij veelvuldig in aanraking komen met harddrugs. De vriendenkring maakt daar zeker deel van uit. Het zijn vooral vaste stappers en Nederlandse jongeren die zulke gelegenheden bezoeken en gebruiken de vrienden hebben." (Korf & van der Steenhoven 1993). Harddruggebruik lijkt daarmee vooral voor te komen onder de probleemjongeren met een Nederlandse etnische achtergrond. Gezien het geringe aantal probleemjongeren binnen de steekproef dat harddrugs gebruikt, worden geen cijfers gegeven over verschillen in gebruik van harddrugs naar etnische achtergrond.

In 1994 zijn binnen het Antenne-onderzoek koffiешopbezoekers (N=142) vergeleken met de scholieren. Van de koffiешopbezoekers heeft 55% een Nederlandse etnische achtergrond, 19% is van Surinaamse/Antilliaanse afkomst, 16% is van Marokkaanse en 3% van Turkse afkomst.

'Witte' koffiешopbezoekers hebben de meeste ervaring met alcohol; 95% heeft wel eens gedronken. Van de overige bezoekers heeft 77% ervaring met alcohol. De laatste vier weken heeft 87% van de 'witte', 73% van de Surinaamse/Antilliaanse en 58% van de Turkse/Marokkaanse koffiешopbezoekers alcohol gedronken. Ook met cannabis hebben 'witte' koffiешopbezoekers meer ervaring. Surinaamse/Antilliaanse koffiешopbezoekers gebruiken echter vaker dagelijks (70%), gevolgd door 'witte' koffiешopbezoekers (50%) en ten slotte Turkse/Marokkaanse met 46%.

Met XTC en cocaïne hebben vooral Surinaamse/Antilliaanse koffiешopbezoekers ervaring, Turkse/Marokkaanse het minst. Met amfetamine en LSD hebben vooral de 'witte' koffiешopbezoekers ervaring. Het gebruik van heroïne wordt nauwelijks aangetroffen. (Korf e.a. 1995).

In 1995 zijn binnen het Antenne-onderzoek discotheek- en partybezoekers (N=462) vergeleken met de scholieren (Korf e.a. 1996). 78% van de respondenten was van Nederlandse of Westeuropese afkomst, 22% van een andere afkomst. Onder de discotheek- en partybezoekers vallen de verschillen in middelengebruik naar etnische achtergrond vrijwel weg.

Stedenonderzoek en gebruikersonderzoek

In verschillende steden is onderzoek gedaan naar de kenmerken van groepen druggebruikers.

In Utrecht zijn middels onder andere snowball- en targeted-sampling, capture-recapture en nominatietechniek (gegevens van respondenten over andere gebruikers) schattingen gemaakt van het aantal opiaatgebruikers in Utrecht. Via deze netwerkbenadering zijn gegevens verzameld over 550 van de naar schatting 950 Utrechtse heroïnegebruikers, dit komt neer op 0,4% van de Utrechtse bevolking. Er zijn in het onderzoek interviews gehouden met 101 Utrechtse opiaatgebruikers (ten Den e.a. 1995).

Kenmerken Utrechtse gebruikers: gemiddelde leeftijd 33 jaar, 3% is jonger dan twintig; 81% mannen; 42% heeft kinderen; 60% heeft een diploma voortgezet onderwijs; 90% is werkloos of arbeidsongeschikt; 72% is alleenstaand; bijna de helft heeft ooit wel eens gespoten, 18% heeft in de afgelopen maand nog gespoten (ten Den e.a. 1995).

Een definitie van allochtoon wordt niet gegeven, de auteurs gebruiken de term culturele herkomst, maar definiëren deze niet.

Ruim eenderde van de gebruikers (36%) is van niet-Nederlandse culturele herkomst. Surinamers (12%) en Marokkanen (12%) vormen samen een kwart van de totale populatie, 3% is Antilliaans, 3% is Moluks, 6% is Brits, mediteraan of Chinees. Van de mannelijke gebruikers is 42% allochtoon, van de vrouwen is 9% allochtoon (ten Den e.a. 1995).

Binnen de ambulante zorg (Centrum Maliebaan) is 25% allochtoon, van de groep die geen contacten heeft met Centrum Maliebaan is 46% allochtoon.

Van de allochtonen heeft 41% een onzekere woonsituatie, tegenover 32% van de autochtonen (ten Den e.a. 1995).

In onderzoek onder opiaat-gebruikers/verslaafden in Den Haag zijn soortgelijke cijfers gevonden (Eland-Goossens 1997). Werving vond plaats middels de sneeuwbalmethode waarbij van de 181 nominees 62 respondenten zijn gevolgd en geïnterviewd. De respondentengroep bestond voor de nominees voor 33% en voor de geïnterviewden voor 40% uit gebruikers van niet-Nederlandse afkomst.

Etniciteit	respondent n=62 76% man	nominee n=181 72% man
Nederlands	60%	67%
Turks	0%	1%
Marokkaans	8%	6%
Surinaams	11%	14%
Moluks	2%	2%
anders	20%	20%

Tabel 6: Etnische afkomst opiaat-gebruikers in Den Haag (Eland-Goossens 1997).

In zestien Nederlandse steden zijn schattingen gemaakt over het aantal harddruggebruikers aan de hand van bestaande gegevens van onder andere hulpverleningsstatistieken, politie-statistieken en – voor zover uitgevoerd – (wetenschappelijk) onderzoek (Bieleman e.a. 1995). Alleen in Amsterdam is een schatting gegeven van het percentage harddruggebruikers met een niet-Nederlandse etnische achtergrond. Deze schatting is gemaakt op basis van GG&GD gegevens, bestaande uit de reguliere methadonverstrekking en vroeghulp die wordt geboden op het politiebureau.

Jaar	Nederlands	etnisch	Totaal
1989	2404	1479	3883
1990	2041	1362	3403
1991	2276	1485	3761
1992	2354	1696	4050
1993	2435	1674	4109

Tabel 7: Geschat aantal harddruggebruikers in Amsterdam (Bieleman e.a. 1995).

In de bovenstaande schatting omschrijven Bieleman e.a. 'etnisch' als harddruggebruikers in Amsterdam die zijn geboren in Suriname, de Nederlandse Antillen, Turkije of Marokko. Gebruikers uit andere landen, met name Duitsland en Italië, zijn niet in deze schatting meegenomen.

In Rotterdam is onderzoek gedaan naar cocaïnegebruikers (Intraval 1992). Via de sneeuwbal-methode zijn uit een groep nominees van 1043 cocaïnegebruikers 110 respondenten geïnterviewd.

Twaalf procent van de Rotterdamse respondenten is van niet-Nederlandse afkomst, te weten Surinaams, Antilliaans, Mediterraan, Indonesisch, Moluks en Kaapverdiaans. Verder wordt er niets gemeld over deze groep (Intraval 1992).

II. Aard middelengebruik per groepering

Over de aard van de alcohol- en gokproblematiek van de verschillende allochtone bevolkingsgroepen zijn in de geraadpleegde bronnen nauwelijks gegevens voorhanden. Tjandu constateert aan het begin van de jaren negentig dat de alcohol- en gokproblematiek onder jonge Molukkers toeneemt (Stichting Tjandu 1990a). In een andere bron wordt geconstateerd dat in de Molukse gemeenschappen altijd alcohol werd gedronken, maar voornamelijk op feestdagen. Tegenwoordig wordt er ook op andere dagen alcohol gebruikt. In dezelfde bron wordt gesteld dat de startleeftijd van alcoholgebruik daalt en dat de intermediären in alle gemeenschappen op een aantal van tachtig Molukse probleemdrinkers in Nederland komen (Kakasina 1990).

De Suriname Sectie van het Trimbos Instituut constateerde nog niet zo lang geleden dat er betrekkelijk weinig bekend is over de aard en omvang van drankgebruik bij Surinamers (Uiterloo & Roemer 1997).

Wat betreft de aard van het problematisch alcoholgebruik van Turken en Marokkanen zijn uit de geraadpleegde bronnen geen gegevens naar voren gekomen. Wel wordt in een bron verborgen gokproblematiek bij Turken geconstateerd, maar er wordt niet verder ingegaan op de aard daarvan (CAD Twente 1994).

Ten aanzien van vluchtelingen kan worden gesteld dat, daar sommige groepen vluchtelingen en asielzoekers uit landen komen waar artsen ruimhartig medicijnen voorschrijven, in Nederland een medicijnenverslaving aan het licht komt. Over de aard van de verslavingen van vluchtelingen kan in het algemeen worden gesteld dat zij in Nederland de middelen blijven gebruiken die zij reeds kennen uit hun herkomstland, die hier, ontdaan van hun cultu-

rele en rituele setting, in een aantal gevallen excessieve of problematische vormen aanneemt. Iraniërs gebruiken in de centra opium, Oostafrikanen khat, Vietnamezen en Srilankanen alcohol. Tevens wordt geconstateerd dat sommige Oostafrikanen en Vietnamezen financiële problemen hebben, wat wordt geweten aan respectievelijk excessief khatgebruik en gokproblemen (Stichting Tjandu 1997a; Pharos, Niad, NeVIV 1994, Egers & Tichelman 1994).

Ook over de aard van de heroïneverslavingsproblematiek onder allochtone groeperingen is weinig geschreven. Ongetwijfeld zullen outreaching- en andere zorgmedewerkers hiervan kennis hebben, maar deze kennis is niet of nauwelijks terug te vinden in de voor dit rapport geraadpleegde bronnen. De wetenschappelijke kennis over de aard van heroïneverslavingsproblematiek is schaars en voor een groot deel verouderd.

De verslaving aan opiaten kwam het eerst aan het licht binnen de Surinaamse en Molukse gemeenschappen. Na de introductie van het middel in 1972 bleek dat heroïne snel en omvangrijk haar intrede had gedaan binnen beide gemeenschappen. Toen werd duidelijk dat het middel door jonge Molukkers in alle zestig Molukse gemeenschappen in het land werd gebruikt. In enkele bronnen wordt gesteld dat binnen sommige Molukse gemeenschappen het gebruik van heroïne tot een groepsnorm was verheven (zie onder andere Sijes 1984). In 1983 waren in de zestig Molukse gemeenschappen 1800 verslaafden aan opiaten (Lawalata 1997). In een bron uit 1986 wordt gesteld dat de meeste Molukse verslaafden vier à vijf jaar gebruiken (Stichting Tjandu 1986a).

De grootste groepen jonge Surinaamse migranten kwamen naar Nederland rond de onafhankelijkheid van het land in 1975. Uit de spaarzame bronnen waarin de geschiedenis van de heroïneproblematiek onder Surinamers wordt geschetst, blijkt dat de jonge Surinaamse migranten geen slechter moment konden kiezen. Juist op het moment dat de contouren van de heroïne-golf duidelijk werden, transplanteerden zij hun straathoekcultuur uit Suriname naar de heroïne-distributiecentra van de Nederlandse grote steden. In een zeer kort tijdbestek verleenden de jonge Surinaamse migranten hand- en spandiensten in de distributie en stapten, totaal onvoorgelicht, over op het middel (Buiks 1983, van de Wijngaart 1991; Campbell & Pinas 1997). In twee bronnen van de Amsterdamse GG&GD wordt gesteld dat de gemiddelde verslavingsduur van Surinaamse opiaatverslaafden thans ongeveer twintig jaar is (van Brussel e.a. 1997) en hun gemiddelde leeftijd veertig jaar (van Brussel e.a. 1996).

Het gebruik van heroïne onder jonge Marokkanen begon in de eerste helft van de jaren tachtig (Kaufman & Verbraeck 1987). Het betrof hier enkele eerste generatie 'gastarbeiders', maar vooral hun zonen, die deels waren opgegroeid in Marokko (van Gelder & Sijtsma 1988b). In dezelfde hierboven aangehaalde bronnen van de Amsterdamse GG&GD wordt gesteld dat de gemiddelde verslavingsduur bij Marokkanen thans tien jaar is (van Brussel e.a. 1997) en hun gemiddelde leeftijd ruim dertig jaar (van Brussel e.a. 1996).

Over de geschiedenis van de opiatenproblematiek in de Turkse gemeenschap is nagevoeg niets bekend. In een wetenschappelijke studie uit de jaren tachtig wordt een enkele Turkse verslaafde beschreven (Kaufman & Verbraeck 1997). Maar in 1997 constateert de Turkse adviescommissie van het Platform Multiculturele Verslavingszorg: "Verslavingsproble-

men onder de Turkse bevolkingsgroep in Nederland zijn op dit moment nog onzichtbaar. De ernst en omvang van de verslavingsproblematiek zijn dan ook op dit moment onbekend in termen van harde cijfers” (Platform Multiculturele Verslavingszorg 1997a).

Ten aanzien van het gecombineerd gebruik met andere middelen kan worden gesteld dat Molukse, Surinaamse en Marokkaanse opiaatverslaafden hun gebruik vooral combineren met cocaïne en methadon. Hoe dat precies gebeurt, wordt niet duidelijk (Sijes 1984; Stichting Tjandu 1986a; van Roekel & Ligeon 1989; van Gelder & Sijtsma 1988a; Kaufman & Verbraeck 1987; van Gelder & Sijtsma 1988b).

Marokkanen zijn minder positief over methadon en combineren hun gebruik vaak met benzodiazepinen (Kaufman & Verbraeck 1987; van Gelder en Sijtsma 1988b), Surinamers zijn minder positief over allerhande ‘pillen’ (van Gelder & Sijtsma 1988b, van Brussel e.a. 1997). Over het gecombineerd gebruik van Turkse verslaafden is niets bekend.

In de geraadpleegde bronnen wordt ook alleen in algemene termen gesproken over de wijze(n) waarop de verschillende allochtone groeperingen bovengenoemde middelen gebruiken. Er is wel het een en ander bekend over de rituelen rond het gebruik, maar die worden niet of nauwelijks gespecificeerd naar allochtone groepering (zie onder andere Grund 1993). In het algemeen kan worden gesteld dat, in tegenstelling tot vele autochtone opiaatverslaafden, allochtonen het middel niet spuiten, maar roken. In sommige publicaties wordt ook wel van snuiven gesproken, maar er wordt hetzelfde bedoeld: verhitting van heroïne op zilverpapier en het opzuigen van de rook door een buisje, rietje of opgerold papiertje. In deze bronnen wordt ook gesteld dat allochtone verslaafden hun cocaïne eveneens niet spuiten, maar het middel als base roken.

De Marokkaanse en Turkse opiaatverslaafden spuiten niet vanwege religieuze taboes: het nuttigen van bloed is verboden. Voor andere allochtone groepen verslaafden spelen ook taboes mee – voor Surinamers geldt bijvoorbeeld dat een onverzorgd en beschadigd lichaam de verslaafde kwetsbaarder maakt voor kwade geesten en boze invloeden (van Gelder & Sijtsma 1988b) – maar speelt vooral uiterlijke verzorging mee: allochtone verslaafden zijn trots op hun lichaam (Grund 1993).

Uit de geraadpleegde bronnen blijkt een meerderheid van de allochtone opiaatverslaafden heroïne en cocaïne te roken, maar niet allemaal. In een Utrechtse studie bleken van de dertig Marokkaanse verslaafden er twee te spuiten (Kaufman & Verbraeck 1987). In een andere studie werden twaalf Surinaamse gebruiksters geïnterviewd, waarvan er een spoot (Roekel & Ligeon 1989). Uit een Amsterdamse studie blijkt dat van de dertig Marokkaanse verslaafden er vier spuiten (van Gelder & Sijtsma 1988b) Uit een Rotterdamse studie blijkt dat van 59 Marokkaanse verslaafden er drie spuiten en dat van 28 Surinaamse verslaafden er een spuit (Grund 1993). Voor het palfium-experiment in Amsterdam zijn twintig Surinaamse verslaafden geselecteerd waarvan er een spuit en drie Antilliaanse verslaafden, waarvan er ook een spuit (van Brussel e.a. 1997). In een landelijke studie vertelde een kwart van de honderd geïnterviewde Surinaamse verslaafden gedurende hun carrière wel eens te hebben gespoten (Campbell & Pinas 1997).

Specifieke cijfers over de wijze van toediening door Molukse en Turkse verslaafden ontbreken. In een bron wordt gesteld dan heroïne door Molukse verslaafden voornamelijk

gesnoven wordt (Sijes 1984). In de geraadpleegde bronnen wordt niet duidelijk op welke wijze Turkse verslaafden gebruiken, aangenomen mag worden dat zij dat op dezelfde wijze doen als hun lotgenoten in Berlijn, namelijk roken (ODAK e.V., 1996).

In algemene zin kan worden gesteld dat allochtone gebruikers, evenals overigens autochtone gebruikers, aan het begin van hun carrière meer in paren en groepen gebruiken en dat, naarmate de carrière vordert, het gebruik steeds individueler wordt (Grund 1993).

Uit een studie blijkt dat Surinamers vaker in groepen gebruiken dan Marokkanen, die vaker alleen gebruiken of in wisselende coalities van twee à drie personen (van Gelder & Sijtsma 1988b). In een andere studie wordt gesteld dat Creolen vaker in groepen gebruiken en Hindoestanen vaker alleen (Campbell & Pinas 1997).

Verslaving wordt in alle allochtone gemeenschappen afgekeurd. In sommige gemeenschappen is het een taboe en vindt ook uitstoting van de verslaafden plaats. In praktijk blijken er informele en formele banden te blijven bestaan tussen de allochtone verslaafden en hun achterban. In de aanloop naar de Molukse en Surinaamse categorale hulpverleningsinitiatieven is gebleken dat beide gemeenschappen zich wel over hun verslaafden ontfermen, zelfs al heerst daar een taboe op (zie onder andere: van Gelder & Sijtsma 1988a; Sijes 1984). Veel Molukse verslaafden blijven in de Molukse gemeenschappen wonen en hebben soms een partner en kinderen (Sijes 1984; Stichting Tjandu 1991b). Veel Surinaamse verslaafden hebben ook kinderen, contacten met niet verslaafde vrienden en met hun familie (van Roekel & Ligeon 1989; van Gelder & Sijtsma 1988b). Hindoestaanse verslaafden blijken vaker niet verslaafde vrienden te hebben dan Creoolse verslaafden (Campbell & Pinas 1997). Marokkaanse verslaafden hebben soms wel een partner, meestal geen kinderen en weinig contact met hun familie (van Gelder & Sijtsma 1988b). Uit veldonderzoek blijkt dat Marokkaanse verslaafden vaak nog wel onregelmatig contact hebben met hun moeder, broers, zussen, ooms en tantes en soms door hun familie te worden meegenomen naar het moederland of naar familie in het moederland te worden gestuurd om drugvrij te worden (Kaufman & Verbraeck 1987). Ook Turkse verslaafden worden door hun familie teruggestuurd naar het moederland om drugvrij te worden. Sommige Turkse families in Duitsland sturen hun verslaafde zonen naar een afkickkliniek in Istanboel (Platform Multiculturele Verslavingszorg 1997a) of in het uiterste geval voor achttien maanden naar het moederland om hun militaire dienstplicht te vervullen (ODAK e.V. 1997). Over de aard en omvang van de contacten tussen Turkse verslaafden en hun achterban zijn verder geen gegevens bekend.

Over de gezondheidstoestand van de allochtone verslaafden zijn nauwelijks gegevens bekend. In het algemeen kan worden gesteld dat mede door het pragmatisch drugsbeleid in Nederland de mortaliteit van Nederlandse verslaafden veel lager is dan in andere Europese landen (van Brussel e.a. 1997). Door hun wijze van gebruik is de kans op sterfte onder allochtone verslaafden lager dan onder autochtone verslaafden. In een Amsterdamse studie wordt gesteld dat de kans op sterfte onder autochtone verslaafden 2,7 maal hoger is dan onder allochtone gebruikers (van Brussel e.a. 1996). Er zijn weliswaar allochtone verslaafden seropositief, maar dat is vermoedelijk te wijten aan onveilige sextechnieken. In een Amsterdamse publicatie wordt gesteld dat 5,3% van de niet-spuitede Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse verslaafden seropositief is (Brandsman & Bhola 1996).

III. Hulpvraag allochtone gebruikers

Als opstap voor het hoofdstuk over knelpunten in de hulpverlening worden eerst de aard en omvang van de hulpvraag en daarna de aard en omvang van het hulpaanbod geschetst. De aard en omvang van de hulpvraag valt uiteen in drie delen: de vraag om sociaal-economische hulp, om medische hulp en om professionele verslavingshulp.

In de voorgaande paragrafen is gebleken dat er inmiddels wel het een en ander bekend is over allochtonen in Nederland en de omvang van hun middelengebruik. Over de aard van het gebruik is weinig bekend, maar toch meer dan over de hulpvraag.

Ongetwijfeld zal bij zorginstellingen (tijdens de intake) een inventarisatie worden gemaakt van de hulpvraag van allochtone verslaafden. In de publicaties van de instellingen over de zorg voor allochtone verslaafden wordt aan een evaluatie van die hulpvragen niet of nauwelijks aandacht besteed en ligt het accent op het hulpaanbod en vooral in de leemtes daarin. Ook in wetenschappelijke publicaties worden de hulpvragen van allochtone verslaafden niet of nauwelijks geïnventariseerd. In alle geraadpleegde literatuur komt niet naar voren dat allochtone verslaafden wel eens systematisch is gevraagd of zij behoefte hebben aan professionele hulp en zo ja, wat die dan zou moeten omvatten. In enkele publicaties wordt er wel aandacht aan besteed, maar het betreft meestal kleine groepen respondenten. Bovendien blijkt uit het literatuuronderzoek dat de vraag soms wel aan vrouwelijke allochtone verslaafden wordt gesteld en niet of nauwelijks aan mannelijke allochtone verslaafden.

1. Sociaal-economische en medische hulpvraag van allochtone verslaafden

Eind jaren tachtig is aan twaalf vrouwelijke Creoolse en Hindoestaanse verslaafden gevraagd aan welke hulp zij het meeste behoefte hadden. Het bleek dat zij naast specifiek Creoolse en Hindoestaanse therapeutische hulp vooral behoefte hadden aan maatschappelijke hulp: hulp na mishandeling, hulp bij het vinden van scholing en arbeid en hulp bij opvang voor hun kinderen (van Roekel & Ligeon 1989). Begin jaren negentig werd ook de hulpvraag van vrouwelijke Molukse verslaafden geïnventariseerd en de leemten die zij zagen in de hulpverlening. Als belangrijke leemte in de hulpverlening noemden de vrouwelijke Molukse verslaafden een gebrek aan vrouwelijke medewerkers op alle niveaus. Hun hulpvraag was primair maatschappelijk van aard: hulp bij opvang voor hun kinderen (Tjandju 1991b).

Hulpverleners die de straat op gaan om de hulpvragen binnen (verborgen) populaties te inventariseren worden vooral geconfronteerd met maatschappelijke en medische problemen. In Twente werd geconstateerd dat 60% van de bezoekers van Turkse koffiehuisen gokt en dat sommigen huurachterstand en andere financiële problemen hebben. In dezelfde nota wordt opgemerkt dat het vertrouwen van Turkse gok- en drugsverslaafden wordt opgebouwd door het geven van materiële hulp (CAD Twente 1994).

Uit de geraadpleegde bronnen blijkt dat de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van allochtonen slechter is dan van autochtonen. Dit wordt geweten aan hun slechtere sociaal-economische positie, hoewel cijfers over hun gezondheidstoestand en het gebruik van de gezondheidszorg nagenoeg ontbreken (Distelbrink & Veenman 1994). Ook wordt geconstateerd dat de gezondheidszorg, met name in de grote steden, minder toegankelijk is voor allochtonen (Smeets 1996).

Uit een onderzoek in Amsterdam blijkt de behoefte aan medische hulp onder (verborgen) Surinaamse drugsverslaafden. Bovendien bestaat er grote behoefte dat straathoekwerkers hen de weg wijzen naar medische hulp (Brandsma & Bhola 1996).

Wanneer allochtonen een beroep doen op medische hulp, blijkt een achterliggende hulpvraag vaak een verslavingsprobleem. Dit wordt in de geraadpleegde bronnen zowel geconstateerd bij vluchtelingen (Egers & Tichelman 1994) als bij Turken in Rotterdam. In dit laatste onderzoek wordt geconstateerd dat 37% van een hulpvraag rond verslaving van een klant of een familielid verstopt zit achter psychische problemen (Ataman & Kooiman 1997).

Ook uit buitenlands onderzoek blijkt dat door de slechte sociaal-economische positie de gezondheidstoestand van allochtonen slechter is, hoewel ook daar harde cijfers ontbreken (Dienst Migration Bundesamt für Gesundheit die Schweiz 1997; Salman, z.j.).

2. Behoeften en wensen van allochtone druggebruikers ten aanzien van de verslavingszorg.

Binnen de Rotterdamse Pauluskerk is een behoeftepeiling gehouden onder de veelal verslaafde bezoekers van het hulpverleningsproject. Marokkanen domineren onder allochtone bezoekers van de Pauluskerk, verder 12,5% illegalen, 30% Surinamers en Antillianen. Eenderde van de bezoekers is dakloos. Van de bezoekers komt 70% niet bij reguliere instellingen. De behoeftepeiling wees uit dat de veelal langdurig verslaafde bezoekers vooral behoefte hadden aan opvangvoorzieningen binnen een café-achtige setting, laagdrempelige hulpverlening, eet- en slaapvoorzieningen, ontspannings- en vormingsactiviteiten, klussenprojecten en gedoozones (Visser 1994).

Binnen de overkoepelende organisatie voor de verslavingszorg dringt de noodzaak van een inventarisatie van de wensen en behoeften van de (allochtone) verslaafden inmiddels door. In 1995 heeft de NeVIV een inventarisatie verricht onder alle daarbij aangesloten instellingen voor verslavingszorg. Van de veertig instellingen gaven 21 een reactie op de vraag of er binnen hun instelling een peiling is verricht naar de behoeften en wensen van allochtone verslaafden. Vijf instellingen antwoorden bevestigend. Het is echter niet bekend waaruit die behoeften en wensen bestonden.

3. Gebruikmaking van de verslavingszorg door allochtone druggebruikers

Binnen het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) van de Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (IVV) worden systematisch gegevens verzameld van cliënten in de ambulante verslavingszorg. Cijfers van de intramurale zorg worden op landelijk niveau niet systematisch geregistreerd. Uit het patiëntenregister van de Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg blijkt dat in de verslavingsklinieken jaarlijks circa 7000 tot 8000 personen worden opgenomen. Vijftig tot zestig procent wordt via de ambulante hulpverlening opgenomen in de klinieken (PIGGz 1991). In de toekomst wordt getracht de cijfers uit de intramurale hulpverlening onder te brengen in het LADIS registratiesysteem (Cruts e.a. 1997).

LADIS heeft in een periode van twee jaar 20.261 harddrugverslaafden – unieke personen met minimaal twee hulpverleningscontacten – bereikt (Ouwehand & Cruts 1997b).

In de LADIS-publicaties wordt in beginsel niet gesproken van allochtonen. Om hen te onderscheiden van autochtonen wordt uitgegaan van de niet-Nederlandse cultuur waarin de cliënt zegt te zijn opgegroeid. LADIS hanteert voornamelijk het begrip culturele herkomst.

Zoals gezegd onderscheidt LADIS in de periode 1988 tot en met 1993 Turken, Marokkanen; overig Mediterraan, overig Europees, Moluks, Surinaams, Antilliaans en overig buiten Europees.

Vanaf 1994 onderscheidt LADIS Oost-Europees, Zuid-Europees, overig Europees, Turks, Moluks, overig Aziatisch, Surinaams, Antilliaans, overig Latijns-Amerikaans, Marokkaans, overig Amerikaans en overige landen (Ouwehand en Cruts 1997b). Vanaf 1994 wordt echter niet meer gerapporteerd over de verschillende bevolkingsgroepen binnen de jaarlijkse LADIS verslagen. Men gebruikt in deze rapportages weer uitsluitend het onderscheid allochtoon, autochtoon en onbekend.

