

Periodiek van de Vereniging voor  
Alcohol- en andere Drugproblemen vzw



# VAD-berichten

Versijnt vijf maal per jaar • Afgiftekantoor: 9000 Gent X



VAD

april 2007 • N2



## VAD-vormingen

Werkwijze®

vormingsaanbod over alcohol en drugs

- **Basisvorming voor hulpverleners in de alcohol- en drughulpverlening**

8, 16 en 23 mei 2007

- **Gedwongen hulpverlening in een ambulante setting**

11 mei 2007

- **Socialevaardigheidstraining bij problematisch middelengebruik**

22 mei 2007

- **Europ-ASI**

29 mei, 12 en 19 juni 2007

- **Contextgericht werken met problematisch middelengebruik**

1, 15 en 27 juni 2007

- **Begeleiden van ouders met druggebruikende kinderen.**

4 en 18 juni 2007

- **Voordrachten geven over het drugthema**

12 en 21 juni 2007

- **Alcohol- en drugbeleid binnen beschut wonen**

19 juni 2007

Alle vormingen die VAD organiseert gaan door in de Vanderlindenstraat 15 in Schaarbeek, tenzij anders vermeld.

- **Second International Conference on Surveying Health in Complex Situations**

4-5 juni 2007, Brussel

[www.cred.be/SurveyConference2007/](http://www.cred.be/SurveyConference2007/)

- **11th EFTC European Conference on Rehabilitation and Drug Policy**

6-9 juni 2007, Ljubljana (Slovenië)

[www.eftc-europe.com/conferentie/](http://www.eftc-europe.com/conferentie/)

- **Summer institute on Alcohol, Drugs and Addiction**

8-20 juli 2007, Amsterdam (Nederland)

E-mail: [summerinstitute-ishss@uva.nl](mailto:summerinstitute-ishss@uva.nl)

## Congressen

- **Rethinking addiction: international conference**

2 mei 2007, Glasgow en 4 mei 2007, Birmingham (Verenigd Koninkrijk)

[www.smartrecovery.co.uk/](http://www.smartrecovery.co.uk/)

## Master in Addiction (Medicine)

Academiejaar 2007-2008, Universiteit Nijmegen (Nederland)

[www.spon-opleidingen.nl/ContentFront/Default.aspx](http://www.spon-opleidingen.nl/ContentFront/Default.aspx)

## INHOUD

<b>VAD IN ACTIE</b> .....	4
Analyse van de lokale alcohol- en drugsituatie: cijfers in de praktijk .....	4
VAD speelt Europees: het ECAT-project .....	7
<b>HALLO MET DE DRUGLIJN</b> .....	8
Hoe je iemand ondersteunt die wil stoppen met gebruik .....	8
<b>FOCUS</b> .....	9
Gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken .....	9
Tien jaar laagdrempelige drughulpverlening, tien jaar MSOC .....	11
30 jaar Free Clinic - 10 jaar MSOC: symposium met terug- en vooruitblik .....	11
ADIC viert 20-jarig bestaan .....	12
<b>UITGESPROKEN</b> .....	13
<b>BRUSSEL-CENTRAAL</b> .....	14
Parlementaire vraag .....	14
<b>VOOR U GESURFT</b> .....	16
Online peer education .....	16
<b>GEWIK EN GEWOGEN</b> .....	17
Stand van de drugproblematiek in Europa - Jaarverslag 2006 .....	17
Enforcement of national laws and self-regulation on advertising and marketing of alcohol (ELSA) .....	18
<b>ABSTRACT VERPAKT</b> .....	19
<b>BIJBLIJVEN</b> .....	20
LOG In - Het tweede congres Geestelijke Gezondheidszorg en Nieuwe Media .....	20
Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers .....	21
<b>GEBOEKSTAAFD</b> .....	22
<b>UITGELEZEN</b> .....	23
Geen RCT-fundamentalisme bij effectieve gezondheidsbevordering .....	23
<b>ETALAGE</b> .....	24
<b>KNIPOOG</b> .....	10
Vrouw na sigaret verslaafd aan ... rookstopmiddelen .....	10

## COLOFON

<b>HOOFDREDACTIE:</b>	F. Matthys
<b>REDACTIE:</b>	I. Baeten I. Bernaert G. Geeraerts H. Heyvaert H. Kinable F. Laudens
<b>ILLUSTRATIES:</b>	Pokke
<b>ABONNEMENTEN:</b>	02 423 03 33
<b>E-MAIL:</b>	<a href="mailto:vad@vad.be">vad@vad.be</a>
<b>WEBSITE:</b>	<a href="http://www.vad.be">www.vad.be</a>
<b>LAY-OUT &amp; DRUK:</b>	Drukkerij EPO 03 239 61 29

V.U.: dr. Frieda Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel



# Redactioneel

*“De jeugd van tegenwoordig houdt van luxe. Ze heeft slechte manieren, veracht alle gezag, heeft geen respect en praat als ze zou moeten werken. Jongeren spreken hun ouders tegen, kletsen in gezelschap, schrokken aan tafel, slaan hun benen over elkaar en tiranniseren hun ouders.”*

Dit is een uitspraak, niet van deze of vorige eeuw, maar van 450 voor Christus door Socrates.

Ongerustheid over de jeugd loopt als een rode draad door de geschiedenis. Een van de belangrijkste redenen daarvoor ligt uiteraard in de psychologie van de adolescent. Egocentrisme en wat rondhangen om te verkennen en te experimenteren horen bij opgroeien. Vanuit de ontwikkelingspsychologie bekeken zou men zich zorgen moeten maken als ze het niet deden.

Doordat volwassenen ondervonden hebben of in hun omgeving gezien hebben hoe destructief gebruik van roesmiddelen kan zijn, zijn ze extra ongerust als het verkennen en experimenteren van de jeugd zich op dit terrein afspeelt. Het gevoel geen vat te hebben op dit gedrag verhoogt de onmacht en de angst die gemakkelijk te misbruiken zijn door politici en media. Boeken en televisieprogramma's over opvoeding danken hun succes ten dele hieraan en vergroten tegelijk de frustratie, de onmacht en de schuldgevoelens van ouders. Want alle technieken van luisteren, overleggen, grenzen stellen, controleren en bijsturen ten spijt, krijgen ze nooit helemaal vat op het gedrag van jongeren.

Dat het de verkeerde kant opgaat met de maatschappij en met de jeugd in het bijzonder, is een steeds weerkerend refrein. Mensen hebben van generatie op generatie telkens weer het idee dat ze in een wereld leven die snel verandert. Daarom blikken ze met veel nostalgie terug op hun verleden. Vergeleken met het chaotische, onzekere heden lijkt het verleden een oase van rust en overzichtelijkheid.

Het onderkennen van de ware oorzaken van drugproblemen: sociaal-economische achterstelling van sommige groepen, kansarmoede, moeilijke opvoedingssituaties door psychiatrische problematiek hetzij bij het kind, hetzij bij de opvoeder is een minder sexy verhaal en wordt vervangen door algemene uitspraken over de maatschappij die er op achteruit gaat. Refereren aan deze onzekerheid werkt altijd en is een beproefde manier om kiezers te winnen en middelen te claimen.

Blijkbaar is het moeilijk om uit 2000 jaar geschiedenis te leren en de eigen angst voor verandering te relativeren.

Dr. Frieda Matthys

# Analyse van de lokale alcohol- en drugsituatie: cijfers in de praktijk

*Hoe een lokaal alcohol- en drugbeleid vorm krijgt, verschilt van gemeente tot gemeente. Het is afhankelijk van plaatselijke noden, structuren, aanbod van preventie en hulpverlening, enzovoort. Een lokaal beleid op maat houdt in dat eerst moet worden gekeken hoe het op lokaal vlak zit met middelengebruik en daaraan gelieerde oorzaken, gevolgen en problemen. Om dat naar behoren te doen, is een analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek aangewezen. Daarom geeft VAD in het kader van 'Een lokaal alcohol- en drugbeleid. Schakel jezelf in!' het cahier 'Analyse van de lokale alcohol- en drugsituatie' uit, dat een theoretisch kader én een praktische leidraad aanreikt om een analyse op lokaal vlak uit te voeren. In het nummer van februari 2006 werden reeds theoretische achtergronden en methodologische krijtlijnen geschetst, wat volgt is een beschrijving van meer praktijkgerichte aspecten.*

### Een stevige verankering

De lokale situatie in kaart brengen is belangrijk om noden te benoemen en te objectiveren. Beleids- en interventiekeuzes dienen gebaseerd te zijn op een stevige onderbouw, met andere woorden zo veel mogelijk op objectieve gegevens. Een goed beeld van de beginsituatie is ook belangrijk met het oog op evaluatie. Een objectieve gegevensverzameling om de lokale situatie in beeld te brengen, kan ook helpen om betrokkenheid te creëren bij de verschillende partners. Er zijn heel wat theoretische kapstokken en concrete cijfergegevens voorhanden over middelengebruik.

Niet al deze gegevens zijn even relevant, bruikbaar of beschikbaar op lokaal niveau. Daarom vertaalt het cahier stapsgewijs theoretische analyseconcepten naar meetbare parameters.

De analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek moet ingebed zijn in een ruimer beleids- en interventieproces en dient planmatig aangepakt te worden. Analyse vormt daarin een essentieel onderdeel. Het is op basis van de analyseresultaten dat de strategie en de projectuitwerking verder vorm krijgen, alvorens in de uitvoeringsfase over te gaan. In de analysefase komen verschillende aspecten aan bod:

de probleemanalyse (aanduiden van aard en ernst van het probleem), de gedrags- en omgevingsanalyse (nagaan welke gedrags- en omgevingsfactoren aan de oorzaak van het probleem liggen), de determinantenanalyse (door middel van theoretische modellen beïnvloedbare determinanten van de gedrags- en omgevingsfactoren afbakenen) en de contextanalyse (zicht krijgen op de doelgroepen en op de intermediairen).

### De speurtocht naar indicatoren ...

Om een betrouwbare analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek te kunnen uitvoeren, zijn betrouwbare gegevens nodig. Aan de hand van twee basiswerken<sup>1</sup>, die vanuit het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD) worden gepromoot, kon een aantal relevante (invloeds)factoren van middelengebruik worden afgebakend. Het gaat enerzijds om kenmerken die een invloed kunnen hebben op middelengebruik:

- individuele kenmerken (leeftijd, gender, psyche, ...);
- gezinskenmerken (opvoedings- en gezinssituatie, middelengebruik in het gezin, ...);
- omgevingskenmerken (uitgaan, beschikbaarheid van drugs, ...);
- socio-economische kenmerken (SES, werkloosheid, ...).

Daarnaast zijn er gegevens over middelengebruik en direct verwante aspecten:

- aard en omvang van (probleematisch) middelengebruik (prevalentie, kenmerken van gebruikers, omvang van groep problematische gebruikers, ...);

<sup>1</sup> Canning, U., Millward, L., Raj, T., Warm, D. (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. London: Health Development Agency.  
Cruts, A.A.N., Lempens, A.L.F., Ketelaars, A.P.M., van Laar, M.W. & van de Mheen, D. (2004). *Monitoring van alcohol en drugs onder de loep. Een onderzoek naar opbrengst en lacunes van informatiesystemen op het gebied van alcohol en drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut/IVO.