Wanneer we kijken naar alle middelen, inclusief gokken, heeft binnen LADIS zes procent niet de Nederlandse nationaliteit en is in totaal vijftien procent van niet-Nederlandse culturele herkomst. Dit zou dan betekenen dat verslavingszorginstellingen relatief meer allochtonen bereiken. Het aantal allochtonen in Nederland met een overwegend zwakke economische en sociaal-maatschappelijke positie – ook wel aangeduid als etnische minderheden – bedraagt ongeveer één miljoen, dat wil zeggen bijna zeven procent van de Nederlandse bevolking. Dit zou dan betekenen dat allochtonen in de hulpverlening dus in ieder geval gelijk-, en misschien wel oververtegenwoordigd zijn. Het is echter een heikele zaak om op basis van twee verschillende definities vergelijkingen te maken. Bovendien is de leeftijdsopbouw van de autochtone bevolking en de verschillende groepen allochtonen sterk verschillend, en zijn er geen cijfers beschikbaar over de leeftijdsopbouw van de allochtone cliënten binnen LADIS. Kortom de schattingsprocedures moeten gestandaardiseerd worden en vergelijkingen tussen autochtonen en allochtonen moeten op dezelfde manier gemaakt worden om conclusies te kunnen trekken (Cruts 1996a).

In 1993 lagen de inschrijvingscijfers naar culturele achtergrond als volgt:

Culturele afkomst	Alcohol	Drugs	Gokken	overig/nvt.	Totaal	percentage van de Nederlandse bevolking*
Nederlands	88,6%	68,4%	83%	82%	79,6%	93%
Turks	0,8%	1,4%	3,4%	1,1%	1,5%	1,6%
Marokkaans	0,8%	3,3%	2,3%	1,4%	2%	1,3%
Moluks	0,2%	1,2%	0,7%	0,6%	0,7%	0,3%
Surinaams	1,3%	7,4%	2,2%	3,1%	3,9%	1,7%
Antilliaans	0,7%	2,4%	0,7%	0,8%	1,4%	0,6%
overig Europees	2,9%	4,8%	1,5%	2,3%	3,4%	
overig niet-Europees	1,3%	3,2%	3,2%	1,8%	2,4%	
overig Mediterraan	0,2%	0,8%	0,5%	0,2%	0,5%	
onbekend	3,2%	7,1%	2,5%	6,7%	4,6%	

Tabel 8: Nieuwe inschrijvingen LADIS 1993 naar culturele afkomst (IVV 1994; *Lawalata 1997).

In bovenstaande tabel valt op dat in verhouding meer allochtonen zich bij de ambulante zorg inschrijven in verband met drugsproblematiek dan autochtonen. Binnen de allochtone groepen melden zich vooral Surinamers en Marokkanen bij de instellingen voor ambulante zorg voor vanwege drugsproblematiek, terwijl in verhouding weinig Turken zich aanmelden met drugsproblemen. Binnen de Turkse gemeenschap lijken in verhouding vooral gokproblemen te bestaan.

Van het totaal aantal ingeschrijvingen binnen LADIS in de jaren 1994, 1995 en 1996 wordt in de volgende tabellen de culturele herkomst van de cliënten per primaire problematiek weergegeven. De gegevens hebben betrekking op het totaal aantal inschrijvingen per jaar. Omdat sommige cliënten zich meer dan één keer per jaar inschrijven is er sprake van dubbeltellingen. Sinds 1994 krijgt elke cliënt die geregistreerd wordt door LADIS een unieke code waarmee dubbeltellingen kunnen worden voorkomen. Zo hebben de 56.938 inschrijvingen in 1994 betrekking op 50.053 unieke personen. In 1995 en 1996 stonden respectievelijk 48.835 en 49.319 unieke personen ingeschreven.

1994	Alcohol	Drugs	Gokken	Overig/nvt	Totaal
autochtoon	89%	70%	82%	80%	80%
allochtoon	9%	25%	16%	15%	17%
onbekend	2%	5%	2%	5%	3%
Totaal	22.170	24.409	6.814	3.545	56.938

Tabel 9: Totaal aantal inschrijvingen in de ambulante verslavingszorg in 1994 (niet gecorrigeerd naar dubbeltellingen) voor primaire problematiek naar culturele herkomst (IVV 1995).

1995	Alcohol	Drugs	Gokken	Overig/nvt	Totaal
autochtoon	90%	72%	82%	73%	80%
allochtoon	8%	25%	17%	15%	17%
onbekend	2%	4%	2%	12%	3%
Totaal	21.891	25.726	5.871	1.696	55.184

Tabel 10: Totaal aantal inschrijvingen in de ambulante verslavingszorg in 1995 (niet gecorrigeerd naar dubbeltellingen) voor primaire problematiek naar culturele herkomst (IVV 1996).

1996	Alcohol	Drugs	Gokken	Overig/nvt	Totaal
autochtoon	90%	72%	81%	68%	80%
allochtoon	9%	25%	17%	25%	18%
onbekend	2%	4%	2%	1%	3%
Totaal	22.966	28.050	5.376	441	56.833

Tabel 11: Totaal aantal inschrijvingen in de ambulante verslavingszorg in 1996 (niet gecorrigeerd naar dubbeltellingen) voor primaire problematiek naar culturele herkomst (Ouweland e.a. 1997).

Uit de tabellen blijkt dat het aantal ingeschreven allochtonen per problematiek over de jaren gelijk blijft. Voorts valt op dat in verhouding meer allochtonen zich laten inschrijven voor druggerelateerde problematiek, terwijl dit voor alcoholgerelateerde problematiek juist minder is.

In de volgende tabel wordt over de periode 1988 – 1996 per middel het percentage allochtonen onder de nieuwe inschrijvingen binnen LADIS weergegeven.

Jaar	Alcohol	Cannabis	Heroïne	Cocaïne
1988	6,9%	19,6%	31,9%	37,5%
1989	7,0%	19,0%	31,7%	39,3%
1990	7,8%	16,2%	27,8%	37,2%
1991	8,1%	19,2%	31,4%	37,7%
1992	8,8%	18,1%	31,9%	33,2%
1993	8,5%	15,5%	29,4%	31,9%
1994	9,5%	17,9%	32,3%	32,8%
1995	9,2%	17,9%	29,4%	30,7%
1996	9,2%	18,4%	30,0%	34,5%

Tabel 12: Percentage allochtonen van de nieuwe inschrijvingen per middel naar jaar (Cruts e.a. 1997).

In de periode 1988 tot 1996 is binnen de nieuwe inschrijvingen in de ambulante verslavingszorg het percentage allochtonen met primaire alcoholproblematiek gestegen van 6,9% tot 9,2%. Voor andere middelen zijn de percentages echter gedaald, voor cannabis van 19,6% naar 18,4%, voor heroïne van 31,9 naar 30,0% en voor cocaïne van 37,5% naar 34,5% (Cruts e.a. 1997).

Over de cliënten van de ambulante verslavingszorg zijn door IVV aan de hand van de LADIS gegevens profielschetsen gemaakt. De gegevens die betrekking hebben op de culturele achtergrond van de cliënten worden hieronder beschreven.

In de profielschets van harddrugcliënten van het LADIS wordt het volgende gesteld. “Van de in 1995 ingeschreven harddrugcliënten heeft 11% niet de Nederlandse nationaliteit. Gemeten naar de culturele herkomst is 27,7% van de harddrugcliënten allochtoon. [...] Voor de primaire problematiek bedraagt het percentage allochtonen onder de cocaïnecliënten 31,1% en onder de heroïnecliënten 29,8%. Voor de secundaire problematiek is deze verhouding 20,9% tegenover 17%.”(Ouwehand & Cruts 1997b).

“In verhouding tot de hele bevolking zijn de harddrugcliënten vaker afkomstig uit gemeenten met meer dan 100.000 inwoners. Van de hele bevolking woont 27,3% in deze grote gemeenten (CBS 1996), terwijl 52,5% van de autochtone harddrugcliënten hier woont. Van de allochtone harddrugcliënten woont 68,4% in de grote gemeenten.”(Ouwehand & Cruts 1997b).

Autochtone harddrugcliënten hebben vaker inkomsten uit werk (22,3%) dan allochtone harddrugcliënten (14%).

Uit de profielschets van gokcliënten van het LADIS blijkt het volgende. Een meerderheid van 81% van de in 1994 nieuw ingeschreven gokcliënten is van autochtone herkomst, 18% is allochtoon, 1% onbekend; 90% heeft de Nederlandse nationaliteit.

Van de allochtone gokcliënten is op hun beurt 14% van Europese herkomst, 16% van Turkse herkomst, 23% van Surinaamse of Antilliaanse herkomst, 17% Marokkaans, 4%

Moluks en 35% van overige allochtone herkomst (Ouwehand e.a. 1996).

Uit de profielschets van cannabiscliënten van het LADIS blijkt dat in de periode 1994/1996 het aantal nieuwe inschrijvingen van allochtonen onder de cliënten met cannabisproblematiek met 18% stabiel blijft (Ouwehand & Cruts 1997a).

Uit de profielschets van XTC-clieñten van het LADIS blijkt dat in de periode 1994/1996 het aantal XTC-clieñten binnen LADIS is gestegen: 29 in 1994, 228 in 1995 en 428 in 1996. In 1996 was dit 2,3% van alle nieuw ingeschreven cliënten. Tien procent van de XTC-clieñten is allochtoon, dit zijn er in 1996 dus 43 (de Bruin e.a. 1997). Er wordt niet aangegeven uit welke etnische groepering deze komen, dit kunnen dus net zo goed Britten als Chinezen zijn die aangeven te zijn opgegroeid in een andere dan de Nederlandse cultuur. De drop out is met 40% hetzelfde voor allochtonen en autochtonen (de Bruin e.a. 1997).

Drop out en hulpverleningscontacten

In het LADIS worden ook de hulpverleningscontacten met ingeschreven cliënten en de uitschrijvingen van cliënten binnen de ambulante verslavingszorg in Nederland bijgehouden.

LADIS ontwikkelde negen redenen van uitschrijving waarvan bij drie redenen duidelijk sprake is van drop out. "Er is sprake van drop out als de cliënt eenzijdig de hulpverlening verbreekt, als de instelling eenzijdig de hulpverlening verbreekt of als de cliënt weg blijft zonder nader bericht. Er is daarentegen geen sprake van drop out als de cliënt en de hulpverlener de hulpverlening beëindigen in wederzijds overleg, als de cliënt wordt doorverwezen naar een andere instelling, of als de cliënt wordt doorverwezen binnen de instelling. Niet meegeteld voor indicatie van drop out zijn: verhuizing, overlijden, natuurlijke dood, suicide, niet natuurlijke dood en overige redenen van uitschrijving." (Cruts e.a. 1997). De hulpverlener beslist welke reden van toepassing is, de cliënt heeft hierop geen invloed.

Allochtonen hebben gemiddeld minder contacten met de hulpverlening dan autochtonen. "Door de jaren heen hebben allochtone cliënten gemiddeld bijna 14 contacten gehad tegenover niet-allochtonen bijna 15 contacten. De drop out onder allochtonen ligt op bijna 65%, bij niet-allochtonen op ruim 50%." (Cruts e.a. 1997). Het hogere drop out percentage onder allochtonen is te verklaren doordat zij vaker drugsverslaafd in plaats van alcoholverslaafd zijn en doordat zij minder hulpverleningscontacten hebben. "De hoge drop out van allochtonen kan deels worden verklaard uit het gegeven dat de percentages allochtone cliënten het hoogst liggen bij heroïne en cocaïne als primaire problematiek. Bij deze problematieken is de drop out hoger dan bij andere problematieken. Het soort middel verklaart ten dele de hogere drop out onder allochtonen, maar verklaart deze hogere drop out niet volledig." (Cruts 1996a).

middel:	allochtonen	niet- allochtonen	verschil
alcohol	51%	43%	8%
cannabis	54%	48%	6%
heroïne	62%	55%	7%
cocaïne	54%	54%	0%

Tabel 13: Drop out percentages 1996. (Cruts e.a. 1997)

Opmerkelijk is dat de drop out cijfers voor de alcoholcliënten regionaal varieert van 42% in de regio Zuid tot 55% in de regio Zuid Holland. Voor cannabis bestaan geen regionale verschillen. Voor alle heroïnecliënten varieert de drop out per regio met 14%: 75% in Zuid Holland, 62% regio Midden, 61% regio's Zuid en Noord. In de regio Zuid-Holland komen echter relatief veel allochtonen voor onder de heroïneverslaafden. Het percentage allochtonen onder heroïnecliënten schommelt in de periode 1988 tot en met 1996 rond de dertig procent. Het hoogste drop out percentage in de periode van 1988 tot en met 1996 ligt in Zuid-Holland 39,1%, Noord-Holland 35%, Midden 26,6%, Zuid 26,5% en in de regio Noord 19%.

Drop out percentages in het algemeen voor allochtonen zijn voor vrijwel alle jaren en alle regio's hoger dan voor autochtonen. Alleen in 1996 was het percentage in regio Noord voor allochtonen lager. In de regio Noord-Holland is het percentage allochtonen onder de heroïneverslaafden significant gestegen van 32% naar 41%. In Zuid-Holland, Noord en Zuid is het percentage (niet-significant) gedaald. Onder de cocaïnecliënten vinden we de hoogste percentage allochtonen, in de periode 1988 tot en met 1996 was gemiddeld 35% allochtoon. In regio Noord-Holland was het percentage allochtonen onder de cocaïnecliënten het hoogst in '88 met 47,4%. In de periode tot 1996 is dit percentage echter gedaald naar 36,5%. (Cruts e.a. 1997). De cijfers in het betreffende rapport zijn niet opgesplitst naar de verschillende etnische groepen, allochtoon is alles wat niet autochtoon is. Verder zijn de verschillende items niet uitgesplitst naar allochtoon versus autochtoon. Het zou interessant zijn gerichte (statistische) analyses op het bestaande materiaal los te laten.

Op basis van de cijfers uit de periode 1988 tot en met 1996 zijn trends berekend voor autochtonen en allochtonen bij uitschrijving: Door de jaren heen geldt dat allochtone cliënten minder hulpverleningscontacten hebben (gemiddeld 13,6) en meer drop out (64,6%) dan autochtone cliënten (resp. 14,8 en 50,3%) (Cruts e.a. 1997).

Om de drop out naar culturele achtergrond te kunnen verklaren is de kans op drop out per middel berekend door de kans op eerste problematiek met een middel te vermenigvuldigen met het percentage drop out voor dat middel. "Een autochtone cliënt die in 1996 is uitgeschreven, heeft een kans van 60,5% om alcoholcliënt te zijn geweest, een alcoholcliënt heeft vervolgens een kans op 43,7% op drop out. Na vermenigvuldiging van deze twee kansen heeft een in 1996 uitgeschreven autochtone cliënt een kans van $60,5\% \times 43,7\% = 26,4\%$ om een alcoholdrop out te zijn." (Cruts e.a. 1997). In de onderstaande tabel zijn deze drop out kansen voor alle middelen weergegeven.

Soort middel	autochtoon	allochtoon
alcohol	26,4%	12,5%
cannabis	3,8%	3,9%
heroïne	13,3%	26,2%
cocaïne	4,3%	9,1%
Totaal kans op drop out voor alle middelen	47,9%	51,7%
Totaal geregistreerde drop out voor alle middelen	46,9%	56,9%

Tabel 14: Drop out kansen 1996. (Cruts e.a. 1997)

“Volgens de kansberekening op grond van de verdeling over de middelen zou bij de allochtonen de kans op drop out 3,8% hoger liggen dan bij de autochtonen (51,7% ten opzichte van 47,9%). In werkelijkheid is het verschil 10% (56,9% ten opzichte van 46,9%). Dit betekent dat minder dan de helft van het verschil in drop out tussen autochtonen en allochtonen wordt verklaard door verschillen in het problematisch middelengebruik. Het merendeel van het verschil in drop out dient te worden verklaard door andere factoren.” (Cruts e.a. 1997). Voor 1995 rapporteerde LADIS hetzelfde effect (Cruts 1996a). “Op basis van deze gegevens willen we concluderen dat allochtonen minder goed aansluiting vinden bij de bestaande hulpverlening dan niet-allochtonen. Het verdient de aanbeveling te onderzoeken wat de aard is van deze problematiek.” (Cruts e.a. 1997).

Methadonverstrekking in Amsterdam

Onderzoek van Plomp (1992) poogt inzicht te verschaffen in de manieren waarop cliënten van het Amsterdamse methadonverstrekkingscircuit gebruikmaken. Er wordt ingezoomd op de duur van gebruikmaking; de regelmaat (frequentie van gebruikmaking) en de doorstroom naar hoogdrempeliger voorzieningen. De cohorten van 1984/85/86/87 zijn elk vier jaar lang gevolgd. Qua samenstelling zijn de cohorten over de jaren niet veranderd naar leeftijd, sexe, land van herkomst of wijze van gebruikmaking van de verstrekking. Wel is het aantal instromingen in de periode 1984 tot 1989 steeds minder geworden (van 2657 naar 1989 aanmeldingen)

Wat geboorteland betreft bestaat de respondentengroep voor 22% uit Nederlanders, 20% Duitsers, 21% overige Europeanen, 10% allochtonen (waaronder Plomp Surinamers, Marokkanen en Turken verstaat; het wordt niet duidelijk waar de Antillianen bij zijn geteld), 5% komt van buiten Europa en van 21% is de herkomst onbekend. In de tabellen worden Nederlanders, allochtonen en buitenlanders onderscheiden; soms worden Duitsers of Italianen apart genoemd.

Tussen 1984 en 1987 is er een gemiddelde daling van het aantal instromende cliënten van 38%. Nederlanders dalen met 43% en allochtonen met 45%. Er is een relatief grote stijging van het aantal instromende Italiaanse cliënten: 23% (van 69 in '84 naar 157 in '87).

Allochtonen zijn oververtegenwoordigd in de langeduurklassen (meer dan 2 jaar gebruik van methadon), zowel in de groep regelmatige (17%) als de onregelmatige (18%) zitten zij boven het gemiddelde in het totale bestand (10,3%) gebruikers. Nederlanders zitten vooral in de regelmatige gebruiksgroepen, zowel kort- als langdurig (twee keer vaker dan gemiddeld, resp. 41 en 46% tegen 22% gemiddeld).

Allochtonen krijgen relatief vaak voor het eerst verstrekt op het politiebureau. Voor de

meesten van hen – vooral langdurig en onregelmatig gebruikers – blijft dit ook de belangrijkste verstrekker. “Zij representeren de groep langdurig verslaafden waarop de reguliere methadonverstrekking geen greep heeft. Naast gebruikers die hun illegale gebruik kunnen financieren door crimineel gedrag, bevat de categorie langdurig onregelmatige gebruikers, cliënten die na lange periodes van abstinentie terugvallen op de methadonverstrekking.” (Plomp 1992). Allochtonen stromen relatief weinig door naar hoogdrempeliger verstrekkers als huisarts of CAD (Nederlanders 50%, allochtonen 28%, buitenlanders 32%). Gekeken naar de verschillende regelmaatsklassen valt op dat wanneer buitenlanders en allochtonen over een langere periode en/of regelmatig verstrekt krijgen de verschillen in doorstroom met Nederlanders wegvallen (Plomp 1992).

“Wanneer cliënten die korter dan drie maanden en degenen die hun methadon meest op een politiebureau hebben versterkt gekregen, buiten beschouwing worden gelaten bij het bepalen van de doorstroom, dan resteren 782 (44,8% van de) Nederlandse cliënten en 222 (27,4% van de) allochtone cliënten. Van deze groep is 17,5% van de Nederlanders en 18,5% van de Surinamers doorgestroomd van een laag- naar een meer hoogdrempelige verstrekkingsmodaliteit, terwijl 7,8% respectievelijk 5,9% in omgekeerde richting terugstroomde. De kans op doorstromen neemt toe naarmate men langer in het circuit verstrekt krijgt; van de cliënten die langer dan twee jaar verstrekt krijgen, stroomt 30% van de Nederlanders en 28,6% van de allochtonen door.” (Plomp & van der Hek 1993).

De GG&GD Amsterdam heeft onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden om Surinaamse en Antilliaanse drugsgebruikers in laagdrempelige methadonprogramma's over te laten stappen op onderhoudsdoseringen bij de huisarts omdat dit meer mogelijkheden zou bieden aan de verslaafden om hun leven verder op de rails te krijgen. Van de 141 onderzochten bleek 20% een gereguleerd bestaan te leiden en direct voor een onderhoudsdosering bij huisarts in aanmerking zouden kunnen komen. Nog eens 20% zou dit in later stadium kunnen en 60% zou niet in aanmerking komen (de Vries e.a. 1997).

Intramurale zorg

Cijfers van de intramurale zorg worden op landelijk niveau niet systematisch geregistreerd.

“Van de intramurale instellingen is geen op allochtone verslaafden toegespitste informatie beschikbaar over het aantal opnames, reden van ontslag, verblijfsduur etcetera. Dat is des te meer te betreuren omdat uit ervaringsgegevens bekend is dat allochtonen het in de meeste klinieken niet lang uithouden.” (Ministerie van VWS 1997). Alleen over het in 1990 door de Jellinek geïnitieerde Intercultureel Motivatie Centrum (IMC) is het een en ander gepubliceerd.

Het IMC is opgericht met als doel allochtone verslaafden met een justitieel verleden de keuze te geven tussen behandeling en detentie. Het idee voor het IMC is geboren in de Bijlmerbajes waar P. Rademaker, afdelingshoofd van het IMC, werkte. Rademaker heeft geprobeerd vanuit de Bijlmerbajes allochtone straatjunks te motiveren naar afkickcentra te gaan. “Daar hadden ze geen zin in of hadden er allerlei onzinverhalen over gehoord. Het viel ook op dat zij in de gevangenis veel assertiever en actiever waren dan in afkickcentra. Zo is het idee geboren om ze in huiselijke kring actief te houden. Hulpverleners in het IMC zijn overwegend allochtoon en hebben daardoor snel een vertrouwensbasis, je kunt de cliënten

aanspreken in eigen taal. Er is veel sociale controle binnen de cliëntengroep. Er zijn veel groepsgesprekken, sport en cursussen. 25 Procent wordt clean en integreert, 50% haakt voortijdig af en komt weer in de bak." (Vaartjes 1993).

Vanaf het begin zat het IMC vol, er waren vrijwel meteen wachtlijsten voor de twaalf beschikbare bedden. Het IMC werd in 1990 in principe voor één jaar gefinancierd, vanwege de grote vraag en het succes is het geprolongeerd (van de Vegte 1993).

Detentie

Het aantal verslaafde gedetineerden steeg van 259 in 1971 tot 5500 in 1987. In 1993 wordt 50-70% van de 8073 gedetineerden geschat als druggebruiker waarvan 30% Surinaams/Antilliaans. In 1993 was 48% van de gedetineerden allochtoon (van de Wijngaart 1996). In 1994 was er een toename van jonge verslaafden met relatief veel Marokkanen die met justitie in aanraking kwamen (Blenman 1994).

Van de TBS patiënten had in 1991 een kwart een niet-Nederlandse culturele achtergrond. De helft hiervan was van Surinaams/Antilliaanse afkomst, drie procent had een Turks/Marokkaanse achtergrond (Que 1996). Volgens het Ministerie van VWS is in de TBS-sector het aantal allochtone patiënten toegenomen. In de TBS-inrichtingen is daarnaast steeds vaker sprake van een combinatie van een verslavingsprobleem en een psychische stoornis (Ministerie van VWS 1997). Cijfers hierover zijn echter niet bekend.

Vanuit de reclassering zijn de volgende cijfers bekend. Van de justitiabelen is 5,9% Surinaams, 3,2% Antilliaans/Arubaans, 2,7% Turks en 5,1% Marokkaans. Eenderde van alle gevangenen is afkomstig uit een van de vier groepen. De werkeloosheid onder delinquenten is bij autochtonen 7%, bij Surinamers 26%, bij Antillianen /Arubanen 31%, Turken 31% en Marokkanen 36%. Van de reclasseringscliënten is in totaal 19,3% drugsverslaafd (Lemmers 1996). Over het percentage allochtone drugverslaafden onder de reclasseringscliënten zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag naar traditionele vormen van hulpverlening

De slechte sociaal-economische situatie en onbekendheid met reguliere instellingen van veel allochtonen is wellicht een reden voor gebruik van circuits van traditionele, niet-westerse genezers. Een andere reden is waarschijnlijk dat er te weinig allochtone hulpverleners in hulpverlening en psycho-sociale zorg zitten (de Jong 1994).

Veel Surinaams-etnische groeperingen hebben eigen traditionele genezers. Wanneer verslaafden uit deze groeperingen vastlopen binnen de reguliere zorg in Nederland zoekt men vaker heil bij traditionele vormen van hulpverlening. Bij Hindoestanen zijn cultuur en religie onafscheidelijk. Hindoestaanse hulpverleningsmethoden stammen uit India maar zijn in Suriname en Nederland aangepast. Mythen en mystiek zijn daarin belangrijk. De methoden bestaan uit uitbezemingstechniek, gebedsgenezing, boze oog maatregelen en exorcisme en worden toegepast bij materiële en immateriële/lichamelijke en geestelijke problemen. Het hindoestaanse hulpverleningscircuit heeft in Nederland een informeel karakter; via vrienden en familie komt men met elkaar in contact. Priesters en medicijnmannen hebben veel autoriteit binnen de gemeenschap (Kandhai 1994).

Uit interviews met Surinaamse harddruggebruikers in Amsterdam blijkt dat voor met name de Creolen Winti een alternatief kan zijn voor de behandeling van druggerelateerde

problemen. Tweederde van de Creoolse harddruggebruikers in Amsterdam is in meer of mindere mate actief betrokken bij Winti (van Gelder & Sijtsma 1988a). Hoewel Winti een niet te onderschatten rol speelt in de belevingswereld van menig Creool, heeft de 'Christelijke' weerstand tot gevolg gehad dat er een taboe rust op deze geloofstraditie (Tjon A Tjen 1994).

IV. Hulpaanbod

1. Geschiedenis categorale instellingen naar integrale

Opkomst en ondergang categorale instellingen

Aan het eind van de jaren zeventig ontstonden uit de eerste zelfhulpgroepen van jonge Surinamers en Molukkers initiatieven om het verslavingsprobleem binnen deze groepen aan te kunnen pakken (van Gelder & Sijtsma 1988a; Sijes 1984; Stichting Tjandu 1990a). Dit proces zette zich voort in de jaren tachtig uit onvrede met het hulpaanbod van de algemene verslavingszorg. Deze initiatieven zijn bekend geworden als categorale hulpverleningsprojecten. Door omstandigheden zijn enkele, vooral Surinaamse, initiatieven in een vroeg stadium weer opgedoekt.

Eind jaren tachtig werd een volgende beleidsontwikkeling waarneembaar: categorale zorg en algemene verslavingszorg werden samengevoegd tot integrale instellingen. Althans, dat was de opzet. Ondanks de positieve resultaten van vooral de Molukse initiatieven worden de projecten door de integrale instellingen opgedoekt of opgeslokt in algemene allochtonen projecten (Stichting Tjandu 1990a). Voor zover bekend bestaat op dit moment nog één ambulante categorale hulpverleningsorganisatie voor Molukse verslaafden en risicjongeren in Nederland, Stichting Masiun in Drente. Masiun richt zich op gemarginaliseerde jongeren en kent binnen haar visie twee belangrijke begrippen: de Bergaul-methodiek en Masohi-gevoel. Bergaul is Maleis voor omgang. Deze methodiek bestaat uit vier fasen: in de eerste twee fasen, Cakeku I en II (= zoeken naar je eigen kracht) wordt het contact gelegd en worden opvang, behandeling en nazorg vorm gegeven. In fase drie, de Akeku fase (= ordening) staat het maatschappelijk herstel centraal en wordt een vervolgtraject ingezet. Ten slotte leert de cliënt in de Mandiri fase (= op eigen benen staan) het leven zodanig in te vullen – al dan niet drugvrij – dat hulpverlening niet meer nodig is. Het Masohi-gevoel (= solidariteit) houdt in dat alle betrokkenen – hulpverlening, familie, intermediairen en mensen uit de gemeenschap – zich inspanssen om de problematiek van de cliënt en daarmee ook de problematiek van de gemeenschap op te lossen (Masiun 1997b).

Een andere Molukse voorziening, Stichting Muhabbat (Stichting Moluks Diaconaal Maatschappelijk Werk) in Nijmegen is zijdelings betrokken bij de zorg voor Molukse verslaafden. Daarnaast bestaat de overkoepelende Molukse organisatie, stichting Tjandu in Utrecht. Alle andere ambulante categorale Molukse voorzieningen en het intramurale LOCM – het Landelijk OntwenningsCentrum Molukkers – zijn opgegaan in integrale voorzieningen.