## ANALYSE VAN DE LOKALE ALCOHOL- EN DRUGPROBLEMATIEK



- druggerelateerde infectieziekten (HIV, hepatitis, ...) en overlijdens (overdosis, verkeersongevallen, ...);
- vraag naar behandeling (aard en omvang van de hulpvraag, doorstroming naar het zorgcircuit, ...).

De relevante variabelen worden in het cahier ingedeeld in drie domeinen: persoonsgebonden, omgevingsgebonden en middelengebonden factoren. Voor elk van de variabelen wordt het verband met de alcohol- en drugthematiek kort toegelicht en aangegeven welke bronnen er op hoger niveau (nationaal, gemeenschap) en op lokaal niveau beschikbaar (kunnen) zijn. Waar mogelijk wordt een weblink vermeld waarop een databank of andere bron kan worden geraadpleegd (zie figuur p. 6). Belangrijk om weten is dat de bronnen in regel kwantitatieve gegevens omvatten.

### ... een zoektocht in alle hoekjes

Voor vrij veel variabelen is het onduidelijk of er op lokaal vlak gegevens te vinden zijn. Allicht weten lokale sleutelfiguren (preventiewerkers, gezondheids- en welzijnsactoren, ...) dat beter te plaatsen. Maar vermoedelijk zal een aantal variabelen blanco blijven. Daarom kunnen initiatieven worden genomen om aanvullende data te verzamelen. Hoe dit vorm krijgt, hangt mee af van de beschikbare deskundigheid en middelen. Volgende acties kunnen worden ondernomen om de hiaten in de dataverzameling op lokaal vlak te dichten:

#### *Bestaande databanken en onderzoeksresultaten*

Beschikbare statistieken op gemeentelijk niveau bieden een eerste belangrijke houvast. Er zijn statistieken die de gemeente zelf beheert (veelal van sociale en demografische aard), OCMW-statistieken (welzijns- en kansarmoedeparameters) en statistieken van de lokale politie of de politiezone (controles bij WODCA-acties, PV's voor bezit, gebruik of handel van illegale drugs, ...). Daarnaast zijn er op lokaal of intergemeentelijk niveau nog andere organisaties die relevante data, zoals bijvoorbeeld cliëntgegevens, registreren of die lokale omgevingsanalyses uitvoeren of die rond een aanverwant

thema zelf onderzoek uitvoerden. Deze data kunnen in verschillende sectoren verzameld worden: gezondheidsvoorzieningen en -professionals, welzijnsinstellingen, centra voor leerlingenbegeleiding (CLB), straathoekwerk, jeugdwerk, ...

#### *Aanvullend kwantitatief onderzoek*

Kwantitatieve onderzoeksmethoden lenen zich tot het maken van generaliseerbare uitspraken. De meest voorkomende methode is de survey met een gestandaardiseerde vragenlijst in een at random gekozen steekproef van de populatie (liefst representatief). Bij de keuze voor een gestandaardiseerde vragenlijst is het aangewezen om eerst na te gaan of er reeds gevalideerde vragen over het item bestaan. Deze methoden scoren hoog inzake objectiviteit, validiteit en betrouwbaarheid van de meetgegevens. De data van kwantitatief onderzoek zijn geschikt voor uitvoeriger analyses (meten van verbanden, causaliteit, ...). Keerzijde van de medaille is dat deze methode tijden geldroevend is en dat er een risico op lage respons is omwille van het gevoelige thema alcohol en drugs. Bovendien is niet alles perfect of volledig cijfermatig meetbaar.

#### *Aanvullend kwalitatief onderzoek*

Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn in de eerste plaats bedoeld om meer diepgang te brengen, om bepaalde fenomenen beter te begrijpen. De meest gebruikte methode is het interview. Er zijn tal van interviewtechnieken voorhanden, bijvoorbeeld het diepte-interview en de focusgroep. Ook observaties en analyse van documenten en literatuur zijn vaker gebruikte methoden. De onderzoeker is door zijn blijvende nabijheid in het meetproces algemeen genomen sterker subjectief betrokken dan bij kwantitatieve methoden.

#### *Combinatie van de drie methoden*

Een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden, aangevuld met beschikbare data op lokaal niveau, biedt heel wat mogelijkheden om de hiaten weg te werken. Bovendien heft een gecombineerde aanpak heel wat van de contra's op. Eén grote contra blijft wel staan: deze aanpak vereist in regel véél investering van tijd en geld. Vandaar dat de com-

binatie van lokale data-inventarisatie en kwalitatief groepsonderzoek (focusgroepen, Delphi-methode, ...) meestal de beste kosten-baten-verhouding biedt: met een relatief geringe tijdsinvestering haal je heel wat informatie uit zeer relevante bronnen (respectievelijk databanken en panelleden). Maar ook daar kan bestaand kwantitatief onderzoek een belangrijk element zijn, zoals blijkt uit onderstaand voorbeeld.

### **Fictief voorbeeld van een gecombineerde methodische aanpak**

Drie jaar geleden liet gemeente A door een onafhankelijke instelling onderzoek uitvoeren bij de leeftijdsgroep 50+ over alcoholgebruik en de beïnvloedende factoren daarbij. Dat gebeurde aan de hand van vragenlijstonderzoek bij een op gemeentelijk vlak representatieve groep 50-plussers. De onderzoeksresultaten leidden niet meteen tot een gericht interventieplan. Pas drie jaar na publicatie van de onderzoeksresultaten werd de gemeentelijke werkgroep Alco 50+ opgericht om een actieplan voor preventie en hulpverlening voor deze doelgroep uit te werken. De werkgroep besluit om een analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek uit te voeren en tot interventies over te gaan.

Grootschalige tijds- en geldinvesteringen zijn niet meer mogelijk. Daarom wordt ervoor gekozen om eerst, in het kader van de probleemanalyse, de beschikbare epidemiologische gegevens te verzamelen. Naast een simulatie van de lokale situatie op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), worden op lokaal niveau registratiegegevens over problematisch alcoholgebruik bij 50-plussers van het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en van twee ziekenhuizen geïnventariseerd. Voor de gedrags- en omgevingsanalyse wordt geopteerd voor het combineren van kwalitatieve en kwantitatieve data. De reeds deels achterhaald geachte resultaten van het eerder uitgevoerde onderzoek dienen als basis voor de aangebrachte topics in een groepsdiscussie met relevante deskundigen en sleutelfiguren uit de gezondheids- en welzijnssector. Op basis van de resultaten van deze discussie wor-

den de onderzoeksresultaten van drie jaar geleden geactualiseerd.

### Een toetje van het huis: simulatie van prevalentiecijfers

In een ideale situatie zou grootschalig onderzoek in een gemeente een verfijnd beeld over het middelengebruik kunnen opleveren. Maar daarvoor zijn de noodzakelijke randvoorwaarden (personeel, geld, knowhow, ...) vaak niet voorhanden. Daarom is het raadzaam om het middelengebruik in te schatten aan de hand van andere betrouwbare indicatoren. Een zeer betrouwbare bron om dit te doen, is de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). De WIV-gezondheidsenquête vindt om de drie à vier jaar plaats. De laatste enquête liep in 2004. Meer dan 10.000 Belgen werden bevraagd over diverse aspecten van hun gezondheid, welbevinden en levensstijl. Dat levert ook voor Vlaanderen representatieve data op. In de vragenlijst 2004 werden enkele vragen over alcohol- en cannabisgebruik opgenomen. Op basis van de koppeling tussen de WIV-resultaten voor Vlaanderen en demografische gegevens van de gemeente kan de grootteorde van gebruik en problematisch gebruik worden ingeschat op gemeentelijk niveau, zowel voor de hele bevolking als voor subgroepen inzake geslacht en leeftijd.

Let wel, het gaat hier om een simulatie en niet om een getrouwe steekproef. Het is een schatting. Het resultaat van de simulatie geeft een indicatie van de grootteorde van gebruik. Door allerlei andere omstandigheden kan het reële cijfer in de betreffende gemeente hoger of lager liggen. Maar we mogen er wel van uitgaan dat extreme verschillen zich normaliter niet voordoen. Bovendien dient het resultaat van de simulatie veeleer als basis om andere data mee te vergelijken en als vertrekpunt om via bespreking en discussie meer kwalitatieve aanvulling te kunnen geven.

Bij het cahier 'Analyse van de lokale alcohol- en drugsituatie' vind je een cd met daarop het simulatieprogramma in Excel-formaat.

### De proef op de som: ervaringen in de pilootprojecten

Om de waarde van de ontwikkelde analysemethodiek te toetsen, werden in Maasmechelen en in Veurne/Alveringem twee pilootprojecten opgezet. In beide settings werd in bestaande werkgroepen of overlegstructuren gewerkt aan de analyse. Deze processen werden mee begeleid door regionale CGG-preventiewerkers.

In Maasmechelen werd vanuit het lokale alcohol- en drugoverlegplatform geopteerd om eerst een kwantitatieve analyse uit te voeren. De simulatie werd uitgevoerd en verschillende lokale en regionale actoren

brachten relevante data en ander informatiemateriaal aan. Aan de hand daarvan werd een eerste objectief beeld van de lokale alcohol- en drugsituatie opgehangen. In een tweede fase werd aanvullend geopteerd voor een kwalitatieve techniek, met name een brainwriting-sessie. Brainwriting is een methode om aanvullende ideeën te genereren door deze op te schrijven. De techniek kent veel overeenkomsten met brainstormen, maar de ideeën worden niet uitgesproken maar opgeschreven. Vertrekpunt van de brainwriting-sessie waren stellingen die gebaseerd waren op de voorliggende kwantitatieve analyse-resultaten. In die zin waren de stellingen soms even zwart-wit als de naakte cijfers. Voor sommigen met meer voeling met de praktijk of met de doelgroep waren de stellingen misschien wel controversieel. Maar dat bood juist de nodige voedingsbodem voor reflectie en discussie. Aan de hand van de neergeschreven reflecties kon meer nuance worden aangebracht en werd makkelijker een consensus gevonden. Nadien werd in het Maasmechelse platform de nood gevoeld om bijkomend huisartsen, apothekers en onderwijsprofessionals te bevragen. Voor elk van deze groepen werd een apart vragenlijstje uitgewerkt en verspreid.

In Veurne/Alveringem werd gekozen voor een parallel proces van objectieve en subjectieve analyse. De objectieve analyse be-

Omgevingsgebonden factoren			
Meetbare variabele	Duiding (+referentie)	Bronnen hoger niveau / lokaal niveau	Links
Middelengebruik ouders en andere gezinsleden	Ouderlijk gebruik van alcohol en illegale drugs verhoogt het gebruik van de inwonende kinderen	Gezondheidsenquête (WIV)	<a href="http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/nl/table9701.htm">http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/nl/table9701.htm</a>
		—	—
Gezinsrelaties	Relatiestoornissen, conflicten gebrekkige communicatie en inconsistente opvoeding leiden tot een verhoogd risico op (problematisch) middelenmisbruik	APS	<a href="http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/welzijn/kinderen/welbijzo10.xls">http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/welzijn/kinderen/welbijzo10.xls</a> <a href="http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/welzijn/kinderen/welbijzo16.xls">http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/welzijn/kinderen/welbijzo16.xls</a>
		—	—
School (jongeren)	Schoolproblemen (lage studieaspiraties, spijbelen, slechte resultaten) verhogen het risico op problematisch alcohol- en druggebruik	—	—
		Thuis in de stad	<a href="http://www.thuisindestad.be/scripts/stadsmonitor/xml_parser.asp?type=beknopt&amp;code=101%5F1">http://www.thuisindestad.be/scripts/stadsmonitor/xml_parser.asp?type=beknopt&amp;code=101%5F1</a>

rustte op de simulatieresultaten voor beide gemeenten en op de data die lokale actoren aanbrachten. De subjectieve analyse was gebaseerd op vragenlijstonderzoek naar actoren uit diverse sectoren: huisartsen, onderwijs, jeugdwerk, sportsector, welzijnswerk, enzovoort. Daarin werd onder andere gepolst naar ervaringen met middelengebruik bij hun doelgroep, naar trends, problemen, noden en naar de mogelijke rol die de respondenten kunnen spelen in de aanpak van de alcohol- en

drugproblematiek. De resultaten van beide analyses werden voorgesteld en besproken in het intergemeentelijk alcohol- en drugoverlegplatform. De bevindingen uit deze analyses werden vertaald naar een tussentijdse synthese rond een aantal afgebakende werkpunten. Deze werden in de daaropvolgende overlegsessies verder bediscussieerd, aangevuld en naar de beleidspraktijk omgezet. Op het moment dat dit artikel geschreven werd, bevonden de pilootprojecten zich

nog in de eindfase. De ervaringen in beide projecten zullen worden opgenomen in het cahier 'Analyse van de lokale alcohol- en drugsituatie'.

Johan Rosiers

**Het cahier 'Analyse van de lokale alcohol- en drugsituatie' verschijnt na de zomer. Bestelinfo in één van de volgende nummers.**

## VAD speelt Europees: het ECAT-project

*De afgelopen jaren heeft de belangstelling van onderzoekers, beleidsmakers en praktijk voor community-interventies een enorme vlucht genomen. Bij dergelijke interventies wordt een gecombineerd pakket van maatregelen uitgevoerd in een specifieke regio of stad, gericht op individuen, organisaties en de gemeenschap in zijn totaliteit. Een belangrijk bijkomend kenmerk van dergelijke interventies is dat de inwoners van de community een belangrijke rol spelen in de keuze voor de interventies.*

Mede ingegeven door deze nieuwe trend in de alcohol- en drugpreventie startte op 1 december 2006 het project 'to Empower the Community in response to Alcohol Threats' (ECAT). VAD is hoofdpartner in dit Europese project, dat voor de helft wordt gefinancierd door het Directoraat-Generaal voor Gezondheid en Consumentenbescherming van de Europese Commissie. Samen met partners uit het Verenigd Koninkrijk (Alcohol Concern), Duitsland (Diakonisches Werk Baden), Oostenrijk (Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung), Slovenië (Ministerie van Volksgezondheid) en Italië (Istituto Superiore di Sanita) wordt in het project gedurende twee jaar gewerkt rond het verhogen van de efficiëntie van alcoholpreventiecampagnes. Dit dient te gebeuren door boodschappen op maat van verschillende doelgroepen en door het inschakelen van campagnes in een lokaal alcoholbeleid(splan). Hierbij zullen volgende drie actiegebieden centraal staan:

- het vertalen van praktijkgerichte evidenties in het voeren van alcoholpreventiecampagnes naar handvatten om campagnes uit te werken;
- het ontwikkelen en uitvoeren van een quickscan-screeningmethode om de lo-

kale situatie op het vlak van (problematisch) alcoholgebruik in kaart te brengen;

- de implementatie van alcoholpreventiecampagnes in een door de participerende landen gekozen community en het evalueren van het bereik, de zichtbaarheid en de impact van deze lokale ECAT-projecten.

### De ontwikkeling van campagnerichtlijnen

Net als de toenemende aandacht voor community-interventies staat ook het evidence based werken prominent op de agenda in het alcohol- en drugpreventiewerk. De discussie over effectiviteit van preventie en hoe dit zich uit in de dagelijkse praktijk wordt dan ook veelvuldig gevoerd op zowel Vlaams als internationaal niveau. Daarom zullen in een eerste fase van het project evidence-basedrichtlijnen uitgewerkt worden, die in een later stadium als hulpmiddel zullen dienen bij de implementatie van alcoholpreventiecampagnes in de deelnemende landen. Deze richtlijnen zullen tot stand komen na een uitgebreide literatuurstudie van evidence-basedpraktijken in de alcohol-

preventie. De resultaten van deze literatuurstudie zullen op hun beurt aangevuld worden met zogenaamde 'good practices' (positieve, geëvalueerde ervaringen) van lokale alcoholpreventiecampagnes in de verschillende deelnemende landen. Uiteindelijk zal deze studie in een narratieve synthese gegoten worden, waaruit op een overzichtelijke manier afgeleid kan worden aan welke voorwaarden een op maat gerichte alcoholpreventiecampagne dient te voldoen, wil ze effectief zijn.

### De quickscan-screeningmethode

Min of meer gelijklopend met de ontwikkeling van de campagnerichtlijnen zal er een methodiek ontwikkeld worden die ons in staat moet stellen op een snelle manier het (problematisch) alcoholgebruik en bijhorende beïnvloedingsfactoren in een bepaalde community te analyseren, de zogenaamde quickscan-screeningmethode. De resultaten van deze analyse, die in een community van ieder deelnemend land zal uitgevoerd worden, zullen de partners een betrouwbare basis bezorgen om op verder te bouwen bij de ontwikkeling van een lokaal alcoholbeleidsplan - dat onder meer uit een preventiecampagne zal bestaan - voor de desbetreffende lokale community. Hierbij zal het zeer belangrijk zijn dat het lokale actieplan voldoende ondersteund wordt door een netwerk van relevante sleutelfiguren (huisartsen, horeca-uitbaters, welzijnswerkers, ...), die op hun beurt voldoende gewapend moeten zijn om de te verwachten toename van alco-

holgerelateerde vragen en problemen op te vangen.

### De implementatie en evaluatie van lokale ECAT-projecten

In december 2007 begint iedere partner met de implementatie van een alcoholpreventiecampagne in een lokale community. Het evidence-based karakter van de campagnes vraagt uiteraard ook dat de campagnes in ieder land geëvalueerd worden. De focus van deze evaluatie zal voornamelijk liggen op het bereik, de zichtbaarheid en de impact van de lokale ECAT-projecten. Een belangrijke doelstelling van deze evaluatie ligt in de mogelijkheid die ze zal scheppen om de praktische richtlijnen voor evidence-based alcoholpreventiecampagnes te verfijnen binnen een ruimere Europese context en op die manier te komen tot een brede



Illustration borrowed from the Community Health Promotion's Alcohol Awareness Site ([www.hsc.wvu.edu/som/cmed/alcohol/](http://www.hsc.wvu.edu/som/cmed/alcohol/))

waaiër van toepassingsmogelijkheden in heel Europa.

Na de implementatie en de evaluatie van de ECAT-campagnes in de participerende landen, zal VAD de bevindingen hiervan in

een solide best-practicesbijdrage toevoegen aan het document met de richtlijnen voor alcoholpreventiecampagnes in een lokale community. Dit alles zal uiteindelijk uitmonden in de publicatie van een conceptueel handboek voor beleidsmakers en professionelen in de alcoholpreventie en -hulpverlening. Het project wordt in oktober 2008 afgesloten met een Europese conferentie, waarop vernoemde publicatie zal worden voorgesteld en waarop alle geïnteresseerde partijen op een interactieve manier meer kunnen leren over het ECAT-concept.

David Möbius

**Meer informatie: Johan Rosiers ([johan.rosiers@vad.be](mailto:johan.rosiers@vad.be)) of David Möbius ([david.mobius@vad.be](mailto:david.mobius@vad.be)).**

## HALLO MET DE DRUGLIJN



### Hoe je iemand ondersteunt die wil stoppen met gebruik

*Veel oproepen en mails voor de DrugLijn komen van mensen uit de omgeving van gebruikers. Soms ten einde raad bellen ze met de vraag hoe ze de gebruiker kunnen doen stoppen, alsof het een machine is die je kunt afzetten. Alle mogelijke manieren hebben ze al geprobeerd en niets lijkt impact te hebben. Het evidente van hulp bieden lijkt weg te vallen wanneer het om drugproblemen gaat. Mensen hopen de gebruiker te kunnen veranderen, maar creëren daardoor alleen maar hardnekkiger verzet en ze voelen zichzelf op den duur machteloze toeschouwers. Niet zelden vertalen ze dit zelf alsof ze enkel kunnen afwachten tot er iets ernstigs gebeurt, dat dan hopelijk tot inzicht leidt bij de gebruiker.*

*Eenvoudige vroeginterventies zijn wel degelijk zinvol. Daarom ontwikkelde de DrugLijn een brochure over dit thema. De brochure baseert zich op ervaringen aan de telefoon en in mails en is nagelezen en bijgeschaafd door mensen uit het werkveld. De brochure biedt concrete tips aan en basisinformatie over het motivatieproces en het opmaken van de balans.*

Ouders, partners, vrienden of kinderen van gebruikers voelen zich vaak voor zware dilemma's geplaatst, mede door de manipulaties van de gebruiker. Confronteren, grenzen stellen, betekent niet noodzakelijk je kind (partner, vriend) nog verder van je afduwen. De 'last' bij de gebruiker laten, betekent niet zomaar de ander in de steek laten.

Hulp bieden bij afhankelijkheidsproblemen krijgt een tegenstrijdige betekenis. Het druist zo in tegen de natuur van het graag zien, dat het helemaal niet evident is om een kind, partner of vriend met drugproblemen te begrenzen. Door dit te duiden, te bevestigen kan de omgeving soms toch al een beetje herademen. Want verteerd door schuldgevoelens zijn ze makkelijk te

manipuleren en blijven de vicieuze cirkels veeleer bestaan dan dat ze doorbroken worden.

Het is juist door het hervalideren van die kleine steunpunten dat de brochure een houvast wil bieden.

#### Steunen door er te zijn

Ouders, partner of vriend hoeven niet de juiste antwoorden of raadgevingen op zak te hebben. Ze hoeven geen expert te zijn op het vlak van afhankelijkheidsproblemen. Ouders voelen als geen ander aan waar hun kind mee zit, wat onderliggende drijfveren kunnen zijn. De voeling met de persoon van de gebruiker is belangrijk. Een druggebruiker benader je best niet alleen maar als gebruiker.

#### Steunen door inzicht bij te brengen

Samen met de gebruiker stilstaan bij redenen van gebruik en redenen om te stoppen is al een minder evidente opdracht voor de

Iemand steunen bij het stoppen met drank, drugs, pillen en gokken

naaste omgeving. Maar als ouders, partners, vrienden zicht krijgen op wat allemaal kan meespelen, kunnen ze hun eigen verwachtingen bijstellen. De kans dat ze van heel hoge verwachtingen naar beneden vallen in totale teleurstelling wordt kleiner. Energie steken in ijdele hoop is erg slopend.

### Steunen door los te laten

Dit is waarschijnlijk het grootste dilemma voor de naaste omgeving. Iemand die in problemen verstrikt raakt, moet men soms loslaten. Zolang de gebruiker zelf weinig of geen last ondervindt van zijn gebruik, zal hij ook weinig of niet gemotiveerd zijn om te veranderen.