Een ander, op dit moment nog geheel categoriaal initiatief is het Arraziproject in Amsterdam. Het Arraziproject is in 1993 van start gegaan als samenwerkingsproject tussen het Komitee Marokkaanse Arbeiders Nederland (KMAN) en de Stichting de Regenboog, maar valt tegenwoordig geheel onder de verantwoordelijkheid van het KMAN bestuur. In het project werkt zowel allochtoon als autochtoon personeel. Doel van het Arraziproject is de

zelfredzaamheid van de Marokkaanse gemeenschap te vergroten om zo het risicogedrag van Marokkaanse jongens te voorkomen. Dit gebeurt middels een telefonisch spreekuur, spotjes op de lokale radiozenders, audiovisueel voorlichtingsmateriaal en (groeps)voorlichting aan zowel Marokkaanse ouders als Marokkaanse risicjongeren (Arrazi Preventie Project 1995; Arrazi Preventie Project 1996b; Arrazi Preventie Project 1997b; van Veen 1996a; Stichting Tjandu 1995b).

Initiatieven vanuit integrale instellingen

Middels fusies en integratie zijn veel categorale projecten opgenomen in de integrale instellingen. Hiermee is de kennis en deskundigheid van de categorale instellingen in zekere mate bewaard gebleven.

In toenemende mate wordt binnen de integrale instellingen beleid ontwikkeld ten aanzien van allochtone verslaafden. De meeste van deze instellingen richten zich op een zogenaamd drie sporen beleid. Als kernpunten van dit beleid worden toegankelijkheid en herkenbaarheid van de instelling voor de allochtone doelgroepen genoemd. De drie sporen bestaan uit:

1. Het aantrekken van allochtone hulpverleners.
2. Deskundigheidsbevordering van 'witte' hulpverleners.
3. Coördinatie en consultatie door middel van case-management bij allochtone cliënten.

Allochtone werkers worden vooral ingezet voor out-reaching en voor advisering van witte werkers. Deskundigheidsbevordering is veelal gericht op het ontwikkelen van transculturele verslavingszorg: "Uiteindelijk moet iedere hulpverlener met iedere cliënt kunnen werken." Een enkele instelling heeft een anamnesevragenlijst ontwikkeld die specifiek gericht is op allochtone cliënten.

Bovenstaande projecten zijn volgens NeVIV eerder uitzondering dan regel (Hijmans van den Bergh 1996a).

Overkoepelende instellingen

In 1992 is door de Commissie Gezamenlijk Overleg Drugshulpverleningsinstellingen (KGOD) de Adviesgroep Multiculturele Verslavingszorg (AMV) in het leven geroepen. Deze adviesgroep had een tweeledig doel: advisering omtrent allochtone verslavingsproblematiek en het bewerkstelligen van veranderingen in de positie van organisaties die zich richten op hulpverlening aan allochtonen. Mede door de inspanningen van de AMV is vanuit de NeVIV het Platform Multiculturele Verslavingszorg opgericht. Het Platform Multiculturele Verslavingszorg heeft een actieplan opgesteld dat gebaseerd is op twee peilers:

- Verbetering van de samenwerking tussen allochtone organisaties en de verslavingszorg.
- Verbetering van de toegankelijkheid en vergroting van de effectiviteit van de verslavingszorg voor allochtonen.

Dit laatste probeert het Platform Multiculturele Verslavingszorg onder andere te bereiken door toetsing van methodieken en het hulpaanbod op geschiktheid voor allochtone cliënten; het aanpassen van bestaande methodieken en aanbod; en het initiëren van nieuwe methodieken en aanbod. Bovendien wil het Platform dit doel bereiken door het initiëren van

epidemiologisch, satisfactie- en effectonderzoek en middels monitors. Ten slotte is het Platform in 1996 begonnen met een basiscursus multiculturele deskundigheidsbevordering met als doel draaiboeken te ontwikkelen voor multiculturele deskundigheid op maat (Hoekstra 1997).

2. Laagdrempelige zorg

Preventie

In 1996 is gerapporteerd over een inventarisatie van voorlichtingsprojecten voor allochtonen in Nederland (van Veen 1996a). Voor de inventarisatie zijn 35 instellingen benaderd, 14 hebben documentatie opgestuurd. De projecten worden vooral geïnitieerd vanuit integrale verslavingszorg instellingen, daarnaast hebben enkele overkoepelende organisaties – Tjandu, NeVIV en KMAN – gereageerd en enkele categorale instellingen. Uiteindelijk wordt over 25 projecten door het hele land gerapporteerd (van Veen 1996a). De preventieprojecten richten zich enerzijds op jongere allochtonen, vaak tieners en soms ook jong volwassenen. Anderzijds richten de projecten zich op voorlichting van intermediairen – meestal werkers in de zorg, het onderwijs en buurthuizen; sleutelfiguren in de allochtone gemeenschappen – en op allochtone ouders. De doelstelling van de projecten is vaak gericht op taboedoorbreking, kennisvermeerdering, attitudeverandering en/of gedragsverandering. Uit de inventarisatie blijkt dat er zeer weinig resultaten van de preventieprojecten beschikbaar zijn. Deels zijn de projecten nog in uitvoering en ontwikkeling, deels vinden er geen inzichtelijke evaluaties plaats (van Veen 1996a).

Behalve door verslavingszorg instellingen worden ook vanuit de RIAGG's preventie en voorlichtingsprojecten geïnitieerd. RIAGG Rijnmond Noordwest en Boumanhuis CVZ namen in samenwerking met de Turkse verlavingszorginstelling Amatem te Istanbul het initiatief om een preventieproject Turkstaligen op te zetten. Bij gebleken succes kan dit landelijk worden uitgevoerd. Van Turkse hulpvragen rond verslaving van cliënt of familielid zit 37% verstoep achter psychische problemen. Een grote groep potentiële cliënten komt niet of nauwelijks in contact met de verslavingszorg, ondanks de vermoedelijk vrij grote alcohol- en drugsproblemen. Cliënten zijn vaak onbekend met de verslavende werking van alcohol, gokken en cocaïne. Uit ervaringen van de Amatem-instelling te Istanbul blijkt voorlichting en het informeren van met name moeders binnen het gezin zinvol. Aanvankelijk lag de nadruk op lichamelijke en psychische aspecten van verslaving (Ataman & Kooiman 1997).

Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van preventie zijn empowermentprojecten voor allochtone jongeren en voorlichtingsprojecten aan medewerkers van vluchtelingen- en asielzoekerscentra.

Outreaching

Een van de laatste Surinaamse categorale instellingen die is opgegaan in een integrale is Srefi Jepi, een laagdrempelige instelling in Eindhoven die zich richtte op Surinamers, Antillianen en Arubanen. Net als vele categorale instellingen is Srefi Jepi ontstaan in de jaren zeventig, maar inmiddels opgenomen in de Stichting Verslavingszorg Oost Brabant (SVOB), thans NOVADIC. De methodieken van Srefi Jepi bleven binnen NOVADIC grotendeels gehandhaafd: een herkenbare omgeving waar de eigen taal wordt gesproken, kennis en begrip omtrent specifieke culturele achtergronden en aard van familierelaties. Sleutelbegrippen in

het aanbod zijn: herkenbaarheid, identificeerbaarheid en toegankelijkheid. Activiteiten: straathoekwerk, individuele hulpverlening, begeleid wonen, een inloopcentrum en preventieactiviteiten. Via outreaching activiteiten worden contacten gelegd en bestendig met allochtone harddrugsverslaafden die hun weg naar de integrale hulpverlening nog niet hebben gevonden. Verder bestaan hechte banden met zelforganisaties. Binnen NOVADIC blijven de outreaching activiteiten van Srefi Jepi als methodiek gehandhaafd, tevens worden voormalig medewerkers ingezet voor deskundigheidsbevordering voor andere afdelingen en bij de intake en behandeling (Hijmans van den Bergh 1996a).

Laagdrempelige methadonverstrekking

Binnen de methadonverstrekking bestaan, zover uit de literatuur bekend, geen specifiek op allochtonen gerichte projecten. In 1996 had 27% van de cliënten van de methadonverstrekking van de Amsterdamse GG&GD een Surinaamse, Antilliaanse, Arubaanse, Turkse of Marokkaanse etnische achtergrond.

Laagdrempelige opvang / verblijfsruimten

Een van de weinige instellingen in Nederland die laagdrempelige opvang biedt voor allochtone verslaafden is de Pauluskerk in Rotterdam. Zij bieden laagdrempelige hulp als gedoogzones, eet-, slaap- en ontspanningmogelijkheden. De Pauluskerk werkt met vrijwilligers uit kerk en samenleving en functioneert onafhankelijk van overheidssubsidies. Het grootste deel van hun cliënten zijn allochtone harddrugsverslaafden. Het aantrekken van Surinaamse hulpverleners heeft gezorgd voor betere communicatie tussen staf en cliënten. Oplossingen voor Surinamers liggen met name in het aanbieden van kleinschalige en laagdrempelige resocialisatiemogelijkheden. Bovendien wordt veel aandacht besteed aan het terugdringen van uitzichtloosheid. Wachtlijsten worden teruggedrongen door een aangepaste intake (Visser 1994).

3. Hoogdrempelige zorg

Een van de weinige hoogdrempelige categorale zorgvoorzieningen, het Landelijk Ontwenningencentrum Molukkers (LOCM), is opgegaan in het Utrechtse Centrum Maliebaan. In het intramurale LOCM wordt uitgegaan van een op Molukse verslaafden toegespitste methodiek, die is ontwikkeld toen het LOCM nog een categorale instelling was. In het LOCM wordt uitgegaan van dezelfde Cakeku methodiek, zoals die eerder is beschreven in het hulpaanbod van Stichting Masiun (Masiun 1997b).

Binnen de hoogdrempelige zorg komen op allochtone harddrugverslaafden gerichte projecten in beperkte mate van de grond. Over deze initiatieven vanuit de intramurale zorg is echter nog weinig bekend. Het enige operationele project is, voorzover ons bekend, het Intercultureel Motivatie Centrum in Amsterdam.

De twintig intramurale, (voornamelijk) drugvrije klinieken in Nederland hanteren hoofdzakelijk 'witte' therapeutische benaderingen. Verslaafden die niet van Nederlandse afkomst zijn voelen zich vreemd in deze programma's en vaak stoppen zij al na een paar dagen (van de Wijngaart 1996). De Jellinek in Amsterdam heeft in 1990 een intramuraal programma opgezet voor culturele minderheden, het Intercultureel Motivatie Centrum (IMC). In eerste instantie was het IMC bedoeld voor allochtone verslaafden met een justitieel verleden.

Opgepakte verslaafden konden, in het kader van het 'geen dwang maar drang model', kiezen tussen het IMC of de cel. Na verloop van tijd vinden ook vrijwillige opnames van allochtone verslaafden plaats via CAD's en streetcornerwork (Vaartjes 1993).

In het IMC nemen tussen de 16 en 18 verslaafden, gedurende twaalf weken, deel aan een programma dat gericht is op resocialisatie of doorstroming naar een algemene behandelkliniek. De belangrijkste kenmerken van het IMC zijn: laagdrempelig en multicultureel wat betreft verslaafden en helpers. De afstand tussen staf en cliënt is klein en de methodieken transcultureel: het gegeven dat een cliënt allochtoon is, is belangrijker dan uit wat voor land de (voor)ouders afkomstig zijn. Cliënten worden meteen op de methadonafbouw of -onderhoudsprogramma's gezet. Niet alles staat in het teken van de therapie. Corvee geldt als resocialisatieprogramma, het zoeken van vrijwilligerswerk eveneens (Vaartjes 1993; van de Vegte 1993; Weingart 1997).

Na drie maanden kunnen de allochtone verslaafden eventueel doorstromen naar een algemene behandelkliniek. In de praktijk blijkt echter dat zij zich niet op hun plaats voelen in een 'witte' intramurale instelling (Ligeon e.a. 1990; van de Wijngaart 1996; Campbell e.a. 1997).

Inmiddels hebben andere grote steden het voorbeeld van het Amsterdamse Intercultureel Motivatie Centrum gevolgd. Deze zijn echter niet meer specifiek gericht op allochtone verslaafden en worden daarom Intramurale Motivatie Centra genoemd. Verslaafden die overlast veroorzaken en/of niet zonder meer in een reguliere verslavingskliniek passen, kunnen hier terecht. Aldaar krijgen zij in een relatief beschermde en rustige omgeving drie maanden de tijd om zich te bezinnen en voor te bereiden op een eventuele opname in een reguliere kliniek. De opzet en uitvoering van de Intramurale Motivatie Centra is afgestemd aan de lokale situatie. Nieuwe doelgroepen zijn bijvoorbeeld overlast veroorzakende straatjunks en verslaafde vrouwen die door bestaande voorzieningen niet bereikt worden. De resultaten van vier van deze Intramurale Motivatie Centra worden momenteel geëvalueerd en komen binnenkort beschikbaar (van Gageldonk e.a. 1997).

Penitentiaire inrichtingen

Er zijn 20 rijks- en particuliere jeugdinrichtingen voor jongeren tot 18 jaar met tezamen 1300 plaatsen. In enkele inrichtingen zijn speciale voorzieningen voor jongeren met verslavingsproblematiek. Daarnaast zijn er acht jeugdgevangenissen en -afdelingen voor jongeren van 18 tot 23 jaar, waarvan één met een drugvrije afdeling: Nieuw Vosseveld in Vught (Elling 1996). Ongeveer de helft van de bewoners, respectievelijk gedetineerden is van allochtone afkomst (Elling 1996). In 1993 werd het percentage druggebruikers van alle 8037 gedetineerden in Nederland geschat op vijftig tot zeventig procent. Deze schattingen zijn gebaseerd op zelfrapportage en/of inspectie op lidtekens/naaldprikken door het medisch personeel van de gevangenis (van de Wijngaart 1996).

Inmiddels is een blauwdruk ontwikkeld voor de integratie van zeer problematische jongeren in de maatschappij om hen weerbaarder te maken in de maatschappij. Allochtonen verdienen speciale aandacht, omdat onder hen veel risicjongeren zijn en nog geen op allochtonen gerichte interventies. Het plan van aanpak in blauwdruk omvat hulp op maat, ondersteuning bij trajectvorming en een integrale aanpak van negen leefgebieden: wonen,

werken, scholing, justitie, gezondheid, sociaal netwerk, financiën, tijdsbesteding en (vooral voor allochtonen) religie (Elling 1996).

In het Nederlandse penitentiair systeem zijn dertien verschillende afdelingen met een totaal van 330 cellen waar drugverslaafden een speciaal programma volgen, dat voorbereid op drugvrije behandeling in een gespecialiseerde kliniek. In het penitentiair systeem werken ongeveer vijftig CAD reclasseringswerkers op deze drugvrije afdelingen. Het reclasseringsteam werkt steeds meer samen met het strafrechtstelsel in speciale projecten voor verslaafden die in aanraking zijn gekomen met Justitie (van de Wijngaart 1996).

Reclassering ziet geen noodzaak voor een specifieke reclasseringsorganisatie voor minderheden. Het beleid van de reclassering volgt de doelstellingen van het overheidsbeleid; integratie (cliënten in staat stellen zelf sociale positie te bepalen) en participatie (maatregelen met betrekking tot toegankelijkheid en laagdrempeligheid diensten).

Specifieke organisaties en afdelingen of het inzetten van uitsluitend allochtone werkers wordt gezien als belemmerend voor integratie. Reclassering wil met geïntegreerde teams vanuit een geïntegreerde benadering werken, wat wordt omschreven als een proportionele participatie van personeel uit etnische minderheden op alle niveaus (Lemmers 1996).

Asielzoekers- en vluchtelingencentra

De laatste jaren is er sprake van een toenemend aanbod van cursussen verslavingsproblematiek voor medewerkers van asielzoekerscentra door vertegenwoordigers van de landelijke werkgroep van het NeVIV en de Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA). Aanleiding hiertoe vormden signalen vanuit de asielzoekerscentra over een toename van alcohol- en drugsverslaving bij asielzoekers.

De cursus 'asielzoekerscentra en verslavingsproblematiek' is bedoeld om kennis over middelengebruik/misbruik te vergroten. Er wordt veel aandacht besteed aan signalering en analyse van praktijkproblemen. Uit evaluatie blijkt dat de cursus een groot bereik heeft gehad (523 cursussen) en kennelijk in bepaalde behoefte voorziet. Deelnemers en cursusleiders zijn bijna allen positief. Een van de uitgangspunten is dat de centra gebruik maken van bestaande regionale voorzieningen. Toch lijkt de cursus meer een aanzet voor kennismaking dan het begin van structurele samenwerking; regionale verslavingszorginstellingen worden nog slechts in uiterste nood benaderd (NeVIV 1996).

Verder blijkt uit het evaluatierapport dat signaleringsvaardigheden belangrijk zijn voor medewerkers vanwege het verheimelijken van problemen door asielzoekers uit angst voor negatieve invloed op hun asielaanvraag. Volgens de deelnemers moeten methodiek en culturele verschillen meer aandacht krijgen en was er te weinig aandacht voor andere raakvlakken van asielzoekerscentra en verslavingszorg. Verder zou voorlichtingsmateriaal in diverse talen moeten worden ontwikkeld met aandacht voor de maatschappelijke context van middelengebruik in Nederland. De volgende aanbevelingen werden in het rapport gedaan: verslavingszorginstellingen in de diverse regio's moeten actief scholing en informatiebeleid naar asielzoekerscentra opzetten; aanstellen van wederzijdse contactpersonen van asielcentra en verslavingszorg voor structurele aandacht en signalering, motiverende gesprekstechnieken, aandacht voor context van middelen en middelengebruik in de diverse landen van herkomst (NeVIV 1996).

4. Traditionele en nieuwe vormen van hulpverlening

Het is bekend dat sommige allochtone verslaafden hun heil zoeken in traditionele vormen van hulpverlening die bekend zijn in de gemeenschappen. Het is echter onduidelijk hoeveel mensen van deze methoden gebruik maken en in hoeverre die succesvol zijn. Wel is duidelijk dat er binnen de reguliere verslavingszorg instellingen nauwelijks of geen aanbod bestaat van op de verschillende culturen toegeschreven traditionele vormen van hulpverlening als Winti, uitbezemingstechnieken en gebedsgenezing.

Empowerment projecten

Van diverse kanten bestaan initiatieven tot empowermentprojecten. Plannen van migranten zelf, op basis van zelfhulp en empowerment, vormen een uitgangspunt om preventie binnen met name Molukse en Marokkaanse gemeenschappen vorm te geven.

Binnen de Molukse categorale instelling Masiun wordt vanuit de Bergaul-methodiek empowerment vorm gegeven middels conscientisatie (bewustwording). Dit is een proces dat zich richt op Molukse gemarginaliseerde jongeren en waarbij bewustwording van de invloed van sociaal-maatschappelijke en politieke processen een rol speelt bij het oplossen van (verslavings)problematiek. De omgeving van de cliënt wordt bij dit proces nauw betrokken (Masiun 1997b).

Ook bestaan initiatieven binnen algemene zorginstellingen om allochtonen te ondersteunen, bijvoorbeeld bij de Rotterdamse preventieafdeling van Symbion, in samenwerking met de Surinamesectie van het Trimbos Instituut, voor voornamelijk Antilliaanse/Kaapverdische jongeren. Binnen dit project wordt tevens samengewerkt met de eigen gemeenschappen. Het Trimbos Instituut beschouwt het Symbionpreventieplan als een pilotproject op basis van ideeën en methodieken van C. Lee over empowerment (Lee 1992) vertaald naar de Nederlandse situatie. Strategieën voor zelfbewustzijnsontwikkeling bij jonge etnische minderheden staan bij het Symbionproject centraal: de maatschappelijke positie van allochtone jongeren verbeteren, het zelfvertrouwen en het zelfbewustzijn bevorderen, schoolcarrières benadrukken, inzicht in risicogedrag en prestatiemotivatie bijbrengen. Intermediären en vertegenwoordigers van zelforganisaties spelen een belangrijke rol bij de opzet. Doelgroepanalyse gebeurt op basis van ontwikkelingsniveau, migratieachtergronden, leeftijdsoopbouw, informele organisatie doelgroepen, multi-etnische samenstelling van de groepen, en beantwoording van vragen als vrijwillige benadering bij bijvoorbeeld justitiabelen. De aanpak geschiedt met behulp van rolmodellen, netwerkontwikkeling, en trainingen. In de trainingen wordt aandacht besteed aan middelengebruik, sociale vaardigheden, probleem/conflicthantering, prestatiemotivatie, multicultureel besef en relatie tussen sexen door middel van 'overgangsrutueel' waarbij verantwoordelijkheid voor eigen gedrag centraal staat (de zogenoemde 'rite de passage' ceremonie).

De empowermentgedachte van Lee bleek in de Verenigde Staten succesvol onder relatief homogene minderheidsgroepen. Het verschil met Nederland is dat hier grotere culturele diversiteit bestaat en minder sprake is van een gestructureerd uitvoeringskader; hier wordt gestuurd vanuit de verslavingszorg in samenwerking met het welzijnswerk (Uiterloo & Roemer 1997).

V. Knelpunten

Het aantal bronnen waarin knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden wordt geschetst is overweldigend. De knelpunten in de zorg zijn terug te leiden tot drie hoofdthema's. Vanuit de hulpverlening bestaat gebrek aan zicht op allochtone verslaafden die geen contact (kunnen of willen) zoeken met de zorg. Verder is er gebrek aan grip op degenen die zich bij de zorg aangemeld hebben. Ten slotte blijkt uit de literatuur gebrek aan eenduidig en consistent beleid van zowel de zorginstellingen als de overheid.

1. Gebrek aan zicht

Verschillende bronnen geven aan dat er binnen de hulpverlening de idee bestaat dat men slechts zicht heeft op een beperkt deel van de allochtone verslaafden. In deze paragraaf wordt de groep verborgen verslaafden beschreven in relatie tot pogingen vanuit de hulpverlening hen te bereiken.

Verborgene populaties

Er zijn verschillende schattingen beschikbaar over het aantal harddrugverslaafden in Nederland. Volgens IVV ligt het totaal aantal harddrugverslaafden tussen 25.000 en 27.000 (Cruts e.a. 1997), anderen spreken van 28.000 (Bieleman e.a. 1995, Kuipers e.a. 1993).

Het aantal allochtone verslaafden in Nederland wordt door Intraval geschat op minimaal 6400 en maximaal 9900 (Bieleman e.a. 1995). Op het totaal aantal geschatte harddrugverslaafden is dit 23% tot 36%. Tjandu schat dit op 46%. Het ministerie van VWS concludeert hieruit dat "hoewel dit geen nauwkeurige cijfers zijn hun aantal hoger lijkt dan op basis van bevolkingscijfers verwacht zou mogen worden." (Ministerie van VWS 1997).

Volgens Tjandu zou de helft van de 25.000 drugsverslaafden in Nederland van niet-Nederlandse culturele herkomst zijn. Zij schrijft een sterkere stijging van verslaafden onder allochtonen in het verleden toe aan fusies en bezuinigingen in de hulpverlening. "Speciale hulpprojecten voor allochtonen zijn daardoor in de knel gekomen." Eén op de zeventig allochtone mannen zou verslaafd zijn aan cocaïne of heroïne tegen één op de 2250 Nederlanders. "Meer dan 11.000 Molukkers, Surinamers, Antillianen, Marokkanen en Turken zijn verslaafd aan harddrugs." (Lawalata 1997). Door het wegvallen van zelfhulporganisaties en eigen projecten zijn veel allochtone welzijnswerkers afgevoerd en allochtone verslaafden weggebleven. Nederlandse instellingen hebben te weinig 'allochtone' kennis in huis en weten niet hoe ze met deze groepen moeten omgaan. Tjandu pleit ervoor de allochtone hulpverlening (weer) onder te brengen bij de algemene organisaties van die bevolkingsgroepen.

Tjandu heeft de situatie voor 1996 als volgt ingeschat.

herkomst	totaal	verslaafd	verhouding/ percentage	bron
Molukkers	46.000	900	1 op de 50=(2%)	St. Tjandu
Antillianen	90.000	1.500	1 op de 60=(1,6%)	IO. Ant
Surinamers	260.000	4.000	1 op de 65=(1,5%)	VWS
Marokkanen	195.000	2.800	1 op de 70=(1,4%)	VWS
Asielz/vlucht	70.000	500	1 op de 130=(0,8%)	Pharos
Turken	240.000	1.400	1 op de 170=(0,6%)	IO. Turk
Totaal	901.000	11.100	1 op de 80=(1,25%)	
Minderheden	1 mln.	12.500	1 op de 80=(1,25%)	
Nederlanders	14 mln.	12.500	1 op de 1.050=(0,1%)	

Tabel 15: Schatting verslaafden onder minderheden in Nederland (Lawalata 1997).

Het valt op dat verhoudingsgewijs het aantal verslaafden binnen de Molukse gemeenschap het hoogst is. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de Molukse gemeenschap over een dermate fijnmazig hulpverleningsnetwerk beschikt dat vrijwel elke druggebruiker bekend is.

Wanneer we uit deze cijfers het aandeel binnen de totale bevolking en populatie verslaafden berekenen ontstaat het volgende overzicht:

herkomst	perc. bevolking	perc. verslaafden
Moluks	46.000 = 0,3%	900 = 3,6%
Antilliaans	90.000 = 0,6%	1.500 = 6%
Surinaams	260.000 = 1,7%	4.000 = 16%
Marokkaans	195.000 = 1,3%	2.800 = 11,2%
Asielz/vlucht	70.000 = 0,4%	500 = 2%
Turks	240.000 = 1,6%	1.400 = 5,6%
overig	99.000 = 0,7%	1.400 = 5,6%
Nederlands	14 mln. = 93%	12.500 = 50%
Totaal	16 mln. = 100%	25.000 = 100%

Tabel 16

Wanneer we deze cijfers binnen LADIS bekijken blijkt de ambulante hulpverlening in een periode van twee jaar 20.261 harddrugverslaafden heeft bereikt (Ouweland & Cruts 1997b). Op een geschat aantal van 25.000 is dit 81% van de drugverslaafden in Nederland. Cliënten die bij huisartsen worden geholpen, direct in intramurale instellingen worden opgenomen of hulp zoeken bij andere specialisten en psychiaters of organisaties als de GG&GD Amsterdam, De Hoop, Narconon en zelfhulpgroepen zijn (nog) niet in de LADIS-cijfers opgenomen. 27,7% van de harddrugcliënten binnen de LADIS is allochtoon, dat wil zeggen ruim 5.500 personen. Volgens schattingen van Tjandu zouden er in Nederland 12.500 allochtone hard-

drugverslaafden zijn. Het is onduidelijk welke definities van 'harddrugverslaafden' binnen de diverse schattingen worden gehanteerd.

Niet-hulpvragers

In Den Haag is onderzoek gedaan onder gebruikers/verslaafden die niet bekend zijn bij de verslavingszorg (Eland-Goossensen 1997). Respondenten werden geworven middels de zogenoemde sneeuwbalmethode. De respondentengroep bestond met betrekking tot etnische achtergrond uit:

Etniciteit	respondent n=62 76% man	nominee n=181 72% man
Nederlands	60%	67%
Turks	0%	1%
Marokkaans	8%	6%
Surinaams	11%	14%
Moluks	2%	2%
anders	20%	20%

Tabel 17

Verder is onderzoek gedaan onder niet-hulpvragers die geworven werden via straathoekwerkers en inloopcentra (n=81) en onder methadoncliënten (n=90), detoxcliënten (n=58) en cliënten van therapeutische gemeenschappen (n=81) (Eland-Goossensen 1997).

	niet-hulpvr.	methadon	detox	TG
buitenlandse Nationaliteit:	8,6%	2,2%	6,9%	8,6%
culturele achtergrond				
anders dan Nederlands:	44,4%	23,3%	17,2%	27,2%

Tabel 18

De groep niet-hulpvragers bevat de meeste personen met een niet-Nederlandse culturele achtergrond, deze groep heeft wel de Nederlandse nationaliteit. Eland-Goossensen sluit niet geheel uit dat dit te maken heeft met de selectiemethode, maar acht het waarschijnlijk dat verslaafden met een Nederlandse nationaliteit en een andere culturele achtergrond in mindere mate hulp zoeken / kunnen vinden dan verslaafden met een Nederlandse culturele achtergrond.

Eland-Goossensen schetst het profiel van de niet-hulpvragende respondenten ten opzichte van de hulpvragers:

- wat hogere leeftijd, merendeel boven 25 jaar,
- meer gebruikers met niet-Nederlandse culturele achtergrond (wel Nederlandse nationaliteit),
- minder gebruikers met een arbeidsinkomen, meer werklozen en meer onconventionele inkomens,
- langere gebruiksduur en meer polygebruik,
- minder gebruikers die hun gebruik een probleem vinden; minder vaak cleane periodes,

- minder methadongebruik, meer en langer cannabis gebruik,
- meer illegale activiteiten, meer politiecontacten vanwege drugs,
- meer tevredenheid met huidige manier van leven en vrijetijdsbesteding,
- meer recentelijke problemen met 'belangrijke anderen',
- minder psychiatrische klachten.