### Steunen door grenzen te stellen en ook aan jezelf te denken

Het grensoverschrijdende gedrag van de gebruiker staat in schril contrast met de realiteit. Maar ouders, partners en omgeving verleg-

gen vaak hun grenzen, gaan mee in de manipulaties, omdat conflicten in hun ogen tot niets meer leiden, tenzij tot meer problemen. Het is niet altijd meer zo evident om grenzen te laten respecteren, maar het begint vaak al wel bij de eigen grenzen laten respecteren. In communicatie met de naaste omgeving alles wat herkaderen maakt vaak terug energie vrij om op een andere manier om te gaan met het druggebruik van een kind, partner, vriend of ouder.

Ellen Nies

U kan deze brochure bestellen met de bestelbon op pagina 24.

## FOCUS

# Gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken

*In mei ligt in de betere boekhandel een nieuw boek over illegale drugs. Het is bedoeld voor professionelen die niet exclusief, maar toch regelmatig in contact komen met gebruikers van illegale drugs. Dit betekent een brede waaier van professionelen, werkzaam in sectoren zoals de niet-categorie preventie en hulpverlening, onderwijs, bedrijven, politie, advocatuur, magistratuur, gevangenissen, beleid op nationaal, regionaal en lokaal vlak. Deze publicatie kan uiteraard ook nuttig zijn voor professionelen die gespecialiseerd zijn in een deelgebied van de drugproblematiek. De redactie deed een beroep op een reeks deskundigen die in Vlaanderen hun sporen hebben verdiend op deeldomeinen van de drugproblematiek.*

Drugproblemen zijn veelzijdig en bijgevolg complex. Vandaar dat een multidimensionale benadering absoluut noodzakelijk is. Dit betekent onder meer dat het aangewezen is om het gebruik van illegale drugs niet volledig los te koppelen van het gebruik van legale drugs. Voor dit boek is desalniettemin gekozen voor het resoluut richten van de schijnerpersers op het gebruik van illegale drugs en de problemen die zich hierbij kunnen voordoen, onder meer omdat in Vlaan-

deren vrij recent twee overzichtswerken verschenen zijn, het ene over alcoholgebruik<sup>1</sup> en het andere over psychoactieve medicatie<sup>2</sup>.

Het boek - dat is onderverdeeld in vijf grote delen - is als een veelkleurig moza-

iek, dat dankzij de inbreng van vele auteurs de complexe verscheidenheid van de drugproblematiek op een bevattelijke wijze weergeeft.

### Deel I. Illegale drugs. Druggebruik. Drugproblemen

Het thema drugs is en blijft een gevoelig onderwerp en doet emoties vaak hoog oplopen. Drugs worden nog steeds op een stereotiepe wijze geassocieerd met uitsluitend illegale drugs, met jongeren, met verschrikkelijke vormen van verslaving en criminaliteit, kortom met dramatische levenssituaties waarbij een grens is overschreden, van waaruit geen weg terug is. Een genuanceerde benadering - zonder te dramatiseren en zonder te minimaliseren - is van groot belang. Dat de lichte, milde, maar ook ernstige problemen die het gevolg kunnen zijn van het gebruik van illegale drugs, in redelijke banen te leiden zijn, is een rode draad die doorheen dit ganse boek loopt.

<sup>1</sup> Ansoms, S., Casselman, J., Matthys, F. & Verstuyf, G. (Red.). (2004). *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik*. Antwerpen, Apeldoorn: Garant.

<sup>2</sup> De Donder, E. (Red.). (2004). *Psychoactieve medicatie*. Antwerpen, Apeldoorn: Garant.

In dit deel komen aan bod: een genuanceerde omschrijving van wat drugproblemen zijn, een overzicht van de verschillende soorten illegale drugs, de omvang van het gebruik van illegale drugs en een maatschappijkritische benadering van illegale drugs.

## Deel II. Preventie

Voorkomen is beter dan genezen. In de federale drugnota wordt een duidelijke prioriteit voor preventie geformuleerd, gevolgd door hulpverlening, met repressie slechts als ultimum remedium. Nochtans heeft de federale overheid slechts beperkte bevoegdheden op het vlak van preventie en moeten vooral de gemeenschappen hierin investeren. Bovendien blijkt dat de meeste financiële middelen naar het repressieve beleid gaan, dat curatie eveneens belangrijke budgetten opeist en dat preventie ver achterop hinkt. Het is in deze context dat we preventie in Vlaanderen moeten bekijken en begrijpen.

Dit deel belicht de theoretische onderbouw van preventie (doelstellingen, algemeen kader, ontstaansfactoren van problematisch middelengebruik, werkingsprincipes van effectieve preventie, evidence-basedpreventie), illustreert dit

met een concreet voorbeeld uit de praktijk en behandelt ook de plaats en de zin of onzin van drugtesting in preventie.

## Deel III. Hulpverlening

De aanpak van problematisch middelengebruik is complex, omdat het wordt beïnvloed door zowel biologische, psychologische als sociale factoren. De problematiek is vaak ook meervoudig (familiale, financiële, gerechtelijke, sociale, psychiatrische en lichamelijke problemen). De evolutie van experimenteel naar problematisch gebruik en eventuele afhankelijkheid verloopt in verschillende stadia. Daarom moet het hulpverleningsaanbod voldoende flexibel zijn en continuïteit voorzien.

Deel III biedt de lezer een introductie in de verschillende werksoorten binnen de gespecialiseerde drughulpverlening, van de meest tot de minst laagdrempelige werkvormen, van de huisarts en de ambulante hulpverlening tot de residentiële hulpverlening. Dit deel wordt afgesloten met een hoofdstuk over zorgcircuits en netwerkvorming in de drughulpverlening.

## Deel IV. Strafrechtsbedeling

Een maatschappelijke reactie op druggebruikers vanuit de politie, het parket, de rechtbanken en de gevangenis zou een ultimum remedium moeten zijn. De werkelijkheid is echter anders. De politie komt vaak in een (soms te) vroeg stadium in contact met druggebruikers die al dan niet kleine hoeveelheden verhandelen. Dit biedt, naast nadelen, ook voordelen om preventief op te treden. Maar ondanks toenemende inspanningen verloopt de verwijzing vanuit de strafrechtsbedeling naar de preventie en de hulpverlening vaak niet vlot. De basisdoelstellingen van de strafrechtsbedeling en de welzijns- en gezondheidssector zijn immers erg verschillend.

In een eerste bijdrage van deel IV krijgt de lezer een zicht op de huidige wetgeving en de gerechtelijke statuten waarin druggebruikers kunnen terecht komen. Het gaat ook dieper in op de voorwaarden voor een goede samenwerking tussen drughulpverlening en strafrechtsbedeling op alle niveaus en op de pogingen

die worden ondernomen vanuit het gevangeniswezen om de opvang van druggebruikers te verbeteren.

## Deel V. Integraal drugbeleid

Het overheidsbeleid inzake illegale drugs werd gedurende lange tijd gekenmerkt door een hoofdzakelijk strafrechtelijk beleid. In de loop van de jaren negentig en vooral sinds de federale drugnota van 2001 kwam een meer onderbouwd drugbeleid op gang. Toch is nog een lange weg te gaan. De realisatie van een geïntegreerd drugbeleid op het terrein, waarbij de preventie en de hulpverlening volwaardig tot hun recht komen en de strafrechtsbedeling een bescheidener plaats toebedeeld krijgt, is een moeizaam proces. Meer wederzijdse interactie tussen praktijk, wetenschappelijk onderzoek en beleid is hierbij zeer belangrijk.

Het laatste deel bevat een analyse van dit beleid, zowel met betrekking tot de diverse beleidsdomeinen die met het drugfenomeen te maken hebben als op de verschillende beleidsniveaus. Tot slot krijgt de lezer een beschrijving van hoe een lokaal drugbeleid, dat dicht bij de mensen staat, tot stand kan komen.

Prof. em. Joris Casselman  
Hilde Kinable

## KNIPOOG

### Vrouw na sigaret verslaafd aan ... rookstopmiddelen

Na er dertig jaar aan verhangen te zijn geweest, is een Britse vrouw uit Plymouth er uiteindelijk in geslaagd de sigaret af te zweren. En dit met de hulp van rookstopmiddelen als pleisters, kauwgoms en sprays met nicotine. Helaas merkte ze al snel dat het afbouwen van deze middelen niet lukte, zodat ze zich opgezaald voelt met een nieuwe verslaving. Eén die naar eigen zeggen nog duurder uitvalt dan de vorige. Volgens Vlaamse specialisten is de kans dat men verslaafd raakt aan rookstopmiddelen nochtans klein.

Bron: Het Laatste Nieuws, 06/02/2007

Casselmann, J. & Kinable, H. (Red.). (2007). *Gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken*. Kortrijk-Heule: UGA. In de loop van de maand mei te koop in de boekhandel.

# Tien jaar laagdrempelige drughulpverlening, tien jaar MSOC

*De Medisch-Sociale Opvangcentra, kortweg de MSOC, vangen reeds tien jaar lang duizenden druggebruikers op en bieden een ruim palet aan ambulante zorg en behandeling. Tijd om stil te staan bij dit jubileum.*

## Het MSOC: een waardevolle en belangrijke verruiming van het palet aan zorgvoorzieningen voor verslaafden

Door de oprichting van de MSOC in 1997 werd het bestaande aanbod aan voorzieningen voor verslaafden aanzienlijk uitgebreid. De MSOC vullen een belangrijke leemte in. Deze centra bieden een laagdrempelige opvang voor gebruikers van illegale drugs. Het aanbod is erop gericht de levenskwaliteit van de gebruikers te verbeteren.

De vijf Vlaamse MSOC hebben samen een door het RIZIV erkende behandelcapaciteit van 833 verschillende patiënten per week. In de praktijk zijn het er nog meer.

Het komt dan ook voor dat er een wachtlijst is, hoewel er enorm veel inspanning wordt gedaan om die te vermijden. De MSOC proberen zo snel mogelijk een antwoord op een hulpvraag te geven. Meestal kan binnen de week met een behandeling gestart worden.

Op jaarbasis worden in de Vlaamse MSOC ongeveer 3.000 à 3.500 verschillende cliënten opgevangen en behandeld. Ongeveer 2.500 cliënten krijgen een behandeling met methadon.

De MSOC werken vanuit een harm-reduction invalshoek. Ze richten zich op het beperken van de schadelijke gevolgen van druggebruik, niet alleen voor de persoon zelf, maar ook voor zijn omgeving en de

samenleving. De MSOC slagen er in om gebruikers te bereiken die niet (meer) in contact zijn met de hulpverlening.

De ambulante MSOC bieden een kader dat past voor de problematische druggebruikers. Al naargelang de problematiek kunnen mensen dan - op hun tempo - een beroep doen op de zorg die voor hen het meest aangewezen is. Dat kan gaan van het louter aanbieden van schoon injectiemateriaal tot een verwijzing naar een langdurige residentiële behandeling. Daartussen ligt het aanbod van medische zorg, vervangmedicatie, sociaal-administratieve begeleiding, terugvalpreventie en therapeutische begeleiding.

Dankzij de opvang en behandeling in een MSOC slagen vele mensen met een hardnekkig verslavingsprobleem erin controle te herwinnen en tot stabiliteit te komen of volledig van illegale drugs af te geraken. Vanuit de MSOC worden cliënten, indien aangewezen, ook verwezen naar andere centra voor drughulpverlening of andere voorzieningen.



## 30 jaar Free Clinic - 10 jaar MSOC: symposium met terug- en vooruitblik

Op het symposium van 15 maart 2007 beschreef dr. Sven Todts de historische en dr. Joris Van Acker de hedendaagse praktijk van Free Clinic. Free Clinic is 30 jaar geleden ontstaan vanuit het JAC in Antwerpen als een medische afdeling met een gratis aanbod op vlak van seksualiteit (SOA, contraceptie) en onge-

wenste zwangerschappen. Van bij aanvang werd een onvoorwaardelijke keuze gemaakt voor de cliënt en was Free Clinic actieve partner in het maatschappelijk debat over onder meer abortus en legalisering van cannabis. Na de eerste signalen van heroïnegebruik in Antwerpen, kreeg Free Clinic vanaf 1974 de eerste aanmeldingen en startte in 1975 met het eerste methadonprogramma. Doorheen de jaren wijzigde het cliënteel en sinds de oprichting van het MSOC 10 jaar geleden werkt men nu voornamelijk met erg gemarginaliseerde (tot 40% niet-Belgen) en problematische (voornamelijk polydruggebruik, met gemiddelde leeftijd van 37 jaar) druggebruikers.

Van dr. Russell Newcombe kregen we een boeiende presentatie over de fundamentele van de harm-reductiontheorie en Lorenzo Camelotto presenteerde concrete voorbeelden van cliëntenbetrokkenheid in Turijn. Deze bijdragen werden telkens afgewisseld met een vertaling naar de praktijk in Free Clinic, met onder andere voorbeelden van empowerment en betrokkenheid van de eigen cliënten. Tino Ruyters sloot af met de voorstelling van de toekomstige verhuisplannen van Free Clinic.

Marijs Geirnaert

## De laagdrempelige aanpak van de MSOC werkt

Drughulpverlening zoals aangeboden in de MSOC gaat uit van evidence based medicine. Dat wil zeggen dat wetenschappelijk onderzoek aantoonde dat de geboden zorg effectieve resultaten oplevert. Uit studies blijkt dat laagdrempelige ambulante hulpverlening een duidelijke vermindering van het druggebruik realiseert. De aangeboden zorg en hulpverlening dragen bij tot een verbetering van de maatschappelijke positie van gebruikers. Dit leidt op zijn beurt tot een vermindering van de maatschappelijke overlast en criminaliteit.

## Alle regio's nog niet bediend

Ondanks de uitbouw van de negen MSOC, waarvan een deel met lokale antennes in kleinere gemeentes of regio's, blijven er bepaalde regionale hiaten bestaan. In Vlaanderen blijven bijvoorbeeld de regio's Kempen, Aarschot en Aalst verstoken van een laagdrempelige, ambulante opvang voor problematische druggebruikers. Er

zijn voldoende argumenten en adviezen die pleiten voor de uitbreiding van een aantal RIZIV-conventies om aan die regionale noden tegemoet te komen.

Een centrum dat vlot bereikbaar is in de eigen regio is een belangrijk gegeven in de behandeling van de drugproblematiek. De normale eerstelijnsvoorzieningen (voornamelijk de huisartsen) kunnen onvoldoende inspelen op de noden van deze doelgroep.

### Decentralisatie werkt

Een gedecentraliseerde werking biedt de beste garantie op kwaliteit. In de landelijke regio's stellen we vast dat de antenewerking gunstige resultaten oplevert. Het is dus belangrijk dat in nog niet bereikte regio's ook een MSOC-werking kan worden opgezet. In de grote steden dienen ook middelen te worden vrijgemaakt voor een spreiding van de zorg voor verslaafden over verschillende delen van de stad. In de stad Antwerpen bijvoorbeeld blijven we pleiten voor minstens één bijkomende vestiging van het MSOC, zodat de zorg kan worden geoptimaliseerd. Een kleiner centrum brengt ook minder overlast voor een wijk met zich mee.

### Uitdagingen voor de toekomst: toenemende werkdruk, bijkomende middelen?

De MSOC worden vergoed via de mutualiteiten. Heel wat mensen die een beroep doen op een MSOC zijn niet in regel met hun ziekteverzekering. Ook zij worden opgevangen, maar er staat geen vergoeding tegenover.

Een bijkomend gegeven is dat sommige MSOC worden geconfronteerd met het specifieke fenomeen van anderstalige inwijkelingen. Vooral in de (Vlaamse) grootsteden (Antwerpen en Gent) kloppen veel andersstaligen aan voor hulp. Het gaat daarbij niet zelden om mensen zonder legaal statuut of mensen voor wie een procedure loopt. Goede zorg bieden aan mensen met een vreemde taal en cultuur vergt extra tijd en inzet van extra personeel.

### Polydruggebruik

In de MSOC gaat veel aandacht naar de behandeling van heroïneafhankelijkheid. De laatste jaren is er echter een verschuiving merkbaar naar andere gebruikspatronen.

Zo zien we een toenemend gebruik van stimulantia, met name cocaïne en amfetamines (speed). Nog opvallender is het gecombineerde gebruik van producten (polydruggebruik). Naast de illegale drugs zien we ook veel gebruik van medicatie (slaap- en kalmeringsmiddelen) en alcohol. Een uitdaging voor de toekomst is te zoeken naar adequate antwoorden op dit probleem.

### Tien jaar laagdrempelige hulpverlening

De uitbouw van de MSOC heeft het palet aan voorzieningen voor drughulpverlening adequaat aangevuld. De maatschappelijke investering in de MSOC levert resultaten op: een grote groep problematische druggebruikers wordt opgevolgd en geholpen in het herwinnen van controle over hun problemen.

Tino Ruyters  
Directeur  
MSOC Antwerpen

## ADIC viert 20-jarig bestaan

*In de theaterzaal van het Zeemanshuis in Antwerpen was het feest. ADIC koos voor een origineel concept en trakteerde ons op druggebruik in de cinema. ADIC groeide in 20 jaar uit tot een pijler van het Antwerpse drughulpverleningscircuit. Het enthousiasme om dit te blijven doen zit er duidelijk nog steeds in, al werd er een donkere schaduw over de viering geworpen door de onzekere toestand van ADIC's huisvesting.*

ADIC was een gezamenlijk initiatief van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten en de Landsbond van Christelijke Mutualiteiten, de Socialistische en Christelijke Mutualiteiten van Antwerpen, de Provincie Antwerpen en het Antwerpse OCMW. Begin jaren '80 werd, op basis van een onderzoek van de toen nog in Brussel gevestigde therapeutische gemeenschap De Spiegel - Solbosch, geconcludeerd dat Antwerpen nood had aan een laagdrempelig opvangcentrum. In overleg met het Antwerpse Drug Overleg Comité werd besloten tot de oprichting van een crisiscentrum.

Het 'moederhuis' De Spiegel leverde enkele mensen met de nodige ervaring die als kern konden fungeren van het nieuw op te starten centrum. In oktober '86 ging het crisisprogramma daadwerkelijk van start. In april 1987 startte het Kortdurend Therapeutisch Programma, het zogenaamde KTP. In het kader van het Sociaal Impulsfonds kon ADIC vanaf 1997 experimenteren met een vorm van residentiële en ambulante nazorg. Sinds 2004 biedt ADIC na interne herstructurering drie programma's aan. Het crisiscentrum vormt het ontweningsprogramma, het vroegere KTP en de residentiële nazorg vormen het behandel-



programma en tot slot is er nog een ambulante woonproject.

De namiddag werd ingezet met een dankwoordje. Na Corry Rijsbosch, directrice van ADIC, spraken dhr. Van Kets, voorzitter van ADIC en mevrouw De Coninck, schepen van Sociale Zaken hun dank en bewondering uit voor de medewerkers van ADIC. Mevrouw De Coninck beloofde mee uit te kijken naar een nieuwe huisvesting. Het Zeemanshuis, waar ADIC is gehuisvest, zal in 2008 wor-

den gesloopt. Tot op heden is het nog niet duidelijk of de stad Antwerpen een alternatief kan bieden.

Vervolgens hield dr. Anne Clara een boeiende uiteenzetting over druggebruik in de film. Wie geregeld de VAD-berichten leest, kon al kennismaken met haar passie voor film. In de laatste drie nummers schreef ze onder de titel 'Benevelde beelden' over de beeldvorming over tabak, alcohol en illegale drugs in de film. De filmindustrie is geïntrigeerd door psychiatrische stoornissen en verslaving omdat dit beelden oplevert

met veel dynamiek en emotie. Anderzijds beïnvloedt de manier waarop alcohol- en druggebruik in films wordt geportretteerd de houding van het publiek.

De film 'Human Traffic' van J. Kerrigan volgde. ADIC koos voor deze film over een vriendenklok die hun hele weekend spenderen aan uitgaan in een roes omdat hij volgens hen tekenend is voor de manier waarop hedendaagse jongeren drugs gebruiken. De vrienden zien geen probleem in hun gebruik en proberen door de roes hun eenzijdige bestaan met problemen (geen familiale bin-

ding, moeder in de prostitutie, vader met een psychische stoornis) te ontvluchten.

Hoog tijd voor een hapje en een drankje! Tijdens de receptie viel op dat er collega's aanwezig waren van de diverse hulpverleningsregio's in Vlaanderen, wat pleit voor de geest van samenwerking in de (drug)hulpverlening.

Kortom: een geslaagde viering. Het VAD-team wenst ADIC nog vele vruchtbare jaren en een degelijke huisvesting.

Kathleen Raskin

## UITGESPROKEN

*Eind 2006 publiceerden OIVO en de Rodin Stichting de studie 'Jongeren en Drugs'. De tekst hieronder is een gezamenlijke reactie van VAD, Fédito Wallone en Fédito Bruxelloise op deze studie. Deze tekst werd verstuurd naar politieke mandatarissen en medewerkers van administraties (federaal en gemeenschappen) en naar de pers.*

### Studie 'Jongeren en Drugs': contraproductief en misleidend

De studie 'Jongeren en Drugs' die in oktober 2006 door OIVO en de Rodin Stichting werd gepubliceerd heeft het werkveld met verstomming geslagen. Het zijn niet zozeer de financiële banden van de stichting met de tabaksindustrie, waarop vroeger reeds veel kritiek is geweest, die nu het probleem vormen. In deze studie staan veel onwaarheden, slechte definities, gedramatiseerde boodschappen en simplistische conclusies die blijken geven van een onwetendheid met betrekking tot deze maatschappelijk gevoelige en complexe materie. Dit doet vragen rijzen over de bedoelingen van de onderzoekers, die zich vooral richten naar de politieke beleidsvoerders<sup>2</sup>. Als professionelen werkzaam in de alcohol- en drugsector willen we hierop reageren. Tendentieuze onderzoeken doen meer kwaad dan goed en we vinden het als werkveld belangrijk dat correcte gegevens op een neutrale en wetenschappelijk verantwoorde manier worden weergegeven.