De niet-hulpvragers hebben meer behoefte aan hulp op het gebied van gezondheid (23% tegen 11% methadonkanten en 10% intramuraal) en met betrekking tot de arbeidsmarkt (42% tegen 17% methadonkanten en 19% intramuraal), significant minder behoefte aan hulp met betrekking tot druggebruik (43% tegen 77% methadonkanten en 99% intramuraal), en geven druggebruik ook veel minder als een probleem aan.

Niet-hulpvragers hebben ook op alle niveaus minder gebruik gemaakt van verslavingshulpverlening. Het zijn dus niet per definitie mensen die na veelvuldige hulpvragen uitgekeken zijn op de hulpverlening, het lijkt eerder een bevestiging dat zij geen behoefte hebben aan verslavingshulpverlening. Er zijn binnen hetzelfde onderzoek (Eland-Goossensen 1997) diepte-interviews gehouden met 21 niet-hulpvragers. Acht geïnterviewden hebben geen behoefte aan verslavingszorg. Zes van hen zijn negatief over de methoden van hulpverlening, vier hebben hun verslaving dermate onder controle dat zij geen hulp nodig hebben.

Dertien geïnterviewden hebben wel behoefte aan hulp in verband met druggerelateerde problemen. Het merendeel van hen gaat niet naar de verslavingszorg omdat zij hun druggebruik onder controle zeggen te hebben. Zeven van de dertien zijn negatief over, of hebben slechte ervaringen met de verslavingszorg (Eland-Goossensen 1997).

Eland-Goossensen constateert dat het vóórkomen en de variatie van psychiatrische stoornissen samenhangt met de drempelhoogte van hulpverlening. Grote verschillen zijn vooral gevonden in depressie, angsten (general anxiety) en alcoholmisbruik. Voor de diagnose 'major depression' geldt een toename van de niet-hulpvragende verslaafden (5%), via de methadongroep (12%), de detoxificatie groep (25%) tot de groep in therapeutische gemeenschappen met 32%. Aangezien de groep niet-hulpvragers de meeste respondenten met een niet-Nederlandse etnische achtergrond bevat (bijna de helft) lijken deze het minst last te hebben van psychiatrische stoornissen (Eland-Goossensen 1997).

Outreaching allochtone werkers

De outreaching activiteiten van allochtone werkers in de integrale zorginstellingen, zoals in het hoofdstuk hulpaanbod beschreven, lijken ertoe te leiden dat steeds meer allochtone verslaafden zich bij de zorginstellingen melden. Het is echter de vraag of de weinig of niet veranderde hulpverleningsmethodieken aansluiten bij de behoeften van deze nieuwe cliënten.

2. Gebrek aan grip

In de voorgaande paragrafen is beschreven wat in de literatuur als redenen worden aangevoerd waarom allochtone verslaafden niet bij de reguliere zorginstellingen aankloppen voor hulp. In dit deel worden de belangrijkste redenen op een rij gezet waarom hulpverleningsrelaties voortijdig worden beëindigd.

Het intakegesprek

Een hulpverleningsrelatie begint wanneer een allochtone verslaafde voor het eerst een zorginstelling binnenkomt voor een intakegesprek. In verschillende publicaties wordt aangegeven dat vorm en inhoud van het intakegesprek een reden is voor een allochtone verslaafde om de hulpverleningsrelatie te beëindigen. De procedure is in principe hetzelfde als voor autochtone cliënten en wordt door allochtone cliënten vaak als te formeel en bureaucratisch ervaren (zie o.a. Campbell & Pinas 1997). Een volgend bezwaar van allochtone verslaafden tegen de vorm en inhoud van het intakegesprek is dat zij geacht worden in korte tijd alle vuile was buiten te hangen, terwijl men dat liever binnen de familie of de eigen groepering houdt (Arredondo e.a. 1987; Wurzman e.a. 1982). In andere bronnen wordt gesteld dat intakegesprekken vaak te confronterend zijn en indruisen tegen gevoelens van trots en schaamte (Arredondo e.a. 1987; Uiterloo & Roemer 1997).

De hierboven beschreven knelpunten tijdens het intakegesprek zijn voor allochtone verslaafden in Nederland overigens hetzelfde als voor allochtone verslaafden in andere landen. In Duitsland (ODAK e.V. 1996) en de Verenigde Staten (Rebach 1992) worden dezelfde knelpunten geconstateerd.

Bovendien ervaren niet alle allochtone verslaafden in Nederland de bovengeschetste knelpunten in dezelfde mate. Uit onderzoek blijkt dat slechts een deel van een groep vrouwelijke Molukse verslaafden het intakegesprek en het vervolg van het hulpverleningstraject als te bureaucratisch ervaart (Stichting Tjandu 1991b).

Bij verslaafde vluchtelingen en verslaafde asielzoekers wordt nog een ander knelpunt tijdens het intakegesprek geconstateerd: zij vermijden de hulpverlening omdat zij bang zijn hun asielaanvraag te riskeren (Roerink 1994).

Geen doorstroom naar hoogdrempeliger vormen van zorg

In vele geraadpleegde bronnen wordt een ander knelpunt geconstateerd dat niet zozeer te maken heeft met de beëindiging van de hulpverleningsrelatie als wel met de doorstroom van allochtone verslaafden naar hoogdrempeliger vormen van zorg (Campbell & Pinas 1997; de Vries e.a. 1997; van Roekel & Ligeon 1989; van Brussel e.a. 1997; van de Wijngaart 1991; Blenman 1991; van Gelder & Sijtsma 1988a; van Gelder & Sijtsma 1988b; Jongerius e.a. 1994; Hijmans van den Bergh 1996a; Uiterloo & Roemer 1994; Hoogsteder 1994b).

Uit de bronnen komt naar voren dat allochtone harddrugverslaafden in laagdrempelige methadonverstrekkingprogramma's blijven zitten en geen gebruik maken van therapeutische hulp. Vooral Surinaamse harddrugverslaafden zitten vaak al decennia lang in deze verstrekkingprogramma's en worden door de zorgmedewerkers omschreven als hun allertrouwste klanten (van Brussel e.a. 1997).

Uit een andere studie blijkt dat vrouwelijke Surinaamse harddrugverslaafden niet doorstromen naar hoogdrempeliger vormen van zorg omdat zij bezwaren hebben om op therapeutische wijze om te gaan met hun emoties en dat zij zich tijdens groepstherapieën buitengesloten voelen (van Roekel & Ligeon 1989).

In een andere bron wordt gesteld dat de hulpverleners van Surinaamse verslaafden vinden dat er wel sprake is van een goede doorverwijzing naar hoogdrempeliger vormen van zorg, terwijl meer dan de helft van de Surinaamse verslaafden dit niet als zodanig ervaart en de doorstroom naar hoogdrempeliger zorg zelf moet aangeven (Hoogsteder 1994b).

In een studie van ruim tien jaar geleden wordt gesteld dat Marokkaanse harddrugsverslaafden cynischer zijn over methadon dan hun Surinaamse lotgenoten, zij vinden het 'chemische troep'. Toch is dit in die tijd de enige vorm van hulpverlening waarvan zij gebruik maken, afkicken willen zij niet (van Gelder & Sijsma 1988b). Ruim tien jaar later blijken er meer Marokkanen door te stromen naar hoogdrempeliger vormen van zorg (Weingart 1997).

Ook hier geldt dat dit niet voor alle groepen allochtonen verslaafden het geval is. Een deel van een onderzochte groep vrouwelijke Molukse verslaafden is via mathadonprogramma's wel in contact gekomen met hoogdrempeliger vormen van zorg (Stichting Tjandu 1991b).

Niet alleen in Nederland melden relatief weinig allochtone verslaafden zich aan voor hoogdrempeliger vormen van zorg. Dit is bijvoorbeeld ook in de Verenigde Staten het geval (Rebach 1992). Ook in Duitsland kloppen allochtone, vooral Turkse, verslaafden niet aan bij de reguliere zorg. De twee speciale afkickklinieken voor allochtone verslaafden kunnen het aantal aanmeldingen niet aan. Bij de motieven van allochtone verslaafden in Duitsland om zich te melden bij de klinieken dient de kanttekening te worden gemaakt dat zij hiertoe verplicht worden willen zij hun verblijfsstatus behouden (Mudra 1997; ODAK e.v. 1996).

Communicatieproblemen

Communicatieproblemen tussen allochtone hulpvragers en hulpverleners spelen zich op verschillende niveaus af. Op het meest basale niveau is er sprake van een communicatieprobleem omdat hulpverlener en allochtone hulpvrager niet dezelfde taal spreken. Spreken zij wel dezelfde taal dan is er vaak sprake van een inhoudelijk communicatieprobleem: over en weer worden de boodschappen verkeerd begrepen. Ten slotte is er nog een relationeel communicatieprobleem: de relatie tussen een hulpverlener en een hulpvrager, of die nu allochtoon of autochtoon is, is per definitie een verticale relatie (Hoogsteder 1994a).

Taalproblemen spelen vooral bij asielzoekers en vluchtelingen een rol (Egers & Tichelman 1994; NeVIV 1996b). In sommige bronnen wordt aangegeven dat het zinvol is om tolken te betrekken bij allochtone verslaafden die reeds langere tijd in Nederland verblijven, vooral wanneer ook de familie van de allochtone verslaafde bij de hulpverlening betrokken wordt (Mudra 1997).

De Nederlandse samenleving is een individualistische samenleving en er wordt op zakelijke en directe wijze met elkaar gecommuniceerd. Vele allochtone verslaafden communiceren vaak op indirecte en sommigen op emotioneel-expressieve wijze (Hoogsteder 1994a). Bovendien onderschatten (autochtone) hulpverleners de non-verbale communicatie van vele allochtone verslaafden (Campbell & Pinas 1997; CAD Twente 1994a).

De hierboven geschetste communicatieproblemen worden voorlopig in algemene zin gesteld. Vele geraadpleegde bronnen wijzen met nadruk op het feit dat alle allochtone groeperingen een verschillende culturele herkomst hebben en dat er in iedere cultuur op een andere wijze wordt gecommuniceerd (zie o.a. Hoogsteder 1994b). Daarnaast stellen verschillende auteurs dat allochtone groeperingen op zowel individueel als collectief niveau verschillen, in zoverre dat er binnen en tussen allochtone groeperingen grote variëteit bestaat

in de wijze waarop men met de eigen en dominante cultuur omgaat (zie o.a. Cheung 1991/1991a).

Wat betreft de relationele communicatieproblemen wordt, in algemene zin, aan de ene kant gesteld dat in een verticale relatie als een hulpverleningscontact de machtsafstand in Nederland kleiner is dan in bijvoorbeeld Suriname, Turkije of Marokko. Met machtsafstand wordt de mate bedoeld waarin personen over wie macht wordt uitgeoefend – de allochtone verslaafden – een ongelijke machtsverdeling accepteren (Hoogsteder 1994a). Daarom wordt in sommige geraadpleegde bronnen gesteld dat hulpverleners zich veel meer als een autoriteit moeten opstellen (CAD Twente 1994a). Ondanks de geringe machtsafstand in de hulpverleningsrelaties in Nederland wordt die in vele relaties weer vergroot door, soms openlijke maar vaak verborgen, discriminatie door (autochtone) hulpverleners (Hoogsteder 1994a, Hoogsteder 1994b, Verhoeven & van der Sluys 1996a, Verhoeven & van der Sluys 1996b).

Witte hulpverleningsmethodieken

In de zorgliteratuur wordt gesteld dat het personeel in zowel bestuur en leiding als op de werkvloer nog steeds te wit is en nog steeds geen afspiegeling is van de cliënten waarvoor men werkt (zie o.a. Verhoeven & van der Sluys 1996b; Wiercx 1994). Hoewel vele zorginstellingen allochtone cliënten in hun bestand hebben en wel allochtone medewerkers op de werkvloer, wordt in onderzoek geconstateerd dat vooral in leidinggevende en bestuursfuncties allochtonen ondervertegenwoordigd zijn (Campbell & Pinas 1997; Mahakena 1996; Vaartjes 1994; z.a. 1993; Hijmans van den Bergh 1996a). Bovendien wordt geconstateerd dat de interculturele aanpak binnen de integrale instellingen heeft geleid dat vele allochtone medewerkers hebben afgehaakt (Wiercx 1994).

In enkele wetenschappelijke publicaties geven allochtone verslaafden aan dat zij niet aankloppen bij zorginstellingen omdat daar te weinig allochtoon personeel werkt (van Gelder & Sijtsma 1988a; van Gelder & Sijtsma 1988b).

Het aantrekken van meer allochtonen binnen de verslavingszorg wordt in de zorgsector als een belangrijke voorwaarde gezien om die zorg voor allochtonen in de toekomst te verbeteren. Inmiddels vinden steeds meer allochtone hulpverleners een baan in de verslavingszorg en zijn er organisaties ontstaan die deze instroom ondersteunen (Mahakena 1996). In enkele publicaties worden daarentegen kanttekeningen gezet bij het aantrekken van allochtone medewerkers als (enige) oplossing voor de verslavingsproblematiek van allochtonen (Cheung 1990/1991b). Uit andere onderzoeken blijkt dat allochtone hulpverleners niet beter zijn dan autochtone hulpverleners (Jongorius e.a. 1994), dan wel dat het tegendeel het geval is, of dat allochtone verslaafden juist liever contact hebben met hulpverleners die niet uit de eigen gemeenschap komen (Ligeon e.a. 1990).

Gebrek aan culturele deskundigheid

Naast communicatieproblemen en een te witte samenstelling van het personeel van instellingen wordt in vele geraadpleegde bronnen nog een belangrijk knelpunt geconstateerd: het gebrek aan culturele deskundigheid van (witte) hulpverleners.

Culturele deskundigheid betekent niet alleen voldoende kennis bij hulpverleners over de culturen van allochtone cliënten, hoewel hulpverleners aangeven dat zij daar behoefte aan hebben (Struijs 1995; Hoogsteder 1994a; Hoogsteder 1994b; Uiterloo & Roemer 1997b;

Verhoeven & van der Sluys 1996a; Sijes 1984; Wiercx 1994; Brijder Stichting 1991; Stichting Tjandu 1997c; z.a. 1993; Hijmans van den Bergh 1996a; Brommet 1997). Vooral bij hulpverleners van asielzoekers en vluchtelingen is de behoefte aan culturele deskundigheid groot (Egers & Tichelman 1994; van Rijswijk 1994; NeVIV 1996). Culturele deskundigheid wordt in sommige geraadpleegde bronnen nader geoperationaliseerd. In deze bronnen wordt geconstateerd dat (witte) hulpverleners te weinig zicht hebben op de ziektebeleving van allochtone cliënten (zie o.a. van Gelder & Sijtsma 1988a), traditionele geneeswijzen, de religieuze beleving van allochtone cliënten, cultuurspecifieke gedragspatronen, cultuurspecifieke mens- en wereldbeelden, cultuurspecifieke rolmodellen, de rol van (extended) gezinsverbanden en andere verwantschapsrelaties en wederzijdse hulp gebaseerd op formele en informele verbanden binnen de verschillende groeperingen (Hoogsteder 1994b; Uiterloo & Roemer 1997b). In andere bronnen wordt gesteld dat (witte) hulpverleners te weinig kennis hebben over migratie- en acculturatiegeschiedenissen van allochtone cliënten (zie o.a. Uiterloo & Roemer 1997b). Dit gebrek aan kennis wordt in sommige bronnen ook wel gebrek aan sociale deskundigheid genoemd. (Witte) hulpverleners hebben te weinig oog voor de sociaal-economische positie van allochtonen en hun hulpaanbod is te weinig gericht op het maatschappelijk herstel van allochtone cliënten (Campbell & Pinas 1997; Uiterloo & Roemer 1997a; Hoogsteder 1994b; Platform Multiculturele Verslavingszorg-Turkse adviescommissie 1997).

Het gebrek aan culturele deskundigheid in de verslavingszorg wordt niet meer als enig belangrijk knelpunt geconstateerd. Er zijn inmiddels initiatieven genomen om de culturele deskundigheid te vergroten. De afgelopen jaren zijn symposia en congressen georganiseerd (Mahakena 1996), scholingsdagen en cursussen georganiseerd (van der Eijnden e.a. 1996; de Leijer 1993, Stichting Tjandu 1996b; Stichting Tjandu 1997a) handboeken verschenen (Hoogsteder 1994a; Hoogsteder 1994b; Uiterloo & Roemer 1997a) en werkplannen opgesteld (Brijder Stichting 1991; Centrum Verslavingszorg Zeestraat 1994; Centrum Verslavingszorg Zeestraat 1993b) om de culturele deskundigheid van hulpverleners in de zorg te bevorderen.

Concluderend kan worden gesteld dat uit de geraadpleegde bronnen vier samenhangende redenen naar voren komen die er de oorzaak van zijn dat allochtone verslaafden te weinig aankloppen bij zorginstellingen alsmede voor het hoge drop out percentage van allochtone verslaafden bij zorginstellingen:

1. bureaucratische intake bij de zorginstellingen,
2. communicatieproblemen tussen (witte) hulpverleners en allochtone verslaafden,
3. de (te witte) personele samenstelling van de zorginstelling,
4. de gebrekkige culturele deskundigheid van de (witte) hulpverleners van de zorginstelling.

Deze vier oorzaken worden in buitenlandse publicaties eveneens als belangrijkste redenen gezien dat ook daar allochtone verslaafden niet aankloppen bij zorginstellingen en dat regelmatig de hulpverleningsrelatie verbroken wordt (Salman, z.j.; ODAK, e.V., z.j.; ODAK, e.V. 1996; Mudra 1997; Callatz e.a. 1997, Salman & Tuna 1997; Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. 1997; Dienst Migration Bundesamt für Gesundheit Die Schweiz 1997; Johnson & Carroll 1995; Berthelie 1993; Hamza 1995; Maypole & Anderson 1983; Maypole &

Anderson 1987; Flores 1986; Sue & Zane 1987).

3. Gebrek aan beleid

Naast gebrek aan zicht en gebrek aan grip op de allochtone verslaafden in de verslavingszorg, wordt in de geraadpleegde bronnen nog een ander knelpunt in de zorg geconstateerd: gebrek aan beleid. Het gebrek aan beleid wordt op twee niveaus geconstateerd: binnen de zorginstellingen en bij de landelijke overheid (meestal wordt het ministerie van VWS genoemd).

Gebrek aan beleid binnen de zorginstellingen

In enkele onderzoeken zijn zorginstellingen aangeschreven met de vraag of zij een specifiek allochtonenbeleid voeren.

Campbell en Pinas schreven 26 zorginstellingen aan en constateerden vervolgens dat meer dan de helft steun krijgt van de gemeentelijke en/of landelijke overheid om een specifiek allochtonenbeleid te ontwikkelen. Tevens constateren zij in vier instellingen allochtone bestuursleden en dertien instellingen met allochtonen in leidinggevende functies. Bij de helft van de instellingen wordt rekening gehouden met deelname van allochtonen aan het hulpverleningsaanbod, bij de andere helft niet (Campbell & Pinas 1997).

Voor een inventarisatie van preventieprojecten voor allochtonen benaderde Van Veen vijfendertig instellingen. Veertien instellingen stuurden documentatie terug over vijfentwintig preventieprojecten (van Veen 1996a).

In 1995 heeft het Platform Multiculturele Verslavingszorg van de Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg (NeVIV) alle veertig instellingen die deel uitmaken van de vereniging aangeschreven om een inventarisatie te kunnen maken van hun allochtonenbeleid (de NeVIV noemt dit zelf multiculturalisatiebeleid). Dertien instellingen voeren een allochtonenbeleid, dat wil zeggen dat hun beleid schriftelijk in een nota is vastgelegd, structureel is en reeds van start is gegaan. Uit de publicatie blijkt dat dit beleid zich in zes instellingen in operationele fase bevindt. Bij de overige instellingen was het beleid nog in ontwerp of in ontwikkeling. Negen instellingen hebben een functionaris in dienst die is belast met allochtonenbeleid. Het allochtonenbeleid binnen de instellingen krijgt in de dertien instellingen vorm op drie manieren: het aantrekken van meer allochtoon personeel, bevordering van de culturele deskundigheid en outreaching activiteiten onder groepen allochtone verslaafden. Enkele instellingen zeggen hun allochtonenbeleid binnen drie jaar te (kunnen) realiseren, binnen de andere instellingen is geen tijdsplanning gemaakt. Het beleid krijgt vooral vorm in preventie-activiteiten, case-management en laagdrempelige vormen van hulp. Voor deze activiteiten wordt vaak contact gezocht met zelforganisaties. Om de culturele deskundigheid van (een deel van) hun medewerkers te bevorderen hebben 22 instellingen een training laten organiseren, door bijvoorbeeld Tjandu of het Trimbos Instituut. Een conclusie in de publicatie is dat er in Nederland één instelling bestaat, Centrum Verslavingszorg Zeestraat, waar het beleid structureel en op alle werkniveaus en functies vorm heeft gekregen (NeVIV 1995). In andere bronnen wordt gesteld dat de multiculturalisatie van de zorg vooralsnog traag verloopt (Mahakena 1996).

Afgezien van het aantrekken van meer allochtoon personeel, culturele deskundigheidsbevorder-

dering en case-management, krijgt het allochtonenbeleid binnen de hierboven beschreven zorginstellingen vooral vorm in primaire en secundaire preventieprojecten. Primaire preventieprojecten worden geïnitieerd middels voorlichters eigen taal of zelfhulporganisaties, die hun kennis over drugs, verslavingen en zorgmogelijkheden vervolgens doorgeven aan de groepering, via ouders van allochtone risicojongeren, middels peer education aan of empowerment van allochtone risicojongeren (van Veen 1996a). Medewerkers van vluchtelingen- en asielzoekerscentra krijgen cursussen om verslavingsproblematiek vroegtijdig te onderkennen en worden gewezen op doorverwijzingsmogelijkheden (Pharos, NIAD, NeVIV 1994; de Leijer 1993). In een evaluatie in 1996 wordt geconstateerd dat er 523 cursussen zijn gegeven (NeVIV 1996a). Sommige preventie-activiteiten zijn eenmalig, andere beslaan enkele dagdelen en vooral de peer education en empowerment projecten duren langere tijd (van Veen 1996a).

Verschillende zorginstellingen in het land hebben allochtone straathoekwerkers aangehouden om de naamsbekendheid van de zorginstellingen onder allochtone verslaafden te vergroten en de zorg voor hen toegankelijker te maken, een analyse te maken van hun verslavingsproblematiek en op basis daarvan werkplannen te ontwikkelen. In eerste instantie worden allochtone straathoekwerkers vaak voor een periode van een aantal jaren aangehouden (Brijder 1991; Centrum Maliebaan 1997; CAD Twente 1994).

Uit verschillende publicaties blijkt dat nieuwe initiatieven vaak ad hoc moeten worden uitgevoerd met een projectsubsidie voor één of enkele jaren. Zo werd het Intercultureel Motivatie Centrum in Amsterdam in 1990 in principe maar voor één jaar gefinancierd, maar wegens succes geprolongeerd (van de Vegte 1993). Een counselingproject onder Surinaamse en Antilliaanse verslaafden in Amsterdam, dat succesvol was, is na drie jaar stopgezet wegens gebrek aan vervolgsubsidies (Brandsma & Bhola 1996). Een palfium verstrekingsproject, dat vooral aansloeg bij oude Surinaamse en Antilliaanse verslaafden had een projectduur van anderhalf jaar (van Brussel e.a. 1997b). Onlangs gestarte initiatieven als een drugpreventieplan op basis van empowerment (Lee 1992) onder Antilliaanse en Kaapverdiaanse jongeren in Rotterdam heeft een projectduur van tweeënhalf jaar (Uiterloo & Roemer 1997a). Hetzelfde geldt voor een regionaal preventie- en voorlichtingsproject voor Turken in de regio Rijnmond; hier is een projectsubsidie van anderhalf jaar beschikbaar (Ataman & Kooiman 1997).

Te weinig sturing vanuit de overheid

Parallel aan de afbouw van de categorale voorzieningen ten gunste van de integrale zorginstellingen is een decentralisering van de financiering van zorginstellingen op gang gekomen. In sommige publicaties wordt geconstateerd dat dit ten koste is gegaan van structurele oplossingen voor de knelpunten in de verslavingszorg. Er volgde een periode waarin vooral werd gekozen voor regionale ad hoc oplossingen (zie o.a. Stichting Tjandu 1990a). Een aantal jaren later constateert het Ministerie van VWS naast de knelpunten die elders in dit rapport geschetst zijn dat er bovendien sprake is van een bestuurlijke impasse. "Ondanks een op papier duidelijke taakverdeling is er de afgelopen jaren toch een situatie ontstaan die te typeren valt als 'iedereen kijkt naar iedereen' en 'niemand neemt het voortouw'. Deze impasse kan alleen doorbroken worden door een betere afstemming van beleid tussen

betrokken actoren en het maken van werkafspraken. Met het oog daarop kom ik tot de instelling van een gestructureerd overleg waaraan de meest betrokken actoren dienen deel te nemen." (Ministerie van VWS 1997). Tevens wordt in deze beleidsbrief gesteld dat door de ontwikkeling van het ZON onderzoeksprogramma en de Nationale Drugs Monitor de voorwaarden worden geschapen voor een betrouwbare fundering van een beleid voor de komende jaren. Ten slotte wordt, om tegemoet te komen aan de wens vanuit de instellingen om het ontbreken van een verantwoordelijke voor de multiculturele verslavingszorg in te vullen, een nieuwe instelling in het leven geroepen: het Gestructureerd Overleg Multiculturele Verslavingszorg (GOMV). In dit overlegorgaan nemen VWS, Justitie, Binnenlandse Zaken, GGZ Nederland en de VNG zitting. GOMV moet de uitvoering van het beleidsplan van VWS gaan bewaken, jaarlijks rapporteren en nieuwe prioriteiten stellen. Het orgaan heeft de bevoegdheid te intervensiëren wanneer de uitvoering van het beleid stagneert (Ministerie van VWS 1997).

VI. Successen

Met het verdwijnen van de categorale Molukse verslavingszorginstellingen lijkt een einde te komen aan het voorsnog grootste succes in de allochtone verslavingszorg. Door de zeer hechte gemeenschappen van Molukkers in Nederland en een fijnmazig netwerk van zowel informele als formele hulpverlening in de Molukse wijken kan niet anders dan gesteld worden dat de verslavingsproblematiek ten minste is gestabiliseerd en veelal is afgenomen. In regio's waar geen fijnmazige netwerken bestonden is de verslavingsproblematiek onder Molukkers veelal toegenomen (Stichting Tjandu 1990a). In de periode van 1983 tot 1997 is het aantal Molukse harddrugverslaafden gehalveerd van 1800 naar 900 (Lawalata 1996b, 1997).

Ondanks de positieve resultaten zijn vrijwel alle ambulante categorale Molukse voorzieningen in de loop der tijd opgegaan in integrale voorzieningen.

Op dit moment functioneert een categoriaal project in Amsterdam. Het Arraziproject is in 1993 van start gegaan als samenwerkingsproject tussen het Komitee Marokkaanse Arbeiders (KMAN) in Nederland en Stichting de Regenboog, maar valt tegenwoordig geheel onder de verantwoordelijkheid van het KMAN bestuur. In het project werkt zowel allochtoon als autochtoon personeel. Doel van het Arraziproject is om de zelfredzaamheid van de Marokkaanse gemeenschap te vergroten om zo het risicogedrag van Marokkaanse jongens te voorkomen. Dit gebeurt middels spotjes op de lokale radiozenders, audiovisueel voorlichtingsmateriaal en (groeps)voorlichtingen aan Marokkaanse ouders en Marokkaanse risicojongeren (Arrazi Preventie Project 1995; Arrazi Preventie Project 1996b; Arrazi Preventie Project 1997b; van Veen 1996a; Stichting Tjandu 1995b).

Het Intercultureel Motivatie Centrum (IMC) werd opgericht in 1990 en is een intramurale voorziening voor allochtone verslaafden, in de eerste jaren vooral Surinamers en tegenwoordig ook Marokkanen (Weingart 1997). Hoewel er ook autochtoon personeel werkt is het een categoriaal project binnen een integrale voorziening, namelijk De Jellinek in Amsterdam. De geboden hulp is minder drempelig, minder therapeutisch en meer

gericht op maatschappelijk herstel dan de meeste integrale intramurale voorzieningen in Nederland. De methadon wordt binnen enkele weken afgebouwd. De opnameduur is drie maanden, daarna is het de bedoeling dat de cliënten doorstromen naar andere voorzieningen. De eerste jaren konden veroordeelde allochtone verslaafden kiezen tussen detentie of het IMC. De laatste jaren melden zich ook verslaafden vrijwillig aan. Vrijwel vanaf de oprichting is er een wachtlijst voor opname. Volgens de directie van het IMC haakt de helft van de cliënten voortijdig af en moeten hun veroordeling verder uitzitten in penitentiaire inrichtingen. Een kwart van de cliënten doorloopt het gehele programma, wordt drugsvrij en integreert (Vaartjes 1993; van de Vegte; 1993; Twiss 1993). Inmiddels zijn er ook elders in het land plannen voor de oprichting van soortgelijke interculturele centra (zie o.a. Hermanides 1997).

De laatste categorale voorziening voor Surinaamse verslaafden Srefi Japi uit Eindhoven is onlangs gefuseerd met de Stichting Verslavingszorg Oost-Brabant tot NOVADIC. Anders dan bij de integratie van de Molukse categorale voorzieningen binnen de integrale voorzieningen het geval is, wordt deze fusie in de literatuur als succesvol gekenschetst, omdat NOVADIC ook na de fusie als enige instelling in Nederland het hulpaanbod van de categorale instelling heeft gehandhaafd. Het hulpaanbod bestaat uit straathoekwerk, individuele hulpverlening, begeleid wonen, een inloopcentrum en preventie-activiteiten, vaak in samenwerking met Surinaamse zelfhulpgroepen (Hijmans van den Bergh 1996a; Hermanides 1997).

Sinds een aantal jaren is het beleid van zorginstellingen om zichzelf intercultureel te maken in een poging om de allochtone verslaafden en risicjongeren beter te bereiken. Enkele integrale instellingen waar de interculturele hulpverlening van start is gegaan, doen dit volgens de methodieken zoals die vorm hebben gekregen binnen NOVADIC. Binnen de integrale instellingen ontstaan projecten die weer teruggrijpen op de methodieken van de categorale instellingen, met name op outreaching activiteiten en (primaire) preventie-projecten in samenwerking met zelfhulpgroepen of andere betrokkenen uit allochtone groeperingen.

Enkele outreaching en preventie-activiteiten zijn net gestart, van andere zijn (tussentijdse) evaluaties gemaakt. De evaluaties zijn over het algemeen positief. De allochtone straat-hoekwerkers hebben de allochtone doelgroepen bereikt, hen gewezen op de zorgmogelijkheden en allochtone verslaafden beginnen zich aan te melden bij de zorginstellingen. Dit mag als een succes worden aangemerkt.

Ook de preventie-activiteiten worden over het algemeen positief geëvalueerd. Allochtone risicjongeren, hun ouders en andere betrokkenen uit de allochtone groeperingen zijn geïnteresseerd in en enthousiast over de projecten.

Ook een derde recente ontwikkeling binnen de integrale verslavingszorg, het bevorderen van de culturele deskundigheid van medewerkers in de zorg, komt schoorvoetend op gang. De bevordering van de culturele deskundigheid binnen de zorginstellingen geschiedt in twee sporen die veelal parallel lopen: het aantrekken van allochtone medewerkers en het bevorderen van de deskundigheid van het personeel middels symposia, congressen, scholingsdagen en cursussen.

Outreaching activiteiten, preventieprojecten en het bevorderen van de culturele deskundigheid van de medewerkers van zorginstellingen beginnen bij dertien integrale zorginstellingen vorm te krijgen. Deze activiteiten zijn pas onlangs gestart. Daarom zijn de effecten op langere termijn op de verslavingsproblematiek onder allochtone groeperingen en de invloed op de knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden vooralsnog onduidelijk.

Deel B: Telefonische enquête

In dit gedeelte worden de resultaten gepresenteerd van de telefonische enquête onder vijftig experts in de verslavingszorg voor allochtonen.

In eerste instantie wordt ingegaan op de ervaringen van de experts in hun werk binnen de verslavingszorg. De invloed van hun eigen culturele achtergrond en de verschillen in het werken met allochtone en autochtone verslaafden komen aan de orde. Daarnaast wordt ingegaan op de successen en frustraties waarmee de experts in hun werk werden geconfronteerd en het gebrek aan kennis dat zij in hun werk ontberen.

In tweede instantie worden de meningen van de experts over de verslavingszorg voor allochtonen in het algemeen beschreven. Na een inventarisatie van het gebrek aan kennis over allochtonen en verslaving binnen de Nederlandse verslavingszorg worden de door de experts geconstateerde ontwikkelingen in de afgelopen jaren en de knelpunten binnen de zorg beschreven, uitmondend in de gewenste veranderingen en initiatieven voor de toekomst.

Invloed van de culturele achtergrond van de respondenten

Van de vijftig geënquêteerde experts zijn dertig respondenten allochtoon en twintig autochtoon. Tweederde van de experts is van mening dat hun culturele achtergrond een belangrijke invloed heeft op hun werk met allochtone cliënten.

Van de dertig allochtone respondenten vindt 80% zijn of haar culturele achtergrond van belang voor hun werk met allochtone cliënten. Tweederde zegt makkelijker en persoonlijker contact te kunnen leggen, waardoor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt beter lukt. Meer dan een kwart van de allochtone respondenten voelt zich sterk verbonden met de doelgroep, waardoor het invoelend vermogen groter is. Twee respondenten noemen het voordeel van het spreken van dezelfde taal. Twee Molukse respondenten noemen het een voordeel dat Molukkers de eerste allochtonen in Nederland waren en daarom de actuele problemen al eens hebben meegemaakt. De antwoorden op deze vraag gelden vaker voor allochtone groeperingen in het algemeen dan voor de groepering waarvan de respondent deel uitmaakt.

De tien allochtone respondenten (20%) die hun culturele achtergrond niet van belang achten noemen hier uiteenlopende redenen voor. Twee vinden het lastig allochtoon te zijn in een 'witte instelling', omdat alles wat met allochtonen te maken heeft op hun bureau geschoven wordt en ze zich als 'allochtoon uithangbord' gebruikt voelen. Twee anderen vinden dat hun eigen culturele achtergrond niet van invloed is omdat het uiteindelijk draait om inhoudelijke deskundigheid. Eén respondent acht zijn culturele achtergrond van ondergeschikt belang, aangezien in de regio waar hij werkt weinig allochtone gemeenschappen zijn.

Van de twintig autochtone respondenten vindt de helft zijn of haar culturele achtergrond

niet van belang. Zij benadrukken het belang van deskundigheid inzake druggebruik en het hebben van de juiste attitude ('open mind', inlevingsvermogen, etcetera) ten opzichte van allochtone cliënten. Eén respondent vindt zijn achtergrond niet van belang, omdat hij andere collega's heeft voor de culturele deskundigheid.

De andere helft van de autochtone respondenten vindt de eigen culturele achtergrond wel van belang. Als autochtoon kent men de eigen cultuur en omgeving beter, waardoor men zaken sneller kan regelen. Zo stelt één autochtone respondent: "Ik werk toch vanuit een witte instelling".

Verschillen tussen allochtone en autochtone cliënten

De meningen van de repondenten over de verschillen tussen autochtone en allochtone cliënten op het gebied van verslaving en verslavingszorg zijn zeer divers. De respondenten werd gevraagd drie verschillen te noemen, hetgeen een scala aan meningen opleverde. Een aantal van die meningen zijn grofweg onder één gemeenschappelijke noemer te plaatsen.

De belangrijkste hiervan is de noemer 'cultuurverschillen'. Verschillende respondenten wijzen erop dat die cultuurverschillen leiden tot een ander verslavingsgedrag en een verschil in beleving van de eigen verslaving. Er wordt gewezen op een verschil in oorzaken van gebruik, een verhoogd risico op verslaving en extensiever gebruik onder allochtonen. Bovendien leidt, volgens sommigen, verslaving onder allochtonen sneller tot crimineel gedrag. Verder wordt gewezen op de sterkere groeps cultuur en familiebanden in vergelijking met de meer individualistische westerse cultuur, waarop ook de reguliere hulpverlening gebaseerd is. Ook de taboesfeer omtrent verslaving en de generatieverschillen binnen bepaalde etnische groepen zijn groter, hetgeen in een aantal gevallen een verborgen problematiek tot gevolg heeft. Volgens veel respondenten zijn deze verschillen zaken waar de verslavingszorg meer rekening mee dient te houden, wanneer men meer succes wil behalen in op allochtone gerichte hulpverlening en preventie.

De huidige aanpak van de reguliere instellingen leidt dan ook tot hoogdrempeligheid en een hoge drop out onder allochtonen. Bovendien vinden sommigen, dat er te weinig rekening wordt gehouden met de werkelijke hulpvraag van allochtone cliënten; allochtonen zien vaak liefst eerst een aantal praktische zaken opgelost, alvorens het verslavingsprobleem zelf aan de orde moet komen. Weer andere allochtone verslaafden zouden, ten dele, berusten in hun verslaving en die verslaving hebben geïntegreerd in de eigen levenswijze. Veel respondenten pleiten voor andere specifieke hulp.

Een ander genoemd verschil is informatieachterstand onder allochtonen, waardoor zij vaak onbekend zijn met de instellingen. Volgens sommige respondenten hebben allochtonen te hoge verwachtingen van de hulpverlening. Anderen wijzen er op dat veel allochtone verslaafden een verleden hebben aan de zelfkant van de samenleving en dat de verloedering onder allochtone verslaafden groter is.

Successen en frustraties

De experts is gevraagd de drie belangrijkste successen in hun werk met allochtonen te noemen. Door 70% wordt het opbouwen en onderhouden van contacten met de allochtone doelgroep als een belangrijk succes in hun werk gezien. Vooral primaire preventie bij ouders en intermediairen (20%) en bij jongeren (26%) wordt succesvol en effectief gevonden. Verder worden contacten vooral via straathoekwerk en outreachende activiteiten gelegd. In mindere mate lijken resocialisatieprojecten en sociaal maatschappelijke interventie succesvol te zijn (20%). Een ander relatief vaak genoemd succes (18%) is de culturele deskundigheidsbevordering van de hulpverlener.

Behalve de successen is de respondenten tevens gevraagd drie frustraties te noemen in hun werk met allochtonen. Als frustraties worden meer uiteenlopende punten gemeld, dan bij de successen. Bijna de helft (48%) vindt dat er te weinig aandacht en aanbod is voor de allochtone doelgroep, hetgeen wordt toegeschreven aan een gebrek aan beleid en visie. Deze respondenten zien graag meer financiën, projecten en personeel voor allochtone verslaafden. Een vijfde van de respondenten vindt de reguliere instellingen te traag, log en bureaucratisch. Bijna een kwart (24%) noemt de aanpak en methodieken te 'wit' en 20% meldt een gebrek aan allochtone medewerkers. Volgens 12% is er een gebrek aan kennis over de culturele achtergrond van allochtonen.

Verder klaagt 18% over de onbereikbaarheid en ontoegankelijkheid van de allochtone doelgroep. Daarnaast stromen allochtone verslaafden, volgens 14%, niet of nauwelijks door naar hoogdrempelige zorg. Wat betreft preventie slaat, volgens 14%, de voorlichting aan allochtone doelgroepen niet aan, hetgeen vooral te wijten valt aan de kwaliteit van het voorlichtingsmateriaal, dat onvoldoende aansluit bij de culturele achtergrond van de doelgroep.

Iets meer dan een kwart van de respondenten (26%) heeft moeite om met allochtone verslaafden te werken. Genoemde redenen hiervoor zijn het niet nakomen van afspraken door allochtone cliënten, communicatieproblemen en dat het (tijds)intensieve karakter van het werken met allochtonen.

Voor sommigen (10%) gelden de fusies binnen de verslavingszorg van de afgelopen jaren als frustratie. De afbouw van de categorale zorg wordt als voornaamste nadeel van de fusies gezien.

Gebrek aan kennis bij de experts

De experts is gevraagd aan welk soort kennis op het gebied van allochtonen en verslavingszorg zij behoefte hebben om hun werk binnen de instelling beter te kunnen uitvoeren. Een groot deel van de respondenten (38%) meldt behoefte te hebben aan kennis over specifieke culturen. Bovendien willen sommige respondenten nadere informatie over binnen bepaalde culturen te onderscheiden subculturen en specifieke informatie over allochtone jongeren en vrouwen.

Ruim een kwart van de respondenten (26%) zou meer willen weten over soorten preventie- en hulpmethodieken, bijvoorbeeld over een op allochtone verslaafden toegesneden

manier van intake of integrale trajectbegeleiding.

Tevens is er meer behoefte aan prevalentiecijfers van specifieke groepen allochtone verslaafden (20%). Een aantal respondenten gaf aan behoefte te hebben aan een overzicht van de landelijke structuur van instellingen met daarin informatie over welke methodieken waar toegepast worden.

Voortbouwend op de ervaringen van de experts in hun eigen werk binnen de verslavingszorg wordt in de volgende paragrafen het aandachtsgebied verbreed naar de meningen van de respondenten over de verslavingszorg voor allochtonen in het algemeen.

Gebrek aan kennis binnen de verslavingszorg

Behalve over gebrek aan kennis onder de respondenten zelf, werd hen tevens gevraagd welk gebrek aan kennis over allochtonen en verslaving heerst binnen de Nederlandse verslavingszorg in het algemeen. Van de respondenten is 62% van mening dat er een gebrek aan specifieke culturele kennis bestaat, waardoor vaak de verkeerde hulp- en preventiemethodieken gebruikt worden. Een vijfde van hen geeft aan dat dit veroorzaakt wordt door een gebrek aan diversiteit binnen de hulpverlening, waardoor een grote hoeveelheid kennis zou ontbreken. Tevens een vijfde vindt dat het gebrek aan kennis vooral bestaat uit kennis over psychische problemen en behoeften van allochtone cliënten.

Verder valt het op dat bij het eigen, veronderstelde, gebrek aan kennis 20% van de respondenten wetenschappelijke kennis (prevalentiecijfers) noemt, maar dat voor het gebrek aan kennis in Nederland in het algemeen nog maar 8% wetenschappelijke kennis noemt.

Volgens 6% van de respondenten bestaat er gebrek aan kennis over de mogelijkheden van integratie. Zij vragen zich af waar de grenzen liggen van de interculturalisatie.

Positieve ontwikkeling

De respondenten is eveneens gevraagd wat er volgens hen in de afgelopen jaren ten goede is veranderd binnen de zorg voor allochtone verslaafden. Bijna de helft van de respondenten (46%) is van mening dat er de laatste jaren meer aandacht is gekomen voor de problematiek van allochtone verslaafden en 24% vindt dat er ook meer inzicht is ontstaan in die problematiek. Van de respondenten signaleert 18% meer doelgroepgerichte projecten binnen de integrale instellingen en 16% meldt dat het aantal allochtone medewerkers is toegenomen. Een kwart vindt echter, dat er vrijwel niets is veranderd. Verder noemt 10% de oprichting van het Platform Multiculturele Verslavingszorg een verandering ten goede.

Drie respondenten vinden de voorlichting verbeterd, twee signaleren drempelverlaging en twee vinden dat de overheid haar beleid ten opzichte van allochtone verslaafden enigszins heeft aangepast. Een ander is blij met de contractmatige eisen die de overheid stelt aan de hulpverlening. Eén ziet meer mogelijkheden als gevolg van de fusies van de afgelopen jaren en één constateert dat de categoralen eindelijk van hun 'eiland' afkomen. Tot slot zijn twee respondenten tevreden met de oprichting van het Intercultureel Motivatie Centrum van

de Jellinek in Amsterdam.

Negatieve ontwikkeling

De respondenten is eveneens gevraagd wat er volgens hen in de afgelopen jaren ten slechte is veranderd. Op deze vraag zijn zo'n 25 verschillende antwoorden gegeven. Ten bate van het overzicht worden alleen de antwoorden beschreven die door minimaal vijf respondenten (10%) zijn genoemd.

Bijna eenderde (32%) vindt de overgang van categorale naar integrale zorg en de afbouw van categorale hulp, waardoor specifieke projecten zijn verdwenen, een verandering ten slechte. Sommigen (10%) vinden, dat de toegenomen aandacht voor allochtonen in de verslavingszorg, recentelijk weer is afgenomen. Eenzelfde aantal hulpverleners vindt de instellingen te log en bureaucratisch en eveneens 10% vindt het beleid teveel gericht op de korte termijn, bijvoorbeeld alleen op overlastbestrijding. Ook ziet men verdere professionalisering en meer productgericht denken als een negatieve ontwikkeling in de verslavingszorg. Gebrek aan laagdrempelige voorzieningen is genoemd door een tiende van de respondenten.

Verder worden door nog uiteenlopende negatieve ontwikkelingen genoemd, zoals: te weinig overheidsbescherming van specifieke projecten, de toegenomen werkdruk die ten koste gaat van allochtone cliënten, de toename van allochtone verslaafden, te weinig aandacht voor preventie, een verharding van de problematiek en te veel nadruk op allochtone harddrugverslaafden ten opzichte van alcoholisten.

Bijna een vijfde (18%) zegt dat er de afgelopen jaren niets is veranderd en vindt dit een slechte zaak. Deze respondenten is gevraagd of ze oorzaken konden noemen voor die uitgebleven veranderingen. Als belangrijkste oorzaak wordt aangegeven dat de aanpak van allochtone verslavingsproblematiek vele jaren geen prioriteit heeft gehad in de landelijk politiek. Verder worden zaken genoemd als: niemand heeft visie en overzicht, decentralisatie werkt niet, het probleem wordt niet onderkend, hoogdrempelige hulpverlening is te wit en het ontbreken van steun voor allochtone zelfhulporganisaties.

Knelpunten

Op de vraag naar de drie belangrijkste knelpunten op het terrein van allochtonen en verslaving zijn in totaal 31 verschillende antwoorden gegeven en dus volgen weer de meestgenoemde punten.

Eenderde van de respondenten noemt een gebrek aan aandacht en beleid voor interculturele hulpverlening en een gebrek aan culturele deskundigheid. Ongeveer een vijfde van de respondenten noemt: starheid en/of arrogantie van autochtone hulpverleners ten opzichte van allochtone cliënten; gebrek aan allochtoon personeel, zowel op de werkvloer als in het kader; te 'witte' methodieken (met name de intake) en moeilijk ingang vinden bij de doelgroep/verborgen populaties. Meer dan 10% van de respondenten heeft het over zaken als:

gebrek aan zicht op en inzicht in de hulpvragen van de allochtone doelgroepen; gebrek aan samenwerking tussen de instellingen; gebrek aan sociaal-maatschappelijke hulpverlening; en taal- en communicatieproblemen.

Verder worden nog uiteenlopende zaken genoemd als: wegbezuinigen van kleinschalige projecten/organisaties, slechte registratie, te grote diversiteit, gebrek aan ongeschoold werk, te weinig materiële hulp, discriminatie en een gebrek aan financiële middelen.

Gewenste veranderingen en initiatieven

De door de respondenten gewenste veranderingen in de zorg voor allochtone verslaafden bleek zeer gevarieerd. In de nu volgende beschrijving wordt volstaan met de veranderingen die door meerdere respondenten zijn genoemd.

Minimaal eenderde van de respondenten ziet graag veranderingen in de zin van:

- uitbreiding van allochtoon personeel, zowel op de werkvloer als in het kader,
- het initiëren en verbeteren van de culturele deskundigheidsbevordering van de hulpverleners,
- een gevariëerder, meer doelgroepgericht beleid en hulpverleningsaanbod,
- systematische aandacht voor drempelverlaging van de allochtone hulpverlening, gekoppeld aan meer veldwerk.

Verder zijn door minimaal vijf respondenten (10%) nog de volgende vijf veranderingen voorgesteld: betere samenwerking tussen verschillende instellingen, zowel binnen als buiten de verslavingszorg; bevordering van de culturele integratie, zowel in de maatschappij als binnen de instellingen; opbouw van landelijke steunpunten, ten behoeve van de inter-culturalisatie; meer en betere preventie en monitoring; en uitbreiding van de categorale voorzieningen.

Ten slotte zijn nog initiatieven genoemd als: benadering van allochtonen via de binnen de gemeenschap bestaande netwerken (bijvoorbeeld de imam); betere samenwerking met zelfhulporganisaties; en meer werkprojecten en maatschappelijke opvang voor allochtone verslaafden.

Opmerkelijk is dat een belangrijke frustratie van de respondenten het gebrek aan financiën is, maar dat slechts drie respondenten (6%) aangeven in de toekomst meer geld te willen. Daarnaast valt op dat over de successen en veranderingen ten goede van de hulpverlening en preventie aan de allochtone doelgroep veel meer overeenstemming bestaat, dan over de frustraties en knelpunten.

Door respondenten gewenst onderzoek

De respondenten is gevraagd een onderwerp van, door hen gewenst, onderzoek te noemen. Door de vijftig respondenten zijn in totaal 31 onderwerpen genoemd. De onderwerpen worden opgesomd in volgorde van meest genoemde onderzoeksonderwerpen.

- Prevalentiecijfers over de verschillende allochtone groeperingen (9 respondenten).
- Effectiviteit van preventie- en voorlichtingsmethoden voor allochtone groepen (7 respon-

- dentten).
- Mogelijkheden voor interculturalisatie van de integrale zorginstellingen (7 respondenten).
 - De ontwikkeling van cultuurspecifieke methodieken in de zorg en preventie voor allochtone verslaafden (5 respondenten).
 - Inventarisatie van bestaande preventie- en zorgprojecten en de effectiviteit daarvan (4 respondenten).
 - Beperkte gebruikmaking door allochtone verslaafden van de reguliere instellingen en de hoge drop out (4 respondenten).
 - Bruikbare communicatievormen (3 respondenten).
 - Mogelijkheden van het tot stand brengen van een dialoog tussen allochtone jongeren en ouders/onderwijs (2).
 - Manieren van terugdringen van druggebruik onder allochtonen (2).
 - Middelengebruik onder nieuwe allochtone groeperingen (Irakezen, Spaanstaligen) (2).
 - Interculturalisatieproces van de instellingen (2).
 - Allochtonen vrouwen en verslaving (2).
 - Risico's op verslaving onder Marokkaanse randgroepjongeren (1).
 - Invloed van religie en magisch denken op verslaving.
 - De rol van de familie van de allochtone verslaafden.
 - De noodzaak van laagdrempeligheid en outreaching activiteiten.
 - Landelijke socialekaart van verslavingszorginstellingen.
 - Culturele achtergronden en nieuwe trends bij middelengebruik onder allochtonen.
 - De rol van de traditionele cultuur in de moderniseringsdrang van de jongere generaties.
 - Gebruik van middelen in combinatie met delinquent gedrag.
 - De hulpvraag van allochtonen.
 - Samenwerking Ministerie (VWS), Vereniging Nederlandse Gemeenten en de instellingen.
 - Risico's op verslaving door experimenteelgedrag van allochtone jongeren.
 - Toedracht waarom veel allochtonen verslaafd raken.
 - Risicodeterminanten voor verslaving onder jongeren.
 - Mogelijkheden van maatschappelijke opvang verslaafde allochtone jongeren.
 - Effectiviteit van allochtone drughulpverlening door autochtone hulpverleners.
 - Mogelijkheden van herinvoering van categorale hulp.
 - Inventarisatie van de problematiek van allochtone ex-verslaafden op de arbeidsmarkt.
 - Inventarisatie van meningen van autochtone werkers over allochtone cliënten en andersom.
 - Afbakening van de term "allochtoon".

Samenvatting

Inleiding

Het ontbrak het NWO/ZON aan specifieke informatie over de verslavingspreventie en -zorg voor allochtone verslaafden en de interculturalisatie¹ van de verslavingszorg in Nederland. ZorgOnderzoek Nederland heeft het Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO) van de Universiteit Utrecht benaderd om deze leemte te vullen.

De opdracht van ZON heeft geleid tot de volgende vier probleemstellingen.

- Wat is in de literatuur bekend over de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtone groeperingen in Nederland?
- Wat is in de literatuur bekend over de werkwijzen en knelpunten in de preventie en zorg voor allochtone verslaafden?
- Wat is onder specialisten in de interculturele verslavingspreventie en -zorg bekend over de aard en omvang van het middelengebruik en de verslavingsproblematiek onder allochtone groeperingen in Nederland?
- Wat is onder specialisten in de interculturele verslavingspreventie en -zorg bekend over de werkwijzen en knelpunten in de preventie en zorg voor allochtone verslaafden?

Methode

Om de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen en de knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden te inventariseren zijn de volgende onderzoeksmethoden toegepast:

1. literatuuronderzoek;
2. telefonische enquête;
3. expert meeting.

Het literatuuronderzoek is conform de opdracht van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) breed opgezet. De literatuur is in eerste instantie verzameld bij wetenschappelijke bibliotheken, vakbibliotheken en zorginstellingen. Vervolgens zijn de literatuurlijsten uit de verzamelde bronnen gescreend op relevante literatuur. Daarnaast is literatuur verzameld via digitale databanken en het Internet. Bovendien zijn onderzoeksinstituten in Frankrijk, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten aangeschreven met het verzoek om de meest relevante en inzichtgevende literatuur op te sturen.

Naast wetenschappelijke publicaties zijn ook publicaties van zorginstellingen verzameld. De meeste bronnen werden aangeleverd door de hulpverleners zelf die relevante literatuur opstuurden naar het CVO, ZON of het Platform Multiculturele Verslavingszorg (PMV).

Het hieruit verkregen literatuuroverzicht is voorgelegd aan sleutelfiguren uit de zorginstellingen en onderzoekers met het verzoek dit aan te vullen.

1. Zon definieert interculturalisatie van de zorg als een proces waarbij inhoud en organisatie van de gezondheidszorg worden aangepast aan het multiculturele karakter van de bevolking.

ZON heeft een lijst samengesteld met experts op het gebied van de verslavingszorg voor allochtonen. Vervolgens is door het CVO aan vijftig experts telefonisch een enquête afgenomen naar de knelpunten in de verslavingszorg voor allochtonen. Deze experts is tevens gevraagd nog andere – hen bekende – experts te noemen. Zodoende is geprobeerd een zo breed mogelijke afspiegeling te verkrijgen van deskundigheid op het gebied van de verslavingszorg voor allochtonen in Nederland.

Een twintigtal experts met veel relevante kennis en ervaring zijn uitgenodigd deel te nemen aan een expert meeting. Aan de hand van de voorlopige resultaten van het literatuuronderzoek en de telefonische enquête zijn de belangrijkste knelpunten besproken en is een inventarisatie gemaakt op welke wijze deze knelpunten kunnen worden aangepakt. Op genoemde meeting is de voorlopige literatuurlijst aan de deelnemers voorgelegd met het verzoek omissies in te vullen.

Deel A: Literatuur review

Voor het onderzoek zijn driehonderd publicaties bestudeerd. Het begrip ‘allochtoon’ wordt in de verschillende publicaties op uiteenlopende wijze gedefinieerd.

In dit rapport hanteren wij ‘allochtoon’ naar de definitie – met een toevoeging onzerzijds – van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Het begrip allochtoon wordt in het Rapport Allochtonenbeleid van de WRR (1989) als volgt gedefinieerd:

1. alle in Nederland woonachtige vreemdelingen;
2. alle in Nederland woonachtige ex-vreemdelingen die tot Nederlander zijn genaturaliseerd;
3. alle Nederlanders die afkomstig zijn uit de (voormalige) overzeese gebiedsdelen;
4. alle nakomelingen tot in de derde generatie van de hiervoor genoemden, voor zover zij zich nog met de cultuur van hun (groot)ouders wensen te identificeren.

Volgens deze definitie wordt een vierde-generatie Molukker geen allochtoon genoemd. Om te voorkomen dat bevolkingsgroepen, die zich nog met de cultuur van hun (voor)ouders wensen te identificeren, niet tot de allochtonen worden gerekend, wordt voor dit rapport de definitie verruimd van de derde generatie tot alle generaties.

Wanneer in een bron een afwijkende definitie van ‘allochtoon’ wordt gehanteerd, wordt dit in de tekst aangegeven.

Afhankelijk van de geraadpleegde bronnen zullen in deze studie de termen gebruik, problematisch gebruik en verslaving worden gehanteerd en waar nodig worden toegelicht.