De studie onderzoekt het gebruik van cannabis bij jongeren. Op de eerste plaats worden bepaalde basisbegrippen slecht gedefinieerd of op niet-correcte wijze gebruikt. Dit wordt het best geïllustreerd door de verkeerde en beladen definitie van afhankelijkheid. "Verslaafd: iedereen die min-

stens één product gebruikt; niet-verslaafd: gebruikt geen enkel product (tabak, drugs, kansspelen, alcohol,...)"<sup>3</sup>. Deze definitie laat niet toe om onderscheid te maken tussen experimenteel gedrag, gebruik, misbruik en de ontwikkeling van afhankelijkheid. In alle bestaande literatuur wordt de notie van afhankelijkheid gekoppeld aan verlies van controle en psychische en fysieke ontwenningsverschijnselen bij stoppen met gebruik<sup>4</sup>. Gebruik en afhankelijkheid op gelijke voet stellen reduceert gebruikers tot personen die hulp nodig hebben en houdt geen rekening met het feit dat de meerderheid van de gebruikers nooit die grens van afhankelijkheid zullen bereiken. Deze onwaarheden voeden bepaalde clichés waarbij alle druggebruik gelijkgesteld wordt aan afhankelijkheid en gelinkt wordt aan criminaliteit. Deze enge en foutieve voorstelling verhinderen een correct inzicht en maken een effectieve aanpak en een verantwoordelijk beleid ten aanzien van de drugproblematiek zeer moeilijk.

Naast fouten in de gebruikte terminologie zijn de conclusies uit het onderzoek tendentiekus en niet neutraal. Bijvoorbeeld met betrekking tot de perceptie van cannabis, wordt op basis van de antwoorden op de vragen<sup>5</sup>, door de onderzoekers volgende uitspraak gedaan: "Zelfs als de meeste jongeren zich bewust zijn van het gevaar

voor afhankelijkheid en andere gevaarlijke eigenschappen van cannabis, denkt één op drie van de jongeren dat ze het gevaar kunnen beperken door voorzichtig te zijn. Eén jongere op drie onderschat dus het gevaar en denkt dat hij/zij de risico's kan beperken"<sup>6</sup>. De conclusie die hieruit volgt is duidelijk: cannabis is gevaarlijk, veroorzaakt afhankelijkheid en iedereen die probeert de risico's van gebruik te beperken onderschat hoe gevaarlijk dit product is. Over welk gevaar heeft men het hier? Familiale problemen, juridische problemen, gezondheidsproblemen? Het is duidelijk dat, zeker bij jongeren, vroegtijdig gebruik van cannabis gevaar inhoudt op psychisch en fysiek vlak en bijgevolg te vermijden is. Vanuit een gezondheidsperspectief is ontvragen van cannabisgebruik bij jongeren prioritair. Concluderen dat elke vorm van gebruik gevaarlijk is, lijkt een brug te ver.

In de studie wordt ook gesteld: "Meer dan één jongere op twee denkt dat hij genoeg informatie krijgt over cannabis. Nochtans wordt in minder dan één gezin op vier thuis het onderwerp van cannabis aangesneden. Indien cannabis toch aan bod komt thuis is het meestal op initiatief van de ouders, en zelden op initiatief van de jongeren. Jongeren overschatten hun kennis van cannabis"<sup>7</sup>. Deze (laatste) stelling is gebaseerd op geen enkele vraag. Uit voorgaande kan men onmogelijk op een wetenschappelijke manier afleiden dat jongeren hun kennis overschatten omdat ze zelf weinig initiatief nemen om in familiekring over cannabis te praten. Alsof enkel een dialoog in familieverband en

informatie via de ouders effectief zou zijn. Ouders hebben zeker een rol te spelen maar jongeren zijn over het algemeen beter geïnformeerd over de producten. Zelfs al is de kennis van jongeren niet perfect, hun contacten met gebruikers, gebruik op zich en de rituelen van gebruik, geven hen een bepaalde kennis, die weinig ouders bezitten. Vandaar het belang om volwassenen te informeren zodat zij hun opvoedende rol op dit vlak kunnen opnemen.

Deze studie creëert een beeld van de minderjarige gebruiker als iemand die geen enkele vaardigheid bezit om op een verantwoordelijke manier met drugs om te gaan en die automatisch zal vervallen in afhankelijkheid. Men speelt hiermee in op angst en stigmatiseert de gebruiker. Dit strookt niet met de realiteit en met doelstellingen van preventieprogramma's die jongeren op een verantwoordelijke manier willen doen omgaan met druggebruik in hun omgeving en in de samenleving. Een angstaanjagende aanpak bevestigt tevens een contraproductieve stigmatisering van jongeren en hun ouders<sup>8</sup>.

De studie komt tot een aantal vreemde en onverklaarbare resultaten, die uniek zijn op dit terrein, zoals bijvoorbeeld het veel hogere gebruik onder meisjes (20%) dan onder jongens (9%), wat een spectaculaire stijging van cannabisgebruik bij meisjes zou betekenen met 7% in vergelijking met

de cijfers van dezelfde bevraging in 2005 en een spectaculaire daling bij jongens van 8%<sup>9</sup>. Gebrek aan transparantie over het onderzoeksopzet, de gebruikte vragenlijst en de onderzoeksmethodes doen ons dan ook ernstige vragen stellen over de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten. Daar tegenover staat een reeks van betrouwbare onderzoeken, zoals ESPAD, HBSC (beide Europese onderzoeken, met zowel een Vlaamse als een Franstalige uitvoering) en de VAD-leerlingenbevraging en de Euregio-bevraging van De Sleutel (voor Vlaanderen). Gebrek aan structuur en leesbaarheid, cijfers waarvan het niet duidelijk is wat ze juist betekenen, afwezigheid van informatie over de gevolgde methodologie, tendentieuze vragen, slecht gedefinieerde concepten, niet gerechtvaardigde interpretaties en conclusies. Aangezien de studie *federale, communautaire, gewestelijke en onderwijsbeleidsvoerders in staat wil stellen om over gegevens te beschikken ...* kunnen we dan ook niet anders dan onze verantwoordelijkheid opnemen om de ernstige onvolkomenheden en de contraproductieve effecten van deze studie, gebaseerd op het dramatiseren en ontkennen van de eigen verantwoordelijkheid van de betrokkenen (ouders en jongeren), aan de kaak te stellen.

De onderzoekers formuleren ook een aanbeveling: het voeren van een grote informatiecampagne rond cannabis ...

De onbetrouwbare en weinig valide resultaten van deze studie zouden de beleidsvoerders alert moeten maken om elk project of initiatief van de Rodin Stichting en/of haar satelliet CREEA, op het vlak van preventie of informatiecampagne met zeer grote argusogen te bekijken. Voor professionelen werkzaam in de alcohol- en drugsector, is het duidelijk dat deze studie blijk geeft van incompetentie en van een totaal gebrek aan kennis over deze problematiek.

Fédérations des Institutions pour  
Toxicomanes (FEDITO) Bruxelloise et  
Wallonne,  
VAD

- 1 'Jongeren en Drugs': [www.rodin-foundation.org/pdf/fondation/barometre\\_cannabis\\_2006\\_nl.pdf](http://www.rodin-foundation.org/pdf/fondation/barometre_cannabis_2006_nl.pdf) - 25/10/06.
- 2 De doelstellingen zijn om "federale, communautaire, gewestelijke en onderwijsbeleidsvoerders in staat stellen om over gegevens te beschikken met betrekking tot de bekendheid van, perceptie van, redenen voor en gedrag op het vlak van cannabisgebruik bij jongeren" p. 3.
- 3 Jongeren en drugs, p. 29.
- 4 Richard D., Senon J.-L., Valleur M. (2004). *Dictionnaire des drogues et dépendances*. Ed. Larousse, pp.199-219.
- 5 Jongeren en drugs, p. 34: "1° je kunt beter niet met cannabis beginnen want je raakt snel verslaafd; 2° cannabis gebruiken is gevaarlijk; 3° cannabis gooit je leven overhoop en veroorzaakt problemen; 4° cannabis is niet gevaarlijk als je voorzichtig bent met de hoeveelheid en let op de kwaliteit."
- 6 Ibid.
- 7 Op cit. p. 5.
- 8 De Gezinsbond liet op 25/10/06 via Belga een persbericht verspreiden waarin ze zich tegen de toon van dit onderzoek uitspreken.
- 9 Jongeren en drugs, p. 9.

## BRUSSEL-CENTRAAL

### Parlementaire vraag

**Actuele vraag van de heer Bart Van Malderen (sp.a) tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de evolutie van het drug- en alcoholgebruik en het vrijmaken van extra middelen voor preventie. (28 februari 2007)**

Eergisteren publiceerde de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen haar rapport over de enquête die ze sinds 2000 in de Vlaamse secundaire scholen houdt met betrekking tot het middelengebruik. De algemene vaststelling is uitermate positief:

er is een daling van het middelengebruik bij de leerlingen en in het bijzonder bij de jongste categorieën. Daar tegenover staat dat dit gebruik relatief hoog blijft, zeker bij jongens. Daarom pleit de VAD voor het voortzetten van de inspanningen en diversificatie. U zegt dat u extra middelen wilt uittrekken voor een actieplan. U liet daarbij in het midden wat u net bedoelde met extra middelen. U plakte er geen bedrag op en vertelde evenmin wanneer we die campagne mogen verwachten. In de begroting vind ik een bedrag terug van 300.000 euro, bestemd voor een massamediale campagne over middelengebruik. Het zou gaan om een jaarlijks herhaalde campagne die zich eerst zou richten op cannabisgebruik met een fo-

cus op zestien- tot achttienjarigen, vervolgens op alcoholgebruik met een doelgroep van twaalf- tot veertienjarigen, om te eindigen met een campagne over roken. De VAD stelt dat preventiebeleid het best zo vroeg mogelijk aanvangt en dat zestien jaar een scharniermoment is voor cannabisgebruik. We kunnen ons de vraag stellen of een campagne naar zestien- tot achttienjarigen niet wat te laat komt. De VAD wijst ook op het belang van omgevingsfactoren. Dat is in de eerste plaats de school, maar ik denk dat ook de thuissituatie belangrijk is. Ik vind in uw beleidsbrief geen verwijzingen naar de rol van opvoeders in een breder preventiebeleid, zelfs niet bij wijdverspreide middelen als tabak en alcohol. De belangrijkste vast-

stelling is waarschijnlijk het grote verschil in middelengebruik tussen jongens en meisjes. Het cannabis- en alcoholgebruik liggen duidelijk hoger bij jongens. Voor tabak is het verschil minder duidelijk. Dit brengt de VAD tot de vraag om een genderspecifiek aspect toe te voegen aan uw preventiebeleid. Wat bedoelt u precies met extra middelen? Hoeveel denkt u uit te trekken voor het actieplan? Wanneer mogen we deze campagne verwachten? Zult u deze bijsturen in functie van de vaststellingen van dit rapport?

**Antwoord van minister Inge Vervotte:** Als we kijken naar de actualiteit, kunnen we er niet omheen dat we middelengebruik moeten aanpakken. Ik heb hierover interessante gesprekken gehad met mensen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), die meer en meer vaststellen hoe groot de impact van drugs is op samenlevingsproblemen. Er bestaat een duidelijk verband tussen drugs en geweld. Het is belangrijk dat wij inzetten op preventie van het middelengebruik in het algemeen. We mogen blij zijn met de huidige resultaten, maar niet euforisch. We beseffen goed genoeg dat er nog steeds risicofactoren zijn. Ik verwijs naar onderzoeken die aantonen dat onze jongeren vatbaarder zijn voor deze verleidingen. Jongeren reageren vaak met vluchtgedrag op problemen: dat kan zich uiten via drugs en alcohol, maar ook als zelfdoding, automutilatie, eetstoornissen en andere. We moeten beseffen dat we in Vlaanderen door culturele aspecten zeer kwetsbaar zijn op dit vlak.