De nadruk in deze studie zal vallen op de drie problematieken waarmee de zorginstellingen het meest geconfronteerd worden: heroïne- (al dan niet in combinatie met andere middelen), alcohol- en gokproblematiek. Voor zover van belang zullen daarnaast cocaïne- en cannabisproblematiek worden beschreven.

I. Omvang middelengebruik.

Allochtonen in Nederland

De grootste groepen allochtonen in Nederland zijn Surinamers, Turken, Marokkanen, Antillianen/Arubanen en Molukkers. De sociaal-economische positie van deze groepen allochtonen in Nederland is in het algemeen slechter dan die van autochtonen. Allochtonen zijn meestal slechter gehuisvest, hebben minder woonruimte tot hun beschikking en zijn vaker op zoek naar een andere woning dan autochtonen. Bovendien vertonen zij een duidelijke achterstand in onderwijspositie, zowel in gerealiseerd opleidingsniveau, de huidige opleiding als in drop out percentage in het voortgezet onderwijs. Ook de positie op de arbeidsmarkt is niet bepaald gunstig.

Hoewel de tweede generatie allochtonen beter is opgeleid dan de eerste generatie, is het percentage werkloze tweede generatie allochtonen hoger dan het percentage werkloze eerste generatie allochtonen.

Ten slotte hebben allochtonen, door hun achterstand in het onderwijs en op de arbeidsmarkt een grote achterstand in inkomenspositie in vergelijking met autochtonen.

De zwakke sociaal-economische positie vergroot de kans op verslavingsproblematiek, zo wordt verondersteld.

Middelengebruik

Wanneer we kijken naar middelengebruik onder de populatie die met prevalentie-onderzoek wordt bereikt, blijkt dat minder allochtonen middelen gebruiken dan autochtonen. Deze cijfers gelden voor alle middelen, legaal en illegaal, harddrugs en softdrugs.

Relatief weinig mensen met een islamitische achtergrond gebruiken drugs, dit geldt vooral voor het gebruik van alcohol maar ook voor andere middelen. Voorts gebruiken minder meisjes dan jongens. Amsterdamse derde klassers – van alle middelbare schooltypen – hebben relatief hoge prevalentiecijfers ten opzichte van leerlingen van andere klassen en verlaten gemiddeld het vaakst voortijdig een opleiding. Ook in onderzoek onder Amsterdamse probleemjongeren en koffiешopbezoekers gebruiken minder allochtonen drugs dan autochtonen. De verschillen onder deze groeperingen zijn echter minder groot dan onder de scholieren. Er zijn enkele uitzonderingen. Onder probleemjongeren bestaat geen verschil in cannabisgebruik naar etnische achtergrond. Onder de koffiешopbezoekers hebben Surinaamse en Antilliaanse jongeren weliswaar minder ervaring met het gebruik van cannabis, maar doen zij dit wel vaker dagelijks. Deze groep heeft ook meer ervaring met het gebruik van XTC en cocaïne. Onder Amsterdamse discotheek- en partybezoekers vallen de verschillen in middelengebruik naar etnische achtergrond vrijwel weg.

Over de omvang van het middelengebruik onder asielzoekers en vluchtelingen is heel weinig bekend. Er is één bron voorhanden waarin het percentage verslaafde asielzoekers binnen een asielzoekerscentrum wordt geschat op één procent. Het betreft hier vooral verslaving aan medicijnen, enige alcoholproblematiek – vooral bij Srilankanen en Vietnamezen –, enkele harddrugverslaafden en een groep Oostafrikaanse khatgebruikers.

II. Aard middelengebruik

Over de aard van de alcohol- en gokproblematiek onder allochtonen zijn nauwelijks gegevens beschikbaar. Over de aard van de harddrugproblematiek onder allochtonen zijn geen

recente gegevens voorhanden. Minder recente gegevens, voornamelijk gepubliceerd in de jaren tachtig zijn niet systematisch verzameld of geanalyseerd en kennen nogal wat leemten. Kwalitatief wetenschappelijk onderzoek over de aard van het middelengebruik onder allochtone groeperingen in Nederland is de laatste tien jaar niet meer gepubliceerd. Ongetwijfeld zal bij werkers in de zorg meer bekend zijn over de aard van het middelengebruik van allochtone verslaafden. Deze kennis is, voor zover ons bekend, nauwelijks op schrift gesteld.

Uit de jaren tachtig is bekend dat minder allochtone verslaafden intraveneus gebruiken en beter voor zichzelf zorgen dan autochtone verslaafden. Het is niet bekend of dit nog steeds het geval is. Uit deze bronnen blijkt tevens dat allochtone harddrugverslaafden een lange gebruikerscarrière hebben. Vele Surinaamse harddrugverslaafden gebruiken reeds twintig jaar, vele Molukkers tussen de vijftien en twintig jaar en vele Marokkanen meer dan tien jaar. Zij combineren hun gebruik van heroïne vooral met cocaïne en methadon. Over de aard van de harddrugproblematiek onder Turken is niets bekend in de literatuur.

III. Hulpvraag allochtone gebruikers

Hulpvraag, wensen en behoeften van allochtone verslaafden

Over de aard van de hulpvraag van allochtone verslaafden is weinig bekend. In enkele, deels verouderde, bronnen – over Surinaamse vrouwen, Molukse vrouwen en Turkse mannen – wordt geconstateerd dat allochtone verslaafden vooral behoefte hebben aan maatschappelijke en sociaal-economische hulp. Ook komen verslavingsproblemen – vooral bij vluchtelingen, asielzoekers en Turken – vaak pas aan het licht bij een medische hulpvraag.

Over de behoeften en wensen van allochtone druggebruikers ten aanzien van de verslavingszorg is vrijwel niets op schrift gesteld. Een bron geeft aan dat allochtone verslaafden vooral behoefte hebben aan laagdrempelige opvangvoorzieningen en hulpverlening, eet- en slaapvoorzieningen, ontspannings- en vormingsactiviteiten, klussenprojecten en gedoogzonen. Door de NeVIV is aan veertig aangesloten instellingen gevraagd of zij een peiling hebben verricht naar wensen en behoeften van allochtone verslaafden. Eenentwintig instellingen hebben gereageerd op deze vraag, vijf instellingen antwoordden bevestigend. Uit de bron wordt niet duidelijk waaruit de wensen en behoeften van allochtone verslaafden bestonden.

Gebruikmaking van de verslavingszorg door allochtone verslaafden

Binnen het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) worden door de Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (IVV) systematisch gegevens verzameld van cliënten in de ambulante verslavingszorg. Cijfers van de intramurale zorg worden op landelijk niveau niet systematisch geregistreerd. Uit het patiëntenregister van de Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg blijkt dat in de verslavingsklinieken jaarlijks circa 7000 tot 8000 personen worden opgenomen. Vijftig tot zestig procent wordt via de ambulante hulpverlening opgenomen in de klinieken. Het is niet bekend welk aandeel allochtone verslaafden gebruik maakt van de intramurale zorg. Er wordt getracht de cijfers uit de intramurale hulpverlening in de toekomst onder te brengen in LADIS registratiesysteem.

LADIS heeft in een periode van twee jaar 20.261 harddrugverslaafden bereikt, dat wil zeggen unieke personen met minimaal twee hulpverleningscontacten.

Wanneer we kijken naar alle middelen, inclusief gokken, heeft binnen LADIS zes procent

niet de Nederlandse nationaliteit en is in totaal vijftien procent van niet-Nederlandse culturele herkomst (LADIS hanteert niet de allochtonen-definitie van de WRR; de groep respondenten met een niet-Nederlandse nationaliteit is een deelverzameling van de respondenten met een niet-Nederlandse culturele herkomst). Het aantal allochtonen in Nederland met een overwegend zwakke economische en sociaal-maatschappelijke positie – ook wel aangeduid als etnische minderheden – bedraagt ongeveer één miljoen, dat wil zeggen bijna zeven procent van de Nederlandse bevolking. Dit zou betekenen dat allochtonen in de hulpverlening dus in ieder geval gelijk-, en misschien wel oververtegenwoordigd zijn. Het is echter niet verantwoord om op basis van twee verschillende definities vergelijkingen te maken. Bovendien is de leeftijdsopbouw van de autochtone bevolking en de verschillende groepen allochtonen sterk verschillend en zijn er geen cijfers beschikbaar over de leeftijdsopbouw van de allochtone cliënten binnen LADIS.

Uitsluitend in 1993 is door het IVV een uitsplitsing van de inschrijvingen gemaakt naar culturele herkomst. Uit de cijfers blijkt dat in verhouding meer allochtonen – vooral Surinamers en Marokkanen – zich bij de ambulante zorg inschrijven vanwege drugproblematiek dan autochtonen, terwijl binnen de Turkse gemeenschap in verhouding vooral gokproblemen lijken te bestaan.

In de periode van 1988 tot en met 1996 is door het IVV nagegaan met welke problematiek allochtonen zich aanmelden bij instellingen voor ambulante verslavingszorg. Het percentage allochtonen dat zich aanmeldt met primaire alcoholproblematiek is gestegen van 6,9% tot 9,2%. Voor andere middelen lijken de percentages – in geringe mate – af te nemen, voor cannabis van 19,6% naar 18,4%, voor heroïne van 31,9% naar 30,0% en voor cocaïne van 37,5% naar 34,5%.

Allochtonen hebben volgens LADIS gemiddeld minder contacten met instellingen voor ambulante verslavingszorg dan autochtonen. Door de jaren heen hebben allochtone cliënten gemiddeld bijna 14 contacten gehad tegenover niet-allochtonen bijna 15 contacten. De drop out onder allochtonen ligt op bijna 65%, bij niet-allochtonen op ruim 50%. De hoge drop out onder allochtonen kan deels worden verklaard uit het gegeven dat de percentages allochtone cliënten het hoogst liggen bij de heroïne en cocaïne als primaire problematiek. Bij deze problematieken is de drop out hoger dan bij andere problematieken. Het soort middel verklaart ten dele de hogere drop out onder allochtonen, maar verklaart deze hogere drop out niet volledig.

Opmerkelijk is dat bij allochtone verslaafden in laagdrempelige methadonprogramma's de drop out juist lager is. Velen blijven – weliswaar met onderbrekingen – decennia lang in een laagdrempelig methadonprogramma zitten.

Cijfers van de intramurale zorg worden op landelijk niveau niet systematisch geregistreerd. Het Ministerie van VWS constateert dat uit ervaringsgegevens bekend is dat allochtonen het in de meeste klinieken niet lang uithouden.

Van het in 1990 in Amsterdam opgerichte Intercultureel Motivatie Centrum – een intramuraal centrum voor allochtone verslaafden met vaak een justitieel verleden die de keuze

krijgen tussen behandeling of detentie – is bekend dat voor de twaalf beschikbare bedden al snel een wachtlijst bestond. Van degenen die in het Intercultureel Motivatie Centrum zijn opgenomen, haakt de helft voortijdig af en moet daarom hun veroordeling uitzitten in penitentiaire inrichtingen.

Het aantal verslaafde gedetineerden steeg in absolute zin van 259 in 1971 tot 5500 in 1987. In 1993 wordt 50% tot 70% van 8073 gedetineerden geschat als druggebruiker waarvan 30% van Surinaams/Antilliaanse herkomst is. In 1993 was 48% van de gedetineerden allochtoon.

IV. Hulpaanbod

Sinds in de jaren tachtig de ontwikkeling op gang is gekomen van categorale naar integrale hulpverlening in de verslavingszorg is er met name voor de kleinere categorale hulpverleningsprojecten veel veranderd. Zij werden in hun voortbestaan genoodzaakt op te gaan in een van de grote integrale instellingen op het gebied van de verslavingszorg. Een van de gevolgen van de fusies en integratie van de categorale in de algemene verslavingszorg is dat er wel allochtone hulpverleners binnen de instellingen werkzaam zijn, maar dat allochtonen niet of nauwelijks kader- of bestuursfuncties vervullen. Momenteel zijn weliswaar enkele categorale – Molukse en Marokkaanse – instellingen operationeel, maar werken allochtone hulpverleners vooral binnen integrale instellingen. Zij worden ingezet voor outreaching activiteiten en voor de bevordering van culturele deskundigheid van hun 'witte' collega's. Veelal zijn deze outreaching activiteiten echter ad hoc initiatieven van individuele preventiewerkers.

Ook in de voorlichting, zowel primair als secundair, ontstaan vanuit integrale zorginstellingen steeds meer op allochtonen gerichte projecten.

Binnen de hooghrempelige zorg worden spaarzaam initiatieven ontwikkeld voor op allochtone harddrugverslaafden gerichte projecten. Het enige project dat zich specifiek richt op allochtone verslaafden en al enkele jaren bestaat, is het Intercultureel Motivatie Centrum in Amsterdam. Daarnaast zijn in het land verschillende Intramurale Motivatie Centra bedoeld voor de instroom van onder meer verslaafden uit de Justitiële Verslavingszorg. De instroom van allochtone verslaafden in de Intramurale Motivatie Centra is groot, omdat veel gedetineerde verslaafden allochtoon zijn.

Het is bekend dat sommige allochtone verslaafden hun heil zoeken in traditionele vormen van hulpverlening die bekend zijn in de allochtone gemeenschappen. Het is echter onduidelijk hoeveel mensen van deze mogelijkheden gebruik maken en in hoeverre deze succesvol zijn.

Een overkoepelende organisatie die het hulpaanbod aan allochtone verslaafden tracht te verbeteren is het Platform Multiculturele Verslavingszorg (PMV). Het PMV tracht dit te realiseren door enerzijds de samenwerking tussen allochtone organisaties en de verslavingszorg te verbeteren en anderzijds de toegankelijkheid en de effectiviteit van de verslavingszorg voor allochtonen te vergroten. Bovendien is het PMV in 1996 begonnen met een basiscurcus om de interculturele deskundigheid binnen de verslavingszorg te bevorderen.

V. Knelpunten

Het aantal bronnen waarin vooral knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden worden geschetst is overweldigend. De genoemde knelpunten zijn samen te vatten onder de volgende noemers.

Gebrek aan zicht

Naast het percentage geregistreerde allochtone verslaafden – in politie- en hulpverleningsstatistieken – worden in sommige publicaties hoge percentages genoemd van allochtone verslaafden die niet geregistreerd staan. Uit deze publicaties komt naar voren dat 1 tot 2% van de verschillende allochtone groeperingen verslaafd is, tegenover 0,1% van de autochtone bevolking. Schattingen van het totaal aantal harddrugverslaafden lopen uiteen van 25.000 tot 28.000. Bij LADIS zijn ruim 20.000 harddrugverslaafden bekend. LADIS rekent hiertoe unieke personen die de afgelopen twee jaar minimaal twee hulpverleningscontacten hebben gehad bij een ambulante verslavingszorginstelling. Volgens schattingen van Tjandou zouden er in Nederland 12.500 allochtone harddrugverslaafden zijn. LADIS bereikt ruim 5.500 allochtone harddrugverslaafden. Het is onduidelijk welke definities van ‘harddrugverslaafden’ binnen de diverse schattingen worden gehanteerd.

Volgens zorginstellingen en overkoepelende organisaties zou een groot deel van de verborgen verslaafden allochtoon en hulpbehoevend zijn. Uit wetenschappelijke studies blijkt dat minder dan de helft van de verborgen verslaafden allochtoon is. Tevens blijkt uit deze studies dat bijna de helft van deze populatie geen behoefte heeft aan verslavingszorg en dat de andere helft negatief is over de methoden van hulpverlening of slechte ervaringen heeft met de verslavingszorg.

Uit recent onderzoek in Den Haag blijkt dat de groep verslaafden die geen beroep doet op de verslavingszorg meer allochtonen omvat dan de groep hulpvragers. Vergeleken met de hulpvragers hebben niet-hulpvragers een wat hogere leeftijd, een langere ‘gebruiksduur’ en gebruiken zij meerdere middelen naast elkaar. De groep niet-hulpvragers bevat meer werkelozen en meer mensen met een onconventioneel inkomen, pleegt meer illegale activiteiten en heeft meer politiecontacten. Verder vinden zij hun gebruik minder vaak een probleem, zijn meer tevreden met hun huidige manier van leven en hebben minder last van psychiatrische stoornissen. Een meerderheid van hen zegt hun verslaving dermate onder controle te hebben dat zij geen behoefte aan verslavingszorg hebben. Bovendien is ruim de helft van de niet-hulpvragers in Den Haag negatief over de methodieken die in de verslavingszorg worden gehanteerd. Voor een deel kan het hier om een vooroordeel gaan, omdat zij tijdens hun gebruikscarrière geen daadwerkelijk contact met de verslavingszorg hebben gehad.

De outreaching activiteiten van allochtone werkers in de integrale zorginstellingen lijken ertoe te leiden dat steeds meer allochtone verslaafden zich bij de zorginstellingen melden. Het is echter de vraag of de weinig of niet veranderde hulpverleningsmethodieken aansluiten bij de behoeften van deze nieuw geworven cliënten.

Gebrek aan grip

Uit de literatuur komen enkele aspecten naar voren die als oorzaak genoemd worden van

het gebrek aan grip van de zorginstellingen op allochtone verslaafden die zich daar hebben aangemeld. Deze aspecten overlappen elkaar deels en hangen met elkaar samen:

- het intakegesprek sluit niet aan bij de belevingswereld van allochtonen;
- hulpverleningsmethodieken komen niet overeen met de verwachtingen van de allochtone cliënt;
- hulpverleners hebben onvoldoende kennis van de culturele achtergronden en gewoonten van de allochtone doelgroepen;
- het hulpverleningstraject van de allochtone cliënt wordt gefrustreerd door communicatieproblemen tussen hulpvrager en hulpverlener.

Voornoemde aspecten hangen vooral samen met een gebrek aan culturele deskundigheid van zowel hulpverleners als zorginstellingen.

Allochtone hulpvragers verlaten relatief vaak voortijdig de hulpverlening. Bovendien blijven zij vaak in laagdrempelige zorgprogramma's en stromen niet door. Vaak blijkt dat hulpverleners en zorginstellingen te hooggespannen verwachtingen hebben van het doel van de hulpvraag van allochtone verslaafden. Er wordt te veel en te snel iets verwacht van de allochtone verslaafden.

Gebrek aan beleid

In de geraadpleegde bronnen wordt een gebrek aan beleid op twee niveaus geconstateerd: binnen de zorginstellingen en vanuit de overheid.

Hoewel een tendens waarneembaar is in het implementeren en uitvoeren van een op de allochtone doelgroepen gericht beleid, komt dit nog langzaam van de grond. In zes van de veertig integrale zorginstellingen in Nederland is sprake van een operationeel allochtonenbeleid. Dit beleid volgt in het algemeen drie sporen: outreaching activiteiten, deskundigheidsbevordering van 'witte' hulpverleners en het aannemen van allochtoon personeel. Daarnaast ontwikkelen sommige zorginstellingen primaire preventie-projecten voor allochtone risicogroepen.

Allochtone werkers worden vaak ingezet op outreaching activiteiten en deskundigheidsbevordering. In de kader- en bestuursfuncties is de instroom van allochtoon personeel beperkt.

Specifieke op allochtonen gerichte activiteiten hebben door projectsubsidies vaak een tijdelijk karakter. Op het moment dat de activiteit vruchten lijkt te gaan afwerpen, is de projectsubsidie op.

De afgelopen jaren bestond er vanuit de zorgsector een behoefte aan sturing vanuit de overheid met betrekking tot het implementeren van op allochtonen gericht beleid binnen de zorginstellingen. De centrale overheid van haar kant beaamt dat er de laatste jaren sprake is geweest van een bestuurlijke impasse op dit gebied. Het Ministerie van VWS heeft onlangs activiteiten ondernomen om deze impasse te doorbreken. Er is een Gestructureerd Overleg Multiculturele Verslavingszorg (GOMV) in het leven geroepen dat de implementatie en uitvoering van allochtonenbeleid binnen de zorginstellingen moet gaan bewaken.

VI. Successen

Initiatieven die de laatste jaren binnen de interculturele integrale zorg zijn ontwikkeld worden in de geraadpleegde bronnen vaak aangemerkt als successen. Outreachings activiteiten van allochtone straathoekwerkers, primaire preventieprojecten onder allochtone ouders en risicojongeren en trainingen en cursussen om de culturele deskundigheid van zorgmedewerkers te bevorderen, lijken hun vruchten af te werpen. Evaluatie en effectmeting van deze initiatieven heeft echter nog niet plaatsgevonden.

De resultaten van het Intercultureel Motivatie Centrum lijken vooralsnog succesvol. Van de cliënten doorloopt, volgens de directie van het Intercultureel Motivatie Centrum, een kwart het gehele programma van drie maanden, verlaat dit drugsvrij, integreert of stroomt door naar een andere reguliere verslavingszorginstelling.

Deel B: Telefonische enquête

Uit de telefonische enquête onder vijftig experts in de verslavingszorg voor allochtonen, lijkt de conclusie te kunnen worden getrokken dat de interculturalisatie van de integrale hulp op gang begint te komen, maar dat er nog veel moet gebeuren voordat deze een feit is. Recente ontwikkelingen ten behoeve van de interculturalisatie van de integrale instellingen, die ook in het literatuuronderzoek worden beschreven, worden in de enquête als succesvol gekenschetst. De schaal en de tijdspanne, waarin deze nieuwe initiatieven zijn ontwikkeld wordt door anderen als frustratie en knelpunt genoemd. Uit de enquête blijkt dat de overeenstemming over successen en veranderingen ten goede veel groter is, dan over de frustraties en de knelpunten.

Over het belang van de culturele achtergrond van de hulpverlener lijkt een verschil van opvatting te bestaan tussen allochtone en autochtone hulpverleners. Vier op de vijf allochtone hulpverleners zeggen met allochtone cliënten gemakkelijker en persoonlijker contact te maken en sneller tot een vertrouwensrelatie te komen; zij voelen zich verbonden met de doelgroep. De helft van de autochtone respondenten vindt de culturele achtergrond van de hulpverlener niet van belang, zolang men maar de juiste attitude heeft ten opzichte van allochtonen en deskundig is. De andere helft vindt de eigen culturele achtergrond wel van belang, aangezien men de spelregels van de eigen 'witte' samenleving beter kent en beter in staat is de allochtone cliënt te helpen de weg te vinden in de 'witte' instellingen.

De meningen van de repondenten over de verschillen tussen autochtone en allochtone cliënten op het gebied van verslaving en verslavingszorg zijn zeer divers. De respondenten werd gevraagd drie verschillen te noemen, hetgeen een heel scala aan meningen opleverde. Een aantal van die meningen zijn grofweg onder de gemeenschappelijke noemer 'cultuurverschillen' te plaatsen.

Voor allochtonen meestgenoemde verschillen zijn: andere oorzaken van gebruik; een verhoogd risico voor verslaving en excessiever gebruik; groepscultuur en sterkere familieband, taboesfeer rond verslaving en vaker een verborgen problematiek. Verder wordt gemeld dat allochtonen vaker een informatieachterstand hebben ten aanzien van de zorg en

minder bekend zijn met de instellingen.

Recente initiatieven om integrale instellingen intercultureler te maken, zoals straathoekwerk, preventieprojecten en culturele deskundigheidsbevordering van het personeel worden door de geënquêteerde experts als successen aangemerkt. Resocialisatieprojecten en sociaal maatschappelijke interventie wordt door sommigen als effectief beschouwd.

Andere experts vinden de ontwikkelingen, die door sommigen van hun collega's als successen worden gemeld, niet ver genoeg gaan. Bijna de helft van de respondenten vindt dat er te weinig aandacht en aanbod is voor de allochtone doelgroep en wijten dat aan een gebrek aan visie en beleid. Zij pleiten voor meer financiën, projecten en personeel voor allochtone verslaafden. De reguliere instellingen worden te log, traag en bureaucratisch genoemd en de aldaar gebruikte aanpak en methodieken te 'wit'. Er zou gebrek zijn aan allochtone medewerkers en culturele kennis.

Daarnaast wordt gesteld dat allochtone verslaafden moeilijk te bereiken zijn en dat wanneer zij wel bereikt worden, zij niet of nauwelijks doorstromen naar de hoogdrempeliger zorg. Preventie en voorlichting aan de allochtone doelgroep slaat volgens sommigen niet aan, omdat de kwaliteit van het gebruikte materiaal onvoldoende aansluit bij de culturele achtergrond van de doelgroep.

Uit de enquête blijkt dat er bij de hulpverleners veel behoefte is aan kennis. De respondenten melden met name het ontberen van (sub)culturele kennis. Een aantal wil meer weten over op allochtonen toegespitste methodieken (met name over de intake) en individuele, integrale trajectbegeleiding. Daarnaast is er behoefte aan goede monitoring.

Het, volgens de respondenten, in het algemeen heersende gebrek aan kennis betreft andermaal culturele deskundigheid en methodiekontwikkeling voor hulp aan allochtone verslaafden.

Een aantal positieve ontwikkelingen die door sommigen gesignaleerd worden, worden door anderen juist als negatief gezien, omdat deze nog niet (of te weinig van de grond) zijn gekomen.

Een veelgehoorde frustratie is dat de integratie van de categorale hulp binnen de (logge, bureaucratische) instellingen mislukt is en dat de in de categorale hulp ontwikkelde methodieken niet op hun waarde zijn getaxeerd. Een vijfde vindt dat er de afgelopen jaren niets is veranderd in de allochtone hulpverlening en vindt dat een slechte zaak. Als reden dat er niets is veranderd wordt het gebrek aan sturing vanuit de overheid of het beleid binnen de instellingen genoemd.

De knelpunten, die positieve ontwikkelingen in de preventie en hulpverlening aan allochtonen belemmeren, komen in de resultaten van de enquête in grote mate overeen met in de literatuur genoemde frustraties, ook wat betreft de gevarieerdheid van de genoemde zaken. Andermaal noemt men: gebrek aan culturele deskundigheid, gebrek aan aandacht en beleid voor interculturele hulpverlening, ontbreken van allochtoon personeel, te 'witte' methodieken en de ontoegankelijkheid van de doelgroep.

Als gewenste veranderingen noemen de meeste respondenten uitbreiding van allochtoon personeel, zowel op de werkvloer als in het kader; bevordering van de culturele deskundigheid van de hulpverleners; een gevarieerder beleid en hulpverleningsaanbod en betere toegankelijkheid van de verslavingszorg voor allochtonen.

Door de experts gewenst onderzoek heeft vooral betrekking op prevalentiecijfers over de verschillende allochtone groeperingen; de effectiviteit van preventie- en voorlichtingsmethoden voor allochtone groepen; de ontwikkeling van cultuurspecifieke methodieken in de zorg voor allochtone verslaafden en een inventarisatie van de verschillende op allochtone verslaafden gerichte projecten van instellingen in Nederland en de effectiviteit daarvan.

Conclusies

Een pijnlijke maar zeer heldere conclusie is dat aan de hand van de driehonderd geraadpleegde bronnen de onderzoeksvragen slechts in beperkte mate kunnen worden beantwoord. Dit ondanks de uitputtende wijze waarop de bronnen zijn verzameld. Op enkele uitzonderingen na is in de jaren negentig nauwelijks enig wetenschappelijk onderzoek verricht op het gebied van allochtonen en verslaving. De enkele wetenschappelijke studies die zijn uitgevoerd richten zich op specifieke groeperingen of op een beperkt deelgebied van de problematiek. Vanwege het beperkte bereik van de geraadpleegde bronnen is het onmogelijk gebleken een totaalbeeld te construeren van aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtone groeperingen in Nederland.

De geraadpleegde bronnen met betrekking tot preventie en zorg zijn op een enkele uitzondering na gericht op ontwikkelingen binnen de betreffende zorginstelling. Bronnen die wel gericht zijn op specifieke projecten voor allochtone verslaafden zijn vaak (te) beperkt geëvalueerd en beschreven. Vergelijkende studies vanuit de overkoepelende zorginstellingen zijn spaarzaam, bovendien worden de bevindingen van deze studies vaak niet uitputtend beschreven.

In potentie is er veel informatie en kennis aanwezig over allochtonen en verslaving maar veel data van zorginstellingen en overkoepelende organisaties worden slechts in beperkte mate benut. Daarnaast worden de kennis die hulpverleners hebben en ervaringen die zijn opgedaan met specifieke projecten binnen de zorginstellingen nauwelijks op schrift gesteld.

Desondanks is ten opzichte van de ons omringende landen relatief veel bekend over verslavingsproblematiek onder allochtone groeperingen. Een speurtocht langs gezaghebbende collegae in Duitsland, Frankrijk, Engeland, de Verenigde Staten en Canada leverde sporadisch inzichtgevende theorieën op en nauwelijks of geen uitputtende studies van de problematiek in de desbetreffende landen.

In prevalentiestudies worden allochtone groeperingen slechts zijdelings en in beperkte mate beschreven. Daarnaast is binnen prevalentiestudies het aandeel allochtonen vaak te beperkt om betrouwbare statistische analyses op te kunnen uitvoeren. Zeker wanneer uitgesplitst wordt naar de specifieke allochtone groeperingen is het aantal respondenten te beperkt om wetenschappelijk gefundeerde uitspraken te kunnen doen over de omvang van (problema-tisch) middelengebruik onder allochtone groeperingen.

In de geraadpleegde bronnen worden verschillende manieren gebruikt om niet autochtone Nederlanders te omschrijven. Zo worden onderzoeksgroepen ingedeeld naar geboorteland, culturele herkomst en etnische achtergrond. Daarnaast worden termen als allochtonen, buitenlanders en 'zwarten en witten' gebruikt zonder dat wordt aangegeven wie hier precies mee bedoeld. Bovendien worden in veel statistieken alleen allochtone groeperingen met een zwakke sociaal-economische positie, de zogenoemde etnische minderheden, beschreven en gaan 1,3 van de 2,3 miljoen allochtonen op in de groep 'Nederlanders'. Anderen die uit de statistieken verdwijnen zijn groeperingen die reeds generaties lang in

Nederland wonen, bijvoorbeeld de Indische Nederlanders en kinderen uit gemengde huwelijken. Bij de afbakening naar geboorteland vallen ook in Nederland geboren kinderen van niet autochtone ouders weg uit de statistieken.

Bovendien wordt in de geraadpleegde bronnen de ene keer gesproken over middelengebruik, de andere keer over problematisch middelengebruik of over verslaving. Ook de term harddruggebruik wordt niet eenduidig gehanteerd. Het is vaak onduidelijk of het alleen heroïne, alle opiaten of alle Lijst I middelen betreft.

Hoewel we hebben getracht om in iedere bron te achterhalen wat met de verschillende termen wordt bedoeld, kregen we door de veelheid van omschrijvingen vaak het gevoel appels met peren te moeten vergelijken.

De zwakke sociaal-economische positie van sommige allochtone groeperingen lijkt geen indicator te zijn voor middelengebruik. In alle prevalentiestudies die voor dit onderzoek zijn geraadpleegd blijkt het middelengebruik onder allochtone groeperingen aanmerkelijk lager te zijn dan onder autochtonen. Zelfs onder risicogroepen zoals probleemjongeren en koffieshopbezoekers liggen de prevalentiecijfers van allochtonen voor de meeste middelen lager dan die van autochtonen. Al met al kan, op basis van de geraadpleegde literatuur, niet anders dan geconcludeerd worden dat de overgrote meerderheid van de allochtonen in Nederland weinig of geen middelen gebruikt.

Voor beleidsmakers is dit echter geen argument om achterover te leunen omdat schattingen aangeven dat de populatie opiaatverslaafden voor de helft uit allochtonen bestaat. Uit de geraadpleegde bronnen komt naar voren dat de populatie allochtone opiaatverslaafden tamelijk specifieke en homogene groepen omvat, die al een lange verslavingsgeschiedenis kennen. Het lijkt of groepen jonge Molukkers, Surinamers en Marokkanen in een bepaalde fase van hun migratiegeschiedenis in een relatief kort tijdbestek aan opiaten verslaafd zijn geraakt. Een groot deel van deze cohorten is nog steeds verslaafd. De toenemende gemiddelde leeftijd lijkt er op te wijzen dat er weinig jonge aanwas is. Het is echter vooralsnog onduidelijk welke risico's op verslaving allochtone jongeren van deze tijd lopen. Enerzijds is het mogelijk dat er inderdaad weinig sprake is van jonge aanwas, anderzijds melden jonge verslaafden zich mogelijk niet bij de verslavingszorg en vormen zij de nieuwe generatie verborgen verslaafden.

Gedurende de jaren tachtig zijn kwalitatieve studies verschenen waarin nader wordt ingegaan op de aard van de verslavingsproblematiek van de allochtone verslaafden. In hoeverre de aard van de verslavingsproblematiek van de 'oude' allochtone verslaafden momenteel is veranderd, is onduidelijk. Hoe de huidige populatie allochtone opiaatverslaafden eruit ziet en wat de aard is van hun problematiek is mogelijk nog onduidelijker.

Over de aard van de verslavingsproblematiek omtrent gokken, alcohol en andere middelen is weinig gepubliceerd.

Dit geldt ook voor de aard van de hulpvraag van allochtone verslaafden. Hierover is in zowel wetenschappelijke als in zorgliteratuur nauwelijks gepubliceerd. In wetenschappelijke literatuur is aan kleine groepen respondenten gevraagd of zij hulp van verslavingszorg behoeven en zo ja, waar die uit moet bestaan. In de zorgliteratuur wordt de aard van de hulpvraag van allochtone verslaafden wel beschreven, maar alleen vanuit hulpverlenersperspectief. Een stu-

die waarin onder allochtone verslaafden hulpbehoefte en hulpvraag systematisch is onderzocht, ontbreekt.

Het aantal bronnen waarin de werkwijzen van de verslavingszorg in Nederland zijn beschreven, is overweldigend. Deze bronnen, jaarverslagen en dergelijke, hebben over het algemeen alleen betrekking op de positieve buitenkant van instellingen en projecten en hebben een hoog PR-gehalte. Veel beschrijvingen ontberen inhoud en evaluatie. Er wordt weinig aandacht besteed aan het verloop van de hulpverleningscontact en het effect van de verschillende werkwijzen.

Hoewel van de werkwijzen van de zorginstellingen in bovengenoemde bronnen vaak een positief beeld wordt geschetst, komt uit een ander deel van de zorgliteratuur, verslagen van congressen, symposia, trainingen, workshops en dergelijke, een negatiever beeld naar voren. Overall in het land wordt bij de zorginstellingen een scala van knelpunten geconstateerd wanneer het de hulp aan allochtone verslaafden betreft.

Wanneer je afgaat op de uitspraken van individuele hulpverleners, de telefonisch geënquêteerde experts, lijkt het er op dat binnen de verslavingszorg voor allochtonen elk punt een knelpunt is. Bovendien lijken dezelfde knelpunten al vele jaren te worden geconstateerd en zijn de strategieën om de knelpunten te verminderen of op te lossen ook al jaren dezelfde. Toch verloopt de zorg voor allochtone verslaafden nog steeds uiterst moeizaam. Hiervoor zijn ten minste twee redenen aan te voeren: de strategieën om de knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden op te heffen zijn verkeerd of de strategieën worden op te bescheiden schaal en onvoldoende systematisch uitgevoerd. Hoewel er in het verleden veel strategieën zijn ontwikkeld en aangepast werden deze in het algemeen slechts op beperkte schaal en vaak op ad hoc basis toegepast. Er vond te weinig evaluatie, uitwisseling en bredere implementatie plaats. De resultaten van de verschillende strategieën zijn daardoor vaak verloren gegaan en moeilijk meetbaar.

In het verleden zijn vooral binnen de categorale zorginstellingen strategieën en methodieken ontwikkeld die als succesvol werden aangemerkt. Veel van deze strategieën zijn beperkt gebleven tot de betreffende instelling of doelgroep en zijn na de ontwikkeling van categorale naar integrale zorg grotendeels verloren gegaan.

Aanbeveling voor verder onderzoek

De gesignaleerde hiaten in de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtone groeperingen en de werkwijze en knelpunten in de preventie en zorg voor allochtone verslaafden leiden tot de volgende onderzoeksaanbevelingen.

Onderzoek naar:

- De omvang van middelengebruik en verslavingsproblematiek van alle allochtone groeperingen, inclusief asielzoekers, vluchtelingen en illegalen;
- De omvang van middelengebruik en verslavingsproblematiek van specifieke groeperingen als jonge allochtone school drop out;
- De aard van de verslavingsproblematiek van alle allochtone groeperingen;
- De aard, omvang en doel van hulpbehoefte en hulpvraag van allochtone (verborgen) verslaafden;
- Op allochtone verslaafden gerichte preventie- en zorgprojecten binnen integrale zorginstellingen;
- Effectiviteit van de zorg door enerzijds autochtone en anderzijds allochtone hulpverleners, alsmede de invloed van culturele deskundigheidsbevordering op de kwaliteit van de zorg;
- Slaagkansen en drop out van allochtone verslaafden binnen intramurale instellingen;
- Effectiviteit en mogelijkheden tot implementatie van door categorale instellingen ontwikkelde zorg- en preventiemethodieken;
- Toepassing van traditionele, niet westerse geneeswijzen binnen de verslavingszorg.

Bovenstaande onderzoeken dienen zich niet te beperken tot de verslavingsproblematiek met betrekking tot harddrugs, waarmee in de bestaande literatuur meestal het dagelijks gebruik van opiaten, eventueel in combinatie met andere middelen, wordt bedoeld. Bovenstaande aanbevelingen voor verder onderzoek betreffen ook de problematiek van alcohol- en gokverslaving onder allochtone groeperingen.

Om toekomstig onderzoek onderling te kunnen vergelijken is het van belang om de onderzoeksgroepen helder te omschrijven en eenduidige definities te hanteren met betrekking tot middelen en problematiek.

Literatuurlijst

Arends, A., C. Jessorun (1995). Kan wit ook een beetje zwart zijn? Pleidooi voor een kleurrijker hulpverlening. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1995, 3, p.243-257.

Arrazi Preventie Project (1995). *Doelgroeponderzoek. Notitie 'Voorlichting aan Marokkaanse ouders'*. Amsterdam: KMAN.

Arrazi Preventie Project (1996a). *Beleidsnotitie 1996-'99. Cement en schuurpapier*. Amsterdam: KMAN.

Arrazi Preventie Project (1996b). *Modelbeschrijving. Stap voor stap*. Amsterdam: KMAN.

Arrazi Preventie Project (1997a). *Evaluatieonderzoek. Op eigen kracht*. Amsterdam: KMAN.

Arrazi Preventie Project (1997b). *Verslag van werkzaamheden en resultaten. Arrazi project 1993-1996*. Amsterdam: KMAN.

Arredondo, R., R.L. Weddige, C.L. Justice, J. Fitz (1987). Alcoholism in Mexican-Americans: Intervention and Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, p. 180-183.

Ashruf, R. (1996). 'Hulpzoeken is geen schande.' In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 84-88.

Ataman, K., J. Kooiman (1997). *Regionaal preventie- en voorlichtingsproject Turkstaligen*. Rotterdam: Riagg Rijmond Noordwest.

Bakker, C., Y. Clarijs (1994). *Plan van aanpak II. Werkontwikkeling en deskundigheidsbevordering hulpverlening allochtone jongeren*. Utrecht: VOG, NCB, NIZW.

Belier, E.J., E.P. Martens, Th. Roelandt, J. Veenman (1994). Ruimtelijke concentratie van vier allochtone groepen in Nederland. In: Veenman, J., Th. Roelandt (red). *Onzeker bestaan; de maatschappelijke positie van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland*. Amsterdam: Boom/ISEO. p.148-172.

Bellaart, H. (1994). De noodzaak van intersectorale samenwerking. Allochtone jongeren kunnen niet langer wachten op betere tijden. *T.J.J.* april 1994.

Bellaart, H. (1996). Allochtone werkers in de jeugdzorg. *Forum*, maart 1996.

Berthelie, R. (1993). Y-a-t-il une toxicomanie des Maghrébins. *Migrations-Sante*, 74, p.5-20.

Bieleman, B., J. Snippe, E. de Bie (1995). *Drugs binnen de grenzen. Harddrugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de omvang*. Groningen: IntraVal.

Blenman, R. (1990). *Verslavingszorg allochtonen*. Amsterdam: Jellinekkentrum/CAD.

Blenman, R.M.W. (1991). Drugshulpverlening in de jaren negentig. In: Uiterloo, G. et al. (red.). *Hulpverlening aan verslaafden van Surinaamse origine*. Rotterdam: Progress Wetenschappelijke Publicaties.

Blenman, R. (1994). Methadon: Vloek of zegen voor verslaafden van Surinaamse origine? In: Uiterloo, G., R. Roemer (red.). *De experimentele verstrekking van roesmiddelen. Verslag van een studiemiddag*. Utrecht: Niad.

Blom, M., O. Janssen (1987). *Molukse heroïnegebruikers in Nederland; een typologie van levensstijlen van Molukse heroïnegebruik(st)ers*. Groningen: Criminologisch Instituut Rijksuniversiteit Groningen.

Borst-Eilers, E., W. Sorgdrager, J. Kohnstam (1995). *Het Nederlandse drugbeleid: Continuïteit en verandering*. (Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24 077, nrs. 2-3.) 's-Gravenhage: SDU.

Bosman, F., K. van Es. (1993). Nieuwe groepen verslaafden komen uit Oost-Europa. *Het Parool*, 13 maart 1993.

Boumanhuis (1997). *Preventieproject potong di kuku, rasa di daging*. Leerdam: Boumanhuis.

Boylan, M. (1995). Acculturation et conduites addictives chez les jeunes d'origine maghrébine. *Interventions*, 48, p.17-19.

Brandsma, R., M. Bholá (1996). *Mainline en de Srananman*. Amsterdam: Mainline.

Brijder Stichting (1991). *Werkplan allochtonen en verslaving*. Alkmaar: Brijderstichting.

Brijder Stichting (1992). *Allochtonen en verslaving in Noord-Holland*. Alkmaar: Brijderstichting.

Brijderstichting (1997). *Op pad. Op weg naar reïntegratie. Algemeen jaarverslag 1996*. Alkmaar: Brijderstichting.

van den Broek, H., O. Etman (1997). *Allochtonen en Verslavingszorg. Een onderzoek naar bereik en effectiviteit van de verslavingszorg voor allochtonen*. Den Haag: Eysink Smeets & Etman (E S & E).

Brommet, P.E. (1997). *Tussen vraag en aanbod. Een onderzoek naar de kloof tussen de hulpvraag van allochtone verslaafden en het hulpaanbod*. Rotterdam: doctoraalscriptie vakgroep Sociologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Erasmus Universiteit.

Brown, B.S., G.W. Joe, P. Thompson (1985). Minority group status and treatment retention. *International Journal of the Addictions*. 20, 2, p.319-335.

de Bruin, D.E., A.A.N. Cruts, A.W. Ouweland, G.F. van de Wijngaart (1997). *Profiel XTC-cliënten in de Nederlandse verslavingszorg*. Utrecht: Stichting IVV.

van Brussel, G., M. Buster, D. van der Woude (1996). *Dovend vuur; jaarbericht drugsafdeling 1994-1995*. Amsterdam: GG&GD.

van Brussel, G., M. Buster, L. Wigtersma, I. Fellingier, D. van der Woude (1997a). *Huisartsen en drugshulp in Amsterdam; verslag van een oriënterende enquête*. Amsterdam: GG&GD.

van Brussel, G., M. Buster, D. van der Woude (1997b). *Twee mango's in 1979; evaluatieverslag palfiumbehandeling voor langdurig heroïneverslaafden*. Amsterdam: GG&GD.

Buiks, P.E.J. (1983). *Surinaamse jongeren op de Kruiskade. Overleven in een etnische randgroep*. Deventer: van Loghum Slaterus.

Buiks, P., P. van Dommele, M. de Rooi (1986). *Mythen rond migrantenzorg*. Den Haag: Ministerie van WVC.

Buster, M., H. Reurs (1996). *Methadonverstrekking in Amsterdam in 1994/1995; Centrale Methadon Registratie*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, Afdeling Sociale en Psychiatrische Epidemiologie, sector GGZ.

CAD Twente (1994). *Verslavingsproblematiek onder allochtone jongeren in de gemeente Almelo; een eerste verkenning*. Almelo: CAD Twente.

CAD Twente (1995a). *Deelproject Drugs- en kriminaliteitspreventie*. Almelo: CAD Twente.

CAD Twente (1995b). *Project Marokkaanse jongeren*. Almelo: CAD Twente.

CAD Twente (1996). *Marokkanenproject Enschede*. Almelo: CAD Twente.

CAD Twente (1997). *Criminaliteitspreventie Marokkaanse jongeren aan het werk*. Almelo: CAD Twente.

CAD Twente (z.j.a). *Marokkaanse jongeren aan het werk*. Almelo: CAD Twente.

CAD Twente (z.j.b). *Project Maatschappelijk Herstel*. Almelo: CAD Twente.

CAD West- en Midden-Brabant (z.j.). *Concept-projectplan hulpverlening aan allochtonen in de regio West- en Midden-Brabant*. Breda: CAD West- en Midden-Brabant.

CAD Limburg (1997). *Gezichten van het CAD; jaarverslag 1996*. Maastricht: CAD Limburg.

Callatz J., R. Salman, E. Koch, W. Machleidt (Hrsg.) (1997). *Transkulturelle Begutachtung; Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland*. Berlin: VWB.

Campbell, H.W., L. Moreno (1990). *Hulpverlening door allochtonen. Een onderzoek naar opvattingen over het functioneren van allochtone hulpverleners in hulpverleningsinstellingen*. Utrecht: SSI.

Campbell, H., L. Moreno (1991). *Hulpverlening aan allochtonen*. Utrecht/Bunnik: SSI/BVGB.

Campbell, H.W., R. Pinas, G. Uiterloo, G.F. van de Wijngaart (1997). *Fu kinki ju libi. Drugshulpverlening aan Surinamers in Nederland*. Maarssen: Stichting Studia Interetnica.

Centrum Maliebaan (1997). *Vacatures voor project Multiculturele aanpak*. Utrecht: Centrum Maliebaan.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1984-1997). *Interne notities allochtonenbeleid Centrum Zeestraat*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1984). *Notitie t.a.v. Behandeling van alcoholisme bij etnische minderheden*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1992). *Eindverslag projectgroep Dwarsverbanden Minderheden Problematiek*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1993a). *Daroe na benawé hai, dhér bigaré hai*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1993b). *Minderhedenbeleid. Plan van aanpak*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1994). *Projectgroep Operationalisering Allochtonenbeleid. Advies over operationalisering van beleid inzake hulpverlening aan allochtone cliënten binnen Centrum Zeestraat*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1996a). *Soekoe jepi a no sjing (hulp zoeken is geen schande). Cursus "naar een interculturele verslavingszorg"*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1996b). *Verslavingspreventie, altijd nodig, nooit genoeg*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1997a). *Project verslavingspreventie allochtonen*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1997b). *Toegankelijkheid van verslavingszorg voor vrouwelijke allochtone verslaafden*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Centrum Verslavingszorg Zeestraat (1997c). *Tussentijdse rapportage van de Werkgroep Allochtonenbeleid Centrum Verslavingszorg Zeestraat*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Cheung, Y.W. (1990/1991a). Ethnicity and alcohol/drug use revisited: a framework for future research. *International Journal of the Addictions*, 25, 5a&6a, p.581-605.

Cheung, Y.W. (1990/1991b). Overview: Sharpening the focus on ethnicity. *International Journal of the Addictions*. 25, 5a&6a, p.573-579.

Coppes, R., F. de Groot, A. Sheerazi (1997). *Politie en criminaliteit van Marokkaanse jongens, Pompe reeks 23*, Willem Pompe Instituut Utrecht, Deventer: Gouda Quint.

Cruts, A.A.N. (1996a). Kerncijfers allochtone cliënten in het LADIS. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 45-62.

Cruts, A.A.N. (1996b). *Key Figures on Allochtonous Clients in the LADIS*. Utrecht: Stichting IVV.

Cruts, A.A.N., A.W. Ouweland, G.F. van de Wijngaart (1997). *Trendmatig. Trendcijfers Verslavingszorg 1986 t/m 1996 en prognoses voor het jaar 2006 op basis van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS)*. Houten: IVV / Utrecht: CVO.

Cuyvers, P., F. von Meijenfildt, H. van Houten, F. Meijers (1993). Allochtone en autochtone jongeren: hoe groot is het verschil? *Sociologische gids*, 1993, 2.

ten Den, C., B. Bieleman, E. de Bie, J. Snippe (1995). *Pijn in het hart. Onderzoek naar aard en omvang van de harddrugproblematiek in de stad Utrecht*. Groningen: IntraVal.

Derksen, H.J. (1996). Gedrags-therapeutische behandeling van jonge verslaafden. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 146-153.

Dienst Migration Bundesamt für Gesundheit Die Schweiz (1997). *Migration, Sucht und Prävention: Das Wichtigste in Kürze*. Bern: Dienst Migration Bundesamt für Gesundheit Die Schweiz.

Distelbrink, M., J. Veenman (1994). *Hollandse nieuwe. Allochtone jongeren in Nederland*. Utrecht: de Tijdstroom.

DuPont, R.L., A. Goldstein, J. O'Donnell (1979). *Drug abuse industry and the 'minority' communities; time for change*. Washington DC: US Government Printing Office.

Egers, I., P. Tichelman (1994). *Vluchten in verslaving? Een exploratief onderzoek naar vluchtelingen en verslaving*. Amsterdam: Wetenschapswinkel Universiteit van Amsterdam.

Eijken, A.W.M. (1994). *Criminaliteitsbeeld van Nederland. Aard, omvang, preventie, bestrafing en zorg voor slachtoffers van criminaliteit in de periode 1980-1993*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Directie Criminaliteitspreventie.

van der Eijnden, P., R. Ashruf, P. Thenu (1996). *Basiscursus Multiculturele Verslavingszorg*. Utrecht: Stichting Tjandu, NeVIV, Platform Multiculturele Verslavingszorg, Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Eland-Goossensen, M.A. (1997). *Opiate addicts in and outside of treatment; Different populations?* Rotterdam: IVO.

Elling, A. (1996). *Bouwstenen voor een programma voor risicojeugd*. Utrecht: Niad

Essed, E. (1996). Een droom of een nachtmerrie. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 10-18.

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (1997). *Interkulturelle Suchthilfe; Prävention und Beratung für Migranten in Hannover*. Hannover: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V..

Eussen, G. (1995). Eerst doen, dan praten: Hulpverlening aan allochtone verslaafden. *de Uitbreider*, 3, 5, p.15-17. (Alkmaar: Brijder Stichting.)

Eussen, G. (1997). *Voortgangsrapportage allochtonen*. Alkmaar: Brijder Stichting.

Feddema, R. (1992). *Tussen hoop en vrees. De levensoriëntatie van jonge Turken en Marokkanen in Nederland*. Utrecht: Jan van Arkel.

Finn, P. (1994). Addressing the needs of cultural minorities in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 11, 4, p.325-337.

Flores, P.J. (1986). Alcoholism treatment and the relationship of Native American cultural values to recovery. *The International Journal of the Addictions*, 20, p. 1707-1726.

Fris, M., R. Janssen (1993). *Kansspelproblematiek in Utrecht. Deel II: Gesprekken met spelers*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, Universiteit Utrecht.

van Gageldonk, A., W. de Zwart, J. van der Stel, M. Donker (1997). *De Nederlandse verslavingszorg. Overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Gauthier, B., A. Pereira-Estrela (1995). La famille immigrée maghrébine confrontée à la toxicomanie. *Interventions*, 48, p.20-23.

van Geest, J. (1995a). Soms komt de slechte weg naar je toe – Curaçaose jongeren wachten op kansen. *Dialogo*, 2, p.29-31.

van Geest, J. (1995b). Soms komt de slechte weg naar je toe – Verslavingsproblematiek onder Curaçaose jongeren. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, Universiteit Utrecht.

van Gelder, P., J. Sijtsma (1988a). *Horse, coke en kansen. Sociale risico's en kansen onder Surinaamse en Marokkaanse harddruggebruikers in Amsterdam. Deel I: Surinaamse harddruggebruikers*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie.

van Gelder, P., J. Sijtsma (1988b). *Horse, coke en kansen. Sociale risico's en kansen onder Surinaamse en Marokkaanse harddruggebruikers in Amsterdam. Deel II: Marokkaanse harddruggebruikers*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie.

Goudswaard, M. (1995). Vluchten in kauwsessies. *De Hoop Magazine*, Maart 1995, p.21.

Grund, J-P. (1993). *Drug use as a social ritual; functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam: IVO.

Hamza, H. (1995). *Existe-t-il une spécificité de la toxicomanie des maghrébins de la seconde génération*. Reims: Fac.Med. Univ.

Hermanides, R. (1997). *Multiculturele hulpverlening in de SVOB; behandelinhoudelijke aspecten*. Sint-Oedenrode: Novadic.

Hijmans van den Bergh, A. (1996a). Allochtonen in de verslavingszorg. *Interval Nieuwsbrief*, 3, 3, p. 5-7.

Hijmans van den Bergh, A. (1996b). Risicojongeren en verslaving. *Interval Nieuwsbrief*, 3, 3, p.2-4.

Hoekstra, M. (1997). Prikkelende samenwerking en bundeling van krachten. In: Stichting Tjandu, (red.) *Preventie, een gemeenschappelijk goed III. Een variant op kiezen door te delen. Verslag van de studiedag d.d. 2 april 1997*. Stichting Tjandu, Utrecht.

Hoogsteder, J.W. (1994a). *Etnocentrisme & communicatie in de hulpverlening; basismodule inter-etnische communicatie*. Utrecht: Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties voor Surinamers.

Hoogsteder, J. (red.) (1994b). *Interculturele Hulpverlening. Etnocentrisme en communicatie in de hulpverlening*. Utrecht: Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties voor Surinamers.

Hulshof, M., Ridder, L. de, P. Krooneman (1992). *Asielzoekers in Nederland*. Amsterdam: Amsterdamse Sociaal-Geografische Studies.

Inspectie Jeugdhulpverlening en jeugdbescherming regio Zuid-West (1993). *Kwaliteitsbeleid met betrekking tot allochtone cliënten en allochtone hulpverleners in de jeugdhulpverlening*. Rijswijk.

Intraval (1989). *Harddrugs en criminaliteit in Rotterdam*. Groningen: Intraval.

Intraval (1990). *Harddrugs in beeld. Inventarisatie van de problematiek in de stad Groningen*. Groningen: Intraval.

Intraval (1992). *In grote lijnen. Een onderzoek naar aard en omvang van cocaïnegebruik in Rotterdam*. Groningen: Intraval.

Intraval (1996). *Drugsoverlast: Conceptualisering en inventarisatie. Notitie in het kader van een onderzoek naar drugsoverlast in Nederland in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken, directie Politie*. Groningen: Intraval.

ISEO (1995). Project Toegankelijkheid en Evenredigheid. *Iseo nieuws*, 1, 3 p.1-3.

IVV (1993). *LADIS 1992*. Utrecht: Stichting IVV

IVV (1994). *LADIS 1993*. Utrecht: Stichting IVV

IVV (1995). *Kerncijfers LADIS 1994*. Utrecht: Stichting IVV.

IVV (1996). *Kerncijfers LADIS 1995*. Utrecht: Stichting IVV.

James, W., D. Moore (1997). Screening for substance use among ethnic minority adolescents; patterns and prevention approaches. *Substance Abuse*. 18, 2, p.57-66.

Janssen, H. (1993). *Hulpverlening aan allochtone jeugdigen*. Haarlem: Noordhollandse raad voor Volksgezondheid en Welzijn.

Jeugd en Samenleving (1992). Kleurrijk succes. Geslaagde initiatieven voor etnische jongeren. *Jeugd en Samenleving*, 22, 5/6.

Johnson, M.R.D., M. Carroll (1995). *Dealing with Diversity: good practice in drug prevention work with racially and culturally diverse communities*. University of Warwick: Centre for Research in Ethnic Relations.

de Jong, J. (1994). Interculturalisatie van de zorgsector: strategieën en effectmeting. In: Hoogsteder, J. (red.). *Interculturele Hulpverlening. Etnocentrisme en communicatie in de hulpverlening*. Utrecht: Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties voor Surinamers.

Jongerius, J., H. Hull, J. Derks (1994). *Hoe scoort de verslavingszorg? Kwaliteits beoordeling van cliënten; een landelijk onderzoek*. Utrecht: NCGV-reeks 94-9.

Junger, M. (1990). *Delinquency and ethnicity. An investigation on social factors relating to delinquency among Moroccan, Turkish, Surinamese, and Dutch boys*. Deventer/Boston: Kluwer.

Junger, M., W. Polder (1991). *Delinquent gedrag bij jongens uit etnische minderheden: achtergronden 2*. Arnhem: Gouda Quint.

Junger, M., M. Zeilstra (1989). *Deviant gedrag en slachtofferschap onder jongeren uit etnische minderheden 1*. Arnhem: Gouda Quint.