Ik vind het wel positief dat dit verdere preventie ondersteunt. De zin van preventie wordt vaak in vraag gesteld. Deze resultaten tonen het nut aan van onze investeringen in preventie. U verwijst naar een aantal elementen, maar daarover kan ik nu niet het hele debat voeren. Gedurende meer dan zes maanden hebben we samen met experts heel wat werk verricht en uit respect voor die experts stel ik voor dat we de vele aanbevelingen grondig bekijken in de commissie. De aanbevelingen zijn middelenspecifiek, maar er is ook een aantal aspecten aan verbonden die over alle middelen heen lopen en doelgroepenbepaald zijn. We laten ons inspireren door het Ottawa Charter van de WGO, dat ervoor pleit om eerder de oorzaken aan te pakken dan om in te spelen op de effecten. In het charter wordt gepleit voor een meersporenbeleid met een universele preventie, bijvoorbeeld via massamediale

## PREVENTIE NOG VROEGER BEGINNEN ?



campagnes, maar ook voor een selectieve preventie gericht op de meest bekende doelgroepen zoals zwangere vrouwen en kinderen van ouders die een risicogedrag of een problematisch alcoholgedrag vertonen. Op wereldvlak is er een heel interessant debat bezig over de juiste leeftijd waarop we ons moeten richten. Europa focust voor de selectieve preventie op een andere leeftijd dan Amerika. Amerika is duidelijk en zal zich richten tot de twaalfjarigen. Wij hebben gekozen voor de veertienjarigen. Ook dit moet constant worden opgevolgd en geëvalueerd.

Ik nodig u dus uit om de aanbevelingen ten gronde te bekijken. In de aanbevelingen komen ook heel duidelijk de verschillende levensdomeinen aan bod: onderwijs, gezin en ouders, tewerkstelling en de sector van de vrije tijd. Dat laatste domein is het moeilijkste en het is van cruciaal belang dat de nodige preventieve acties worden ondernomen.

U kunt de aanbevelingen ook terugvinden op [www.gezondheidsconferentie.be](http://www.gezondheidsconferentie.be). Het is de bedoeling om nu met de experts verder te werken aan heel concrete acties. Ook in het parlementaire debat kunnen we op een heel open manier bekijken wat de prioritaire acties moeten zijn. Uiteraard zullen de experts ter zake ook aanbevelingen doen. Het extra budget dat we ter beschikking stellen, bedraagt 450.000 euro. Dat wordt niet noodzakelijk ingezet voor de massamediale campagnes, want daarvoor wordt in eenmalige budgetten voorzien. Het bedrag

van 450.000 euro is recurrent. We kunnen dus op langere termijn investeren.

Ik heb een politiek akkoord gesloten met federaal minister Demotte met betrekking tot het Tabaksfonds. Aan dat akkoord moet nog uitvoering worden gegeven in teksten, maar in principe zijn we het erover eens dat er 580.000 euro naar Vlaanderen komt en dat Vlaanderen daar 290.000 euro tegenover moet plaatsen. Eenmaal uitvoering wordt gegeven aan dit akkoord, kunnen we extra investeren in dit erg belangrijke domein dat heel veel effect heeft op alle andere domeinen van ons welzijnsgebied zoals intrafamiliaal geweld, kindermishandeling en bijzondere jeugdzorg. Ik herhaal mijn voorstel om de tijd te nemen om alle aanbevelingen grondig te bespreken in het parlement, waarna we samen prioritaire acties kunnen bepalen. In het nodige budget werd reeds voorzien. Daarna wil ik zo snel mogelijk uitvoering geven aan die acties. (...)

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey (CDEV):** Dat preventie werkt, is een deugddoende vaststelling. Het is ook deugddoend dat de VAD dit opvolgt en daarvoor bijna 40.000 leerlingen van het middelbaar onderwijs heeft ondervraagd. We moeten af en toe eens zeggen dat er op een gedegen manier wordt gewerkt en dat men niet in het ijle bezig is. Naar aanleiding van de persmededeling van de VAD hebt u gezegd dat er extra middelen moeten komen en dat er gestructureerde preventie moet worden uitgebouwd. U verwijst naar de gezondheidsconferentie

van november. Daar hebt u aangekondigd dat de werkgroep, die het na-traject van de conferentie zal verzorgen, alle actoren zou omvatten. Wie zijn dat dan? Werden ze al gecontacteerd? Is er al een overleg geweest? Zult u een genderspecifieke aanpak gebruiken? We hebben niet alle actoren nodig om te weten of ze dat zullen ondersteunen.

**Antwoord van minister Inge Vervotte:** In januari heb ik een politiek akkoord afgesloten met federaal minister Demotte. Hij zal ons de teksten overmaken. We moeten die dan nalezen zodat er geen principiële problemen meer opduiken. Daarom heb ik in het krantenartikel verwezen naar het belang dat ik er aan hecht. Van de middelen die binnenkomen via taksen en accijnzen moet er ook een deel terugvloeien naar preventie. Dat was een verwijzing naar het Tabaksfonds. In de omringende landen wordt een duidelijker link gelegd tussen preventie

en curatie. Als er terugverdieneffecten zijn van curatie worden die opnieuw geïnvesteerd in preventie. Dat debat wil ik ook met de federale overheid voeren omdat het een responsabiliserend effect heeft. Dat is een duurzame investering in de samenleving. Dat is het brede debat. In de uitvoering van het Tabaksfonds is het casusgebonden. Omdat de teksten nog niet ondertekend zijn, heb ik me in de pers vaag uitgelaten naar aanleiding van de studie. Ik verwacht daarbij geen grote problemen meer. Dat kan dan worden uitgevoerd en het liefst zo snel mogelijk, want we discussiëren er nu al enige tijd over. Met betrekking tot de timing van het actieplan moeten we goed opletten dat er geen misverstanden ontstaan. We hebben gekozen voor een planmatige en onderbouwde werkwijze. Dat is noodzakelijk omdat het gaat over expertise die we in Vlaanderen gelukkig hebben. We hebben ons ook laten inspireren door buitenlandse kennis en ervaringen.

Wij hebben dus een heel schema opgebouwd. Wij hebben daar om te beginnen meer dan zes maanden met de experts uit binnen- en buitenland over gediscussieerd. Er zijn stuurgroepen geweest. Er was een gezondheidsconferentie op 30 november. Dan hebben we verdere afspraken gemaakt met een stuurgroep die zich over de verschillende zaken gaat buigen. In die stuurgroep zitten onze partnerorganisaties, zoals de VAD. Dat is de timing van ons actieplan. Alle aanbevelingen worden omgezet in acties, en die vormen samen het actieplan. Ik ga niet wachten tot wanneer we een globaal actieplan hebben. Het is de bedoeling om nu al zoveel mogelijk acties uit te voeren. Ik wil gerust discussiëren over de prioriteiten daarbij. Aangezien er middelen vrijgemaakt zijn voor 2007, is het cruciaal dat de eerste acties zo snel mogelijk van start gaan. Dat zijn middelen die we echt al willen inschrijven voor preventie.

## VOOR U GESURFT

### Online peer education

*Peer education is in de jaren negentig komen overwaaien uit de Verenigde Staten en is ondertussen ook in de Vlaamse alcohol- en drugsector een beproefde werkwijze bij preventie-, hulpverlenings- of harm-reductionactiviteiten. Het hoeft niet te verwonderen dat in dit digitale tijdperk peer education ook een plaats in de i-world heeft ingenomen. [www.drugsinfoteam.nl](http://www.drugsinfoteam.nl) is een website van jongeren voor jongeren van 16 tot 23 jaar die met alcohol en andere drugs experimenteren. De meerwaarde ligt voor de hand: jongeren kunnen op authentieke wijze informatie over alcohol en andere drugs overbrengen naar hun peers, in een gemeenschappelijke taal en dito medium.*

is er ook een 'gastenboek' waar jongeren voor elkaar berichten kunnen achterlaten. Informeren doet de site zeker, al blijft de vraag of een individuele jongere, uit de heterogene groep die 'de met alcohol of drugs experimenterende jongere' toch is, de weg vindt naar de boodschap op zijn maat.

Ilse Bernaert

De drugsinfoteam-website is een project van Brijder Verslavingszorg, een divisie van een concern voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (de Pamassia Groep).

Uitgangspunt van de site is 'consumenten' van alcohol en andere drugs informatie aanreiken die in de praktijk nuttig kan zijn. Dit varieert van universele preventie tot harm reduction: online-productinformatie, informatie voor studenten om werkstukken te maken, tips om te stoppen of te minderen met gebruik en om te gaan met gebruik van anderen, zelftests voor de verschillende genotmiddelen, een online-behandelaanbod, piltesten, ... Voor het uitwerken van deze topics wordt gebruik

gemaakt van het aanbod van diverse Nederlandse organisaties: de alcoholtest voor jongeren van het NIGZ ([www.dekaterkomlater.nl/test](http://www.dekaterkomlater.nl/test)), de XTC-test van Jellinek ([www.jellinek.nl/testjegebruik](http://www.jellinek.nl/testjegebruik)), 'laat je drugs testen' van Unity Utrecht ([www.drugs-test.nl](http://www.drugs-test.nl)), ... De site heeft ook een duidelijk interactief karakter: naast het aanbod van anonieme e-mailbeantwoording,



# Stand van de drugproblematiek in Europa - Jaarverslag 2006

*Op 23 november stelde het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) haar nieuwe jaarverslag voor. Dit jaarverslag is gebaseerd op informatie van 26 landen (25 EU-landen en Noorwegen) en heeft betrekking op het kalenderjaar 2004. In dit artikel vindt u een selectie van de meest opvallende en/of nieuwe gegevens uit het rapport.*

## Europees drugbeleid

Het vastleggen van het nationale drugbeleid is en blijft een voorrecht van de individuele lidstaten. Er is echter wel een consensus dat samenwerking op Europees niveau heel wat voordelen met zich kan meebrengen. De belangrijkste ontwikkeling op dit vlak is de 2005-2012 EU-drugstrategie. Met deze strategie engageren de lidstaten zich om tegen 2008 zo'n honderd geplande speciale acties te implementeren. Deze strategie weerspiegelt een groeiende Europese consensus over hoe het drugprobleem moet worden aangepakt. De belangrijkste elementen van deze consensus zijn een evenwichtige aanpak (gericht op zowel vraag- als aanbodzijde), acties gebaseerd op aangetoonde effectiviteit en systematische evaluatie van acties.

## Evolutie straatprijzen drugs

Uit een vijffjarenanalyse van de straatprijzen van illegale drugs blijkt dat drugs in Europa goedkoper zijn dan ooit. Als basis werden de prijzen van 1999 genomen. Tegen 2004 was de voor inflatie gecorrigeerde prijs van cannabis gedaald met ruim een zesde. De prijs van amfetamines en cocaïne was met een vijfde afgenomen. De grootste prijsdalingen zien we bij heroïne en ecstasy. Beide waren in 2004 bijna de helft goedkoper dan in 1999. Deze Europese trends maskeren soms vrij sterke prijsverschillen tussen de lidstaten en lokale schommelingen die het gevolg zijn van onderbrekingen in het aanbod. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de straatprijzen al veel langer dan sinds 1999 aan het dalen zijn.