Kandhai, I. (1994). Hindostanen en hulpverlening. In: Hoogsteder, J. (red.). *Interculturele Hulpverlening. Etnocentrisme en communicatie in de hulpverlening*. Utrecht: Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties voor Surinamers.

Khan, K., N. Adams (1996). Ras, racisme en verslavingszorg in Groot Brittannië. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 63-77.

Khan, K., N. Adams (1997). *The four cities project*. Londen: City University.

Kaufman, P., H. Verbraeck (1987). *Marokkaan en verslaafd; een studie over randgroepvorming, heroïnegebruik en criminalisering*. Utrecht: ROVU.

Keesmaat, M. (1989). *Harddruggebruikende vrouwen. Verslag van een verkenning i.o.v. het ministerie van W.V.C.* Den Haag: W.V.C.

Koopmans, F. (1993). Antilliaanse jongeren in de Problemen. *De Hoop Magazine*, juli 1993.

Koot, W., V. Tjon-A Ten, P. Uniken Venema (1985). *Surinaamse kinderen op school*. Muiderberg: Coutinho.

Kloprogge, J., E.P. Martens, Th. Roelandt, J. Veenman (1994). Verschillen in onderwijspositie, gedeeltelijk verklaard. In: Veenman, J., Th. Roelandt (red). *Onzeker bestaan; de maatschappelijke positie van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland*. Amsterdam: Boom/ISEO. p.79-107.

Korf, D. (1994/1995). Leeskorf. *Amsterdams Drug Tijdschrift*, december/januari, 15-16.

Korf D.J., P. van der Steenhoven (1993). *Antenne 1993. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Jellinek Reeks, nr. 2. Amsterdam: Jellinekcentrum.

Korf D.J., T. Nabben, M. Schreuders (1995). *Antenne 1994. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Jellinek Reeks, nr. 3. Amsterdam: De Jellinek.

Korf D.J., T. Nabben, M. Schreuders (1996). *Antenne 1995. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Jellinek Reeks, nr. 5. Amsterdam: De Jellinek.

Kuipers S.B.M., C. Mensink, W.M. de Zwart (1993). *Jeugd en riskant gedrag; Roken, drinken, druggebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Resultaten van het 3e Peilstations-onderzoek naar middelengebruik en gokken*. NIAD, Utrecht.

Lawalata, J.E. (1996a). *Prevention and treatment in a multicultural context. Parallel symposium ICAA: Ebony & Ivory*. Utrecht: NeVIV.

Lawalata, J.E. (1996b). *Race, racism and drugs*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Lawalata, J.E. (1997). *The Moluccan and other Minorities in the Netherlands*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Lee, C. (1992). *Empowering young black males*. Michigan: The University of Michigan.

de Leijer L. (1993). *Verslag experimentele cursussen*. Breda: CAD.

de Leijer, L. (1996). Drugverslaving onder Afrikaanse vluchtelingen en de mogelijkheden voor preventie activiteiten. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 110-118.

Lemmers, F. (1996). Multiculturele reclassering: verschillende gereedschappen. In: Mahakena, E. (red.) *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 130-140.

Ligeon, I., A. van Roekel, G.F. van de Wijngaart (1990). *Surinaamse vrouwen en hard drugs*. Utrecht: WGU.

Lotterman, L. (1995). Niet slikken maar praten, zelfhulpgroep voor medicijnverslaafde Turkse en Marokkaanse vrouwen. *Tijdschrift gezondheidsvoorlichting*, 12, 10.

Mahakena, E. (red.) (1996). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland.

Martens, E.P. (1995). *Minderheden in beeld, kerncijfers 1995*. Rotterdam: ISEO.

Martens, E.P., C.J.P. Prins, Th. Roelandt (1994). De Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse bevolking in Nederland. In: Veenman, J. & Th. Roelandt (red). *Onzeker bestaan; de maatschappelijke positie van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland*. Amsterdam: Boom/ISEO. p.52-78.

Martens E.P., J. Veenman (1994). Inkomens van allochtonen en autochtonen vergeleken. In: Veenman, J. & Th. Roelandt (red). *Onzeker bestaan; de maatschappelijke positie van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland*. Amsterdam: Boom/ISEO. p.134-147.

Martens, E.P., J. Veenman (1995). De positie van etnische minderheden in de Nederlandse samenleving; een statistisch overzicht. In: Smeets, H.M.A.G., E.P.Martens, J. Veenman (red). *Jaarboek Minderheden 1995*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum; Lelystad: Koninklijke Vermande. p.43-93.

Martens, E.P., J. Veenman (1996). De positie van etnische minderheden in de Nederlandse samenleving; een statistisch overzicht. In: Smeets, H.M.A.G., E.P.Martens, J. Veenman (red). *Jaarboek Minderheden 1996*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum; Lelystad: Koninklijke Vermande. p.41-86.

Masiun (1997a). *MOS-projecten; een brug op weg naar reïntegratie*. Assen: Masiun.

Masiun (1997b). *Visie, methodiek en werkzaamheden*. Oosterwolde: Masiun.

Maypole, D.E., R. Anderson (1983). Minority alcoholism programs: issues in service delivery model. *The International Journal of the Addictions*, 18, p. 987-1001.

Maypole, D.E., R. Anderson (1987). Culture-specific substance abuse prevention for Blacks. *Community Mental Health Journal*, 23, p. 135-139.

Mijn, J. (1996). 'Valt er nog iets te leren?', schooluitval bij allochtone jongeren. *T.J.J.* april 1996.

Ministerie van VWS (1992). *notitie: Drugproblematiek onder allochtonen*. Rijswijk: VWS.

Ministerie van VWS (1995). *beleidsbrief: Volksgezondheidsbeleid in een multiculturele samenleving*. Rijswijk: VWS.

Ministerie van VWS (1997). *Verslavingszorg en Allochtonen*. Rijswijk: VWS, beleidsbrief GVM/Vz/974926.

Ministerie van WVC (1988). *Hulpverlening bij en preventie van verslavingsproblemen; Een beschrijving van functies*. Rijswijk: WVC.

Moise, R., J. Kovach, B.G. Reed, N. Bellows (1982). A comparison of black and white women entering drug abuse treatment programs. *The International Journal of the Addictions*, 17, 1, p.35-49.

Mudra (1997). *Mudra, alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V. Nürnberg. Jahresbericht 1996*. Nürnberg: Mudra.

Mungra, G. (1990). *Hindoestaanse gezinnen in Nederland*. Leiden: COMT.

NeVIV (1994). *Kleurrijk of kleurloos. Themadag over Multiculturele verslavingszorg. 2 december 1994*. Utrecht: NeVIV.

NeVIV (1995). *Multiculturalisatie, een kwestie van overleven in een veranderende samenleving. Resultaten van de enquêtes over multiculturalisatie binnen de verslavingszorg*. Utrecht: NeVIV.

NeVIV (1996a). *Asielzoekerscentra en verslavingsproblematiek. Eindverslag*. Utrecht: NeVIV.

NeVIV (1996b). *Drugspreventie aan allochtonen. NeVIV Actueel, 1996, 14*.

NeVIV (1997). *Naar verplichtend zorgstelsel. Meerjarenplan van het Platform Multiculturele Verslavingszorg*. Utrecht: NeVIV.

Niad Surinamesectie (1995). *Projectplan Mamyó*. Utrecht: Trimbos Instituut.

NIDA (1995). *Drug abuse among racial/ethnic minorities*. Rockville: NIDA.

Niesing, W. (1993). *The labor market position of ethnic minorities in the Netherlands*. Alblasserdam: Haveka.

Noorlander, E. (1996). Ervaringen in de zorg en behandeling van allochtone verslaafden. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 78-83.

Nussy, J., A. Patty, B. Feiken (1997). *Verslavingszorgdiensten ten behoeve van Turkse verslaafden in de regio Twente; een investering voor de toekomst*. Enschede: CAD Twente.

- ODAK e.V. (1996). *Jahresbericht 1995*. Berlin: ODAK e.V.
- ODAK e.V. (1997a). *Jahresbericht 1996 der Drogenberatung Haltestelle*. Berlin: ODAK e.V.
- ODAK e.V. (1997b). *Jahresbericht 1996 der Therapeutischen Wohngemeinschaft NOKTA*. Berlin: ODAK e.V.
- ODAK e.V. (1997c). *Jahresbericht 1996: SKA 43 und Bundesmodellprojekt INTHIS*. Berlin: ODAK e.V.
- ODAK e.V. (z.j.). *ORYA: Kultur-Café: Begegnung- und Kommunikationstätte, Selbsthilfeprojekt*. Berlin: ODAK e.V.
- Oetting, E., F. Beauvais (1991). Orthogonal cultural identification. The theory: The cultural identification of minority adolescents. *International Journal of Addictions*, 1, 25, p.655-669.
- Oetting, E. (1992). Planning programs for prevention of deviant behaviour: A psychosocial model. In: Trimble, J.E., C.S. Bolek, S.J. Niemcryk (eds). *Ethnic and multicultural drug abuse, perspectives on current research*. New York: Haworth Press.
- Ouwehand, A.W., A.A.N. Cruts, A. de Vos (1996). *Profiel gokcliënten in de verslavingszorg*. Houten/Utrecht: IVV.
- Ouwehand, A.W., A.A.N. Cruts (1997a). *Problematisch cannabisgebruikers nader beschouwd*. Houten: IVV.
- Ouwehand, A.W., A.A.N. Cruts (1997b). *Profiel harddrugcliënten in de Nederlandse verslavingszorg*. Houten: IVV.
- Ouwehand, A.W., A.A.N. Cruts, L.J. Vetten (1997). *Kerncijfers LADIS 1996; Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: Stichting IVV.
- Patty, E.S. (1996). Een 'ticket' naar de hemel. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 141-145.
- Pfaff-Pesulima, E. (1997). *Oriëntaties op de steunfunctie (Oriëntasi oriëntasi dalam tugas pembinaän); jaarverslag 1996*. Nijmegen: Stichting Muhabbat.
- Pharos, Niad, NeVIV (1994). *Vluchten in verslaving. Verslag van een studiedag over vluchtelingen en verslavingszorg*. Utrecht: Niad, NeVIV, Pharos.
- PIGGz (1991). *Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg; Klinieken voor Verslavingsziekten*. Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad (NZr), Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG).

Platform Multiculturele Verslavingszorg – Turkse Adviescommissie (1997a). *Notitie voor vormgeving van een adequaat preventie- en hulpaanbod aan verslaafden van Turkse afkomst*. Utrecht: GGZ Nederland.

Platform Multiculturele Verslavingszorg – Turkse Adviescommissie (1997b). *Actieplan bij taken Turkse adviesgroep*. Utrecht: GGZ Nederland.

Plomp, H.N., B. de Ruyver, M.L. van Oers (1990). *Roken, alcohol- en druggebruik onder scholieren vanaf tien jaar*. Amsterdam: VU Uitgeverij.

Plomp, H.N., S.A. Reijneveld (1991). *Methadonverstrekking aan druggebruikers in Amsterdam. Aspecten van verslaving deel 2*. Amsterdam: VU Uitgeverij.

Plomp, H.N. (1992). *Patronen van gebruikmaking van het Amstedamse Methadoncircuit. Aspecten van verslaving deel 3*. Amsterdam: VU Uitgeverij.

Plomp, H.N., H. van der Hek (1993). *Profielen van cliënten van het Amsterdamse Methadoncircuit. Aspecten van verslaving deel 4*. Amsterdam: VU Uitgeverij

Powell, M., P. van de Eijnden, J. Jacobus (1996). Verslavingspreventie onder allochtone doelgroepen. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 89-97.

Prins, E. (1996). Verslavingszorg veelkleuriger. Helft harddrugverslaafden is allochtoon. *Contrast* 3, 35, p.1.

Provincie Noord-Holland (1995). *Naar een multi-culturele jeugdhulpverlening. Verslag werkconferentie*. Haarlem: Provincie Noord-Holland.

Que, F. (1994). De behandeling van allochtonen in het kader van een Ter Beschikking Stelling. In: Hoogsteder, J. (red.). *Interculturele Hulpverlening. Etnocentrisme en communicatie in de hulpverlening*. Utrecht: Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties voor Surinamers.

Rebach, H. (1992). Alcohol and drug use among American minorities. *Drug and Society*. 6, 1/2, p.23-57.

Reijneveld, M., D. Korf. (1992). Steeds meer Marokkanen aan de drugs? *Amsterdams Drug Tijdschrift*, december, 3-4.

van Rijswijk, E. (1994). Vreemde gezondheidszorg. *TGP*, 1994, 5, p.30-31.

Roekel, A. van, I. Ligeon (1989). *Surinaamse vrouwen en harddrugs*. Utrecht: SDOS.

Roerink, H. (1994). *Rijksoverheid en verslavingsproblematiek bij vluchtelingen en asielzoekers. Studiedag 'Vluchten in verslaving'*. Utrecht: Niad/Neviv/Pharos.

Rolsma, G. (1992). Allochtonen, drugs en Aids. Aids: een ziekte van gemarginaliseerde groepen? *Cadans*, 13 (juni), p.8.

Sahar, H. (1995). *Hoezo bloedmooi*. Amsterdam/Antwerpen: De Arbeiderspers.

Salman, R., S. Tuna (1997). Gesundheit im Spannungsfeld der Kulturen; Das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover als Mittler zwischen den Kulturen. *Curare* 20 (1997)1, p. 61-64.

Salman, R (z.j.). *Gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland*. Hannover: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V..

Sandwijk, J.P., I. Westerterp, S. Musterd (1988). *Het gebruik van legale en illegale drugs in Amsterdam. Verslag van een prevalentie-onderzoek onder de bevolking van 12 jaar en ouder*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam.

Sandwijk, J.P., P.D.A. Cohen, S. Musterd, M.P.S. Langemeijer (1991). *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1990 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam.

Sandwijk, J.P., P.D.A. Cohen, S. Musterd, M.P.S. Langemeijer (1995). *Licit and illicit drug use in Amsterdam II: Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam.

Sansone, L. (1990). *Lasi boto (de boot gemist). Over Surinaamse jongeren, werk en werkloosheid*. Amersfoort/Leuven: Acco.

Sansone, L. (1992). *Schitteren in de schaduw. Overlevingsstrategieën, subcultuur en etniciteit van Creoolse jongeren uit de lagere klassen in Amsterdam 1981-1990*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Schuyt, K. (1995). Kwetsbare jongeren. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 1995, 11.

SHIP (1997). *Project TAWBA*. Den Haag: SHIP.

Sijes, M. (1984). The drug problem among the Moluccan population in the Netherlands. *Medicine and Law*. 1984, 3, p.263-272.

van Sinderen, J., O. Doosje, R. Schotel (1991). *Spreiding van criminaliteit en druggebruik in Nederland. Een studie naar de achtergronden van de regionale spreiding van deviantieproblematiek*. Groningen: Onderzoekscentrum voor Criminologie, RUG.

Smeets, H.M.A.G. (1996). Beleidsontwikkelingen. In: Smeets, H.M.A.G., E.P.Martens, J. Veenman (red). *Jaarboek Minderheden 1996*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum; Lelystad: Koninklijke Vermande. p.11-42.

Spruit, I.P. (red). (1997). *Jaarboek verslaving 1996; Over gebruik en zorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Steinhoff, P. (1993). Voorlichting aan allochtonen over roken nog in kinderschoenen. *Trefpunt*, 5, p.6-7.

Stichting Basisvoorzieningen Drugshulpverlening (1987). *Alcoholproject etnisch-culturele bevolkingsgroepen. Evaluatie 1986*. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Stichting Tjandu (1986a). *Drugproblematiek onder Molukkers in Zwolle....!?! Utrecht: Stichting Tjandu*.

Stichting Tjandu (1986b). *Preventie-/ voorlichtingsbrochure deel 1*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1989). *Mae uku. Voorlichtingsbrochure deel 2*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1990a). *Molukse drughulpverlening in de jaren negentig, ontmoeting of konfrontatie?* Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1990b). *Molukse verslavingszorg, een ontmoeting op basis van erkenning op basis van de eigen autonomie*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1990c). *Vooronderzoek alcoholgebruik onder Molukkers in Nederland*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1991a). *Molukse verslavingsproblematiek in Nederland anno 1991*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1991b). *Timbang rasa, een eindbalans. Op zoek naar Nona cs. Verslag vrouwenactie*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1991c). *Tjandu, een zorg apart*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1992a). *Samen leren over leven. Aids en Molukkers. Bersama beladjar tentang kehidupan. Aids dan orang2 Maluku*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1992b). *Sediah pajong, sebelum hudjan. Handleiding vroegtijdige signalering en onderkenning van probleemsituaties in en vanuit de Molukse wijk*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1993). *Tjandu 2000. Zelfhulp op eigen termen*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1995a). *Ini bukan main. Handleiding Molukse jeugd en creatieve werkvormen*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1995b). *Preventie, een gemeenschappelijk goed. Verslag van de studiedag d.d. 19 mei 1995*. Stichting Tjandu, Utrecht.

Stichting Tjandu (1996a). *Kiezen door te delen. Beleidsplan 1997/2000*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1996b). *Preventie, een gemeenschappelijk goed II. Naar een multiculturele preventiebeleid. Verslag van de studiedag d.d. 28 november 1995*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1997a). *Preventie, een gemeenschappelijk goed III. Een variant op kiezen door te delen. Verslag van de studiedag d.d. 2 april 1997*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stichting Tjandu (1997b) *"Tjindjau kemuka..." Een bijdrage voor een plan van aanpak multiculturele verslavingszorg*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Stolkwijk, A.M., H. Raat (1991). *Gezondheid en leefwijzen van jongeren in Rotterdam en omgeving*. Rotterdam: GG&GD, afdeling Epidemiologie.

Stout, G. (1991). Met qat meer mans. *Chemisch Magazine*, februari 1991, p.59-63.

Struijs, A. (1995). Botsende waarden en normen, hulpverlening aan allochtonen. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 1995, 10, p.6-38.

Sue, S., Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy. *American Psychologist*, 42, 1, p.37-45.

Suitela, F. (1994). *Preventie, een gemeenschappelijk goed*. Utrecht: Stichting Tjandu.

Suitela, F. (1996). Preventie, een gemeenschappelijk goed. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 98-104.

Swierstra, K.E. (1990). *Drugscarrières. Van crimineel tot conventioneel*. Groningen: Onderzoekscentrum voor criminologie en jeugdcriminologie, RUG.

Tang, W., J. Bigby (1996) *Source Book of Substance Abuse and Addiction. (Chapter 6: Cultural perspectives on substance abuse)*. Baltimore: Williams & Wilkins.

de Temmerman, E. (1994). Kauwend op weg naar het einde. *Volkscrant*, 12-2-94.

Tennekes, J. (1989). Buitenlandse jongeren en cultuurconflict. *Migrantenstudies*, 3, p.24-40.

Terpstra, M.J.H., G.H.A. van Brussel (1994). *Politie veldwerk. Bij de hulpverlening onbekende druggebruikers in Amsterdamse politiebureaus, een voorzorg-onderzoek*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, Sector GGZ, Drugsafdeling, Amsterdam.

Tichelman, P., I. Egers (1994). *Verslavingsproblematiek onder asielzoekers en vluchtelingen*. Amsterdam: Wetenschapswinkel UVA.

Tjon A Tjen, V. (1994). *Creolen en hulpverlening. In: Hoogsteder, J. (red.). Interculturele Hulpverlening. Etnocentrisme en communicatie in de hulpverlening*. Utrecht: Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties voor Surinamers.

Trimble, J.E., A.M. Padilla, C.S. Bell (1987). *Office of science monograph series; drug abuse among ethnic minorities*. Rockville: NIDA.

Tucker, M.B. (1985). US ethnic minorities and drug abuse; assessment of the science. *International Journal of the Addictions*, 20, 6&7, p.1021-1047.

Twiss, W. (1993). IMC naar AMC. *Amsterdams Drug Tijdschrift*, oktober, 13-14.

Uiterloo, G. (1996). *Intercultureel Motivatie Centrum. Interne notitie*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Uiterloo, G., C.E.S. Choenni, V. Tjon A Ten (red.) (1990). *Hulpverlening aan verslaafden van Surinaamse origine*. Rotterdam: Progress Wetenschappelijke Publicaties; Utrecht: SDOS.

Uiterloo, G., R. Roemer (red.) (1994). *De experimentele verstrekking van roesmiddelen. Verslag van een studiemiddag*. Utrecht: Niad.

Uiterloo, G., R. Roemer (1997a). *Drugspreventie migranten. Methodiekontwikkeling op basis van de empowermentbenadering. Een samenwerking van het Trimbos-instituut en de Stichting Symbion*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Uiterloo, G., R. Roemer (1997b). *'Na soso sopi mi e dringi, Maria'; Ik drink alleen maar alcohol*. Utrecht: Trimbos.

Urrutia, G. (1987). Mental health problems of encamped refugees in Mexican camps. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, p.170-185.

- Vaartjes, J. (1993). Allochtone straatjunks steunen elkaar bij afkicken. *Trefpunt*, 19, p.10-11.
- Vaartjes, J. (1994). Minder zware opleidingseisen stellen aan allochtone hulpverleners. *Trefpunt*, 23, p.9.
- van Veen, M. (1996a). *Inventarisatie Drugspreventieactiviteiten voor Allochtonen in Nederland*. Utrecht: NeVIV.
- van Veen, M.A. (1996b). Motivatie voor druggebruik. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 105-109.
- van Veen, M. (1996c). *Motivatie van druggebruik. Interviews met Antilliaanse en Surinaamse jongeren*. Utrecht: NeVIV.
- Veenman, J. (1994). De maatschappelijke positie van allochtonen in Nederland. In: Veenman, J., Th. Roelandt (red). *Onzeker bestaan; de maatschappelijke positie van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland*. Amsterdam: Boom/ISEO. p.19-51.
- Veenman, J., E.P. Martens (1994), Activiteit en inactiviteit, een typering van de werkloosheid. In: Veenman, J., Th. Roelandt (red). *Onzeker bestaan; de maatschappelijke positie van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland*. Amsterdam: Boom/ISEO. p.108-133.
- Veenman, J. & Th. Roelandt (red) (1994). *Onzeker bestaan; de maatschappelijke positie van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland*. Amsterdam: Boom/ISEO.
- van de Vegte, I. (1993). Multicultureel afkickcentrum bereikt allochtone verslaafden. *TGP*, 11, 4, p.28-29.
- Verhoeven, R., A. van der Sluys (1995). *Anders dan anderen, maar anders zijn is leuk, analyse van de te verwachten hulpbehoefte van allochtone jeugdigen in de provincie Zuid-Holland*. Rotterdam: Stichting Program.
- Verhoeven, R., A. van der Sluys (1996a). *Andere jeugd, andere hulp. Inventarisatie van het hulpaanbod aan allochtone jeugdigen in de provincie Zuid-Holland*. Rotterdam: Stichting Program.
- Verhoeven, R., A. van der Sluys (1996b). *Andere jeugd, andere hulp. Verslag werkconferentie hulpverlening aan allochtone jeugdigen*. Rotterdam: Provincie Zuid-Holland, Stichting Program.
- Verkaaik, O. (1992). De traditie slaat terug; qatverslaving in Jemen. *Onze Wereld*, juni 1992, p.31-35.

Vermaat, A. (1997). Heroïnegebruik allochtone jeugd is alarmerend; ongewijzigd beleid leidt tot getto's. *Trouw*, 7-2-1997.

Viskil Belbacha, I. (1997). In een stad waar niemand je kent kun je doen wat je wil. *Interval Nieuwsbrief* 4, 2, p.2-3.

Visser, D. (1994). Poging tot hulp aan druggebruikers toegespitst op de Surinaamse populatie. In: Uiterloo, G., R. Roemer (red.). *De experimentele verstrekking van roesmiddelen. Verslag van een studiemiddag*. Utrecht: Niad.

Voets, S. (1989). Chinezen in Nederland; een demografisch profiel. *Migrantenstudies*, 3, p.48-54.

Vollers, J. (1991). Effecten van het gevoerde drugsbeleid op het probleem van (ex-)verslaafden van Surinaamse origine. In: Uiterloo, G. et al. (red.). *Hulpverlening aan verslaafden van Surinaamse origine*. Rotterdam: Progress Wetenschappelijke Publicaties.

de Vries, H.J.C., G.H.A. van Brussel, K. Kanhai (1997). Van de Surinaamse an Antilliaanse verslaafden betrokken bij het GG&GD-methadonprogramma in Amsterdam zouden er meer voor hun methadonverstrekking bij de huisarts terecht kunnen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 141, 6, p.288-291.

Watts, T.D., W. Wright (eds) (1989). *Alcoholism in minority populations*. Springfield: Charles Thomas.

Weingart, S. (1997). *Oplossingsstrategieën van Marokkaanse drugsverslaafden. Voorbeelden uit de praktijk van een motivatiecentrum*. Amsterdam: in eigen beheer (IMC-Jellinek).

Welten, V. (1992). *Greep op cultuur: Een cultuurpsychologische bijdrage aan het minderhedendebat*. Nijmegen: Katholieke Universiteit.

Wermölder, H. (1990). *Een generatie op drift. De geschiedenis van een Marokkaanse randgroep*. Arnhem: Gouda Quint.

Westermeyer, J., T. Lyfoung, J. Neider (1989). An epidemic of opium dependence among Asian refugees in Minnisota; characteristics and causes. *British Journal of Addiction*. 84, p. 785-789.

Wiercx, R. (1994). Verslavingszorg is de zwarten veel te wit. *Addictum. Tijdschrift over verslavingszorg*, 1994, 3, p.6-9.

Wijkcentrum Nieuwland (1997). *Plan van aanpak met betrekking tot project jongeren overlast in de wijk Nieuwland*. Schiedam: Wijkcentrum Nieuwland .

van de Wijngaart, G.F. (1991). Het Surinaams drugsprobleem in wetenschappelijk perspectief. In: Uiterloo, G. et al. (red.). *Hulpverlening aan verslaafden van Surinaamse origine*. Rotterdam: Progress Wetenschappelijke Publicaties.

van de Wijngaart, G.F. (1996). De drugsproblematiek onder allochtonen en vluchtelingen in Nederland en het Nederlandse zorg- en behandelstelsel. In: Mahakena, E. (red.). *Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory'*. Utrecht: GGZ Nederland. p. 21-44.

van de Wijngaart, G.F. (1997). Drug problems among immigrants and refugees in the Netherlands and the Dutch health care and treatment system. *Substance Use & Misuse, Special Issue on Substance Use Among Homeless, Immigrant, and Refugee Populations: An International Perspective*, 32, 7 & 8, p.909 – 938.

van de Wijngaart, G.F., F. Leenders (1997). *Draft Consultant's Report. Council of Europe, Working Group on Minorities and Drug Misuse*. Strasbourg: Council of Europe.

van Willigen, L. (1994). Geïntegreerde zorg doorbreekt isolement vluchteling. *Phaxx, kwartaalblad gezondheidszorg en vluchtelingen*, 1994, 1, p.6-8

Willems, W., A. Cottaar (1989). *Het beeld van Nederland. Hoe zien Molukkers, Chinezen, woonwagengebouwen en Turken de Nederlanders en zichzelf?* Baarn/Den Haag: Ambo/Novib.

Wolters, R. (1992a). *Lezing: Inleiding behandelstrategieën ten behoeve van allochtone verslaafden. Studiedag SDOS: Drugshulpverlening aan allochtonen*. Amsterdam, 16 juni.

Wolters, R. (1992b). Open deuren voor allochtonen. *Jellinekjournaal*, 6, 3, p.16-20.

Wurzman, I., B.J. Rounsaville, R. Kleber (1982). Cultural values of Puerto Rican opiate addicts; An exploratory study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9, p. 141-153.

Yee, B.W.K., Dinh Thu, N. (1987). Correlates of drug use and abuse among Indochinese Refugees; mental health implications. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19, 1, p.77-83.

Zeilstra, J. (1994). Wennen aan verslaafde asielzoekers; 'signaleren gaat al beter, nu de verwijzing nog'. *Addictum*, 3, p.10-11.

ZON/NWO (1997). *Framework programme for research on on addiction*. Den Haag: ZON/NWO.

Zwart, W.M. de, H. Stam, S.B.M Kuipers (1997). *Kerngegevens; Roken, drinken, druggebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Kerngegevens van het 4e Peilstations-onderzoek naar riskant middelengebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.

z.a. (1993). Helpers vergeten de minderheden. *Rotterdams Dagblad*, 17 maart.

z.a. (1995). Bezuinigingen in de hulpverlening wreken zich. Allochtonen steeds vaker aan de drugs. *De Geheelonthouder*, 95, 5.