## Cannabis

De meeste hasj die in de EU wordt geconsumeerd, is afkomstig uit Marokko en bereikt Europa vooral via Spanje, hoewel Nederland

een belangrijk secundair distributiecentrum lijkt voor de doorvoer naar andere EU-landen. De in de EU inbeslaggenomen marihuana is afkomstig uit verschillende landen (Nederland, Albanië, Angola, Zuid-Afrika, ...). Daarnaast is er in de meeste lidstaten van de EU sprake van lokale teelt en productie van cannabisproducten. De sterkte van cannabis wordt bepaald door de concentratie tetrahydrocannabinol (THC). In 2004 varieerde de concentratie THC in hasj van minder dan 1% (Bulgarije) tot 16,9% (Nederland). De concentratie van THC in marihuana varieerde van 0,6% (Polen) tot 12,7% (Engeland en Wales). In Nederland bedroeg de sterkte van lokaal geproduceerde cannabis 17,7%. Het laatstejaarsgebruik van cannabis onder de 15 tot 34-jarigen is het hoogst in Spanje, Frankrijk, Tsjechië en het Verenigd Koninkrijk (VK) (18 à 20%) en het laagst in Griekenland en Bulgarije (3 à 4%). Gebruik van cannabis is vaak incidenteel. Nochtans zijn er gegevens uit Spanje en het VK die erop wijzen dat mensen cannabis blijven gebruiken tot hun dertigste of veertigste. In ongeveer 15% van de gevallen is cannabis de drug die primair aanleiding vormt om in behandeling te gaan. Daarmee is cannabis na heroïne de drug waarvoor de vraag naar behandeling het grootst is.

## Amfetamines, ecstasy en hallucinogenen

De meeste amfetamines en ecstasy die op de Europese illegale markt worden aangetroffen zijn afkomstig uit België, Nederland en Polen. De Europese productie van methamfetamines beperkt zich grotendeels tot Tsjechië. Onder de EU-lidstaten blijkt het gebruik van amfetamines en ecstasy slechts in enkele landen relatief vaak voor te komen, namelijk in Tsjechië, Estland en het VK. Nieuwe bevolkingsonderzoeken lijken

ook aan te geven dat het stijgende gebruik van amfetamines en ecstasy van de afgelopen jaren zich stabiliseert of zelfs afneemt. Het aantal aanvragen voor behandeling in verband met het gebruik van amfetamines en ecstasy neemt toe. Deze vorm van druggebruik is in de meeste landen vrijwel nooit de eerste aanleiding om in behandeling te gaan. Een belangrijke uitzondering zijn Tsjechië, Slowakije, Finland en Zweden, waar een kwart van de behandelaanvragen verband houdt met methamfetamines. In de meeste landen betreffen de aanvragen voor de behandeling van problemen met ecstasy minder dan 1% van alle gevallen. Hallucino-gene paddestoelen zijn LSD aan het verdringen als meest gebruikte hallucinogene stof. De beschikbaarheid van hallucinogene paddestoelen is toegenomen sinds het eind van de jaren negentig, onder andere via vanuit Nederland opererende websites.

## Cocaïne

De meeste cocaïne die in Europa in beslag genomen wordt, komt rechtstreeks uit Zuid-Amerika (met name Colombia) of komt via Midden-Amerika en het Caraïbisch gebied Europa binnen. De gemiddelde prijs van cocaïne varieert sterk binnen de EU: van €41 per gram in België tot €100 per gram in Cyprus, Roemenië en Noorwegen. Het laatstejaarsgebruik van cocaïne onder 15- tot 34-jarigen bedraagt meer dan 4% in Spanje en het VK en minder dan 0,5% in Griekenland, Tsjechië en Letland. Er wordt al meerdere jaren gewaarschuwd voor een mogelijke toename van cocaïnegebruik in Europa. De beschikbare gegevens over cocaïnegebruik zijn echter beperkt. Het laatstejaarsgebruik bij jongvolwassenen (15- tot 24-jarigen) is in de tweede helft van de jaren negentig opvallend gestegen in het VK en Spanje. De afgelopen jaren is er in die landen echter een stabilisering opgetreden. In Denemarken, Italië, Hongarije, Nederland en Noorwegen is er een bescheiden toename waarneembaar. 8% van alle aanvragen voor behandeling in de EU hebben betrekking op cocaïne. Uit een analyse over de periode 1999-2004 blijkt dat het percentage nieuwe cliënten dat in behandeling gaat voor cocaïne

inegebruik in deze periode is toegenomen van ongeveer 10% tot 20%.

## Opiatengebruik

De in Europa geconsumeerde heroïne is voornamelijk afkomstig uit Afghanistan, dat verantwoordelijk is voor 89% van de wereldproductie van illegale opium. Heroïne komt via twee hoofdroutes Europa binnen. De belangrijkste route is de Balkanroute, die via Pakistan, Iran en Turkije loopt. Na Turkije is er een zuidelijke tak via Griekenland, Macedonië en Italië en een noordelijke tak via Bulgarije, Roemenië, Oostenrijk, Duitsland en Nederland. De andere grote route is de Zijderoute, die loopt via Centraal-Azië, de Kaspische Zee en de Russische Federatie naar Estland, Letland en Duitsland. De schattingen van de prevalentie van problematisch opiatengebruik lopen voor de periode 2000-2004 uiteen tussen 1 en 8 gevallen per 1000 inwoners in de leeftijdsgroep tussen 15 en 64 jaar. Hogere schattingen worden gemeld in Ierland, Italië, Luxemburg, Malta en Griekenland (5 tot 8 gevallen per 1000 inwoners). Trendonderzoek geeft aan dat het problematisch opiatengebruik steeg van halfweg tot eind van de jaren negentig.



Recenter (2000-2004) is er sprake van een stabilisatie of een lichte daling.

## Monitoring van problematisch en polydruggebruik

De huidige EWDD-indicator voor problematisch gebruik richt zich op "het gebruik via injectie of langdurig/regelmatig gebruik van opiaten, cocaïne en/of amfetamines". Deze louter gedragsmatige indicator, ont-

wikkeld in de jaren tachtig, heeft in het huidige, nieuwe Europa heel wat van zijn relevantie verloren. Nieuwe ontwikkelingen in de drugcultuur, de opkomst van synthetische drugs, het illegale gebruik van geneesmiddelen, de verschuiving richting cocaïne en de hoge prevalentie van cannabisgebruik zijn nieuwe tendenzen die ook in rekening moeten worden gebracht bij het bepalen van de omvang van problematisch gebruik. De huidige indicator van problematisch druggebruik dekt een te grote diversiteit aan druggebruik, waardoor nieuwe tendenzen buiten beeld blijven. Het EWDD pleit er dan ook voor om meer gebruik te maken van afzonderlijke indicatoren voor de verschillende vormen van problematisch druggebruik. Andere, nog uit te klaren onduidelijkheden zijn de link tussen intensief druggebruik en problematisch druggebruik en de rapportage van polydruggebruik (als een vorm van problematisch druggebruik).

Fred Laudens

Het rapport kan integraal gedownload worden in het Nederlands op <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

# Enforcement of national laws and self-regulation on advertising and marketing of alcohol (ELSA)

*Het ELSA-project, waaraan VAD als partner voor België twee jaar participeerde, is afgelopen. Het project had als doel te rapporteren over de uitvoering van de nationale wetten en over zelfreguleringsmechanismen inzake alcoholreclame en -marketing in de EU-lidstaten, de kandidaat-lidstaten en Noorwegen. Er participeerden 23 landen aan het project. Griekenland, Luxemburg, Malta en Turkije waren niet vertegenwoordigd.*

Gedurende het eerste jaar werd een expertnetwerk van partners opgericht. De partners kregen een training over hoe de nationale wetgeving en zelfreguleringsmechanismen over alcoholreclame en -marketing kunnen beoordeeld worden. Aan de hand van een vragenlijst verzamelde elk land informatie over de nationale regelgeving met betrekking tot alcoholmarketing. Het resultaat hiervan wordt beschreven in een rapport. Tijdens het tweede jaar van het project werd een rapport voorbereid over de mate waarin nationale zelfreguleringscodes en wettelijke regelgevingen worden nageleefd. Daarvoor

werd aan de partners gevraagd om een overzicht te maken van alle documenten sinds 2000 die (de navolging van) de nationale regelgeving evalueren. Daarnaast stelde ieder land een top tien op van de meest aantrekkelijke alcoholische dranken en alcoholreclames voor minderjarigen. In elk land werd hierover informatie ingewonnen bij een honderdtal jongeren tussen 12 en 17 jaar. Daarnaast werkte VAD mee aan een optionele opdracht, een 'rating panel' veldtest. Met een identieke vragenlijst in alle participerende landen werd de perceptie van alcoholreclame door jongeren nagegaan en

of deze al dan niet conform is met de regelgeving. Uit de top tien van meest aantrekkelijke alcoholreclames selecteerden we vijf alcoholreclames. Deze werden ter beoordeling voorgelegd aan 94 leerlingen tussen 12 en 17 jaar oud uit drie scholen in Gent, Brugge en Leuven.

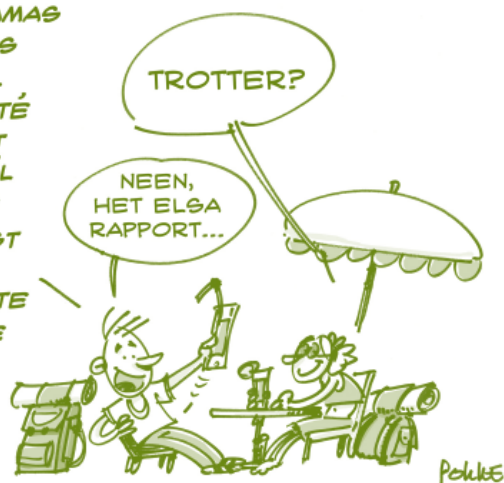
De resultaten van twee jaar werk zullen in vijf rapporten gebundeld worden: een trainingshandleiding, een rapport over regulering, een rapport over impact, een rapport over opvolging en een aanbevelingsrapport.

De *trainingshandleiding* is een werkboek voor de ELSA-partners, dat richtlijnen bevat over hoe op landelijk niveau kan worden gerapporteerd over de regulering van alcoholreclame en hoe deze wordt opgevolgd.

Het *rapport over regulering* bevat een lijst van alle wetten, co-reguleringen en zelfreguleringscodes in de landen die aan het

## HET ELSA PROJECT SLOEG DADELIJK AAN BIJ DE JEUGD!

CHEERS  
JAMAS  
KIPPIE  
SCHOL  
SANTÉ  
PROBIT  
SKÁL  
SAÚDE  
PROST  
SALUD  
SLAINTE  
SALUTE  
...



ELSA-project deelnamen. Het geeft inzicht in de complexiteit van deze reguleringen

werden in alle landen evaluaties van de regelgeving bij elkaar gebracht.

en de verschillende manieren waarop ze in Europa worden geïmplementeerd.

Het rapport over impact bevat een overzicht van de evidentie over de impact van reclame, marketing en sponsoring op het gebruik van alcohol en alcoholgerelateerde schade.

Het rapport over opvolging vat samen in welke mate nationale zelfreguleringscodes en wettelijke regelgevingen worden nageleefd. Hiervoor

Ten slotte wordt er een rapport met aanbevelingen gemaakt.

Als surplus publiceert het ELSA-project twee extra rapporten. Enerzijds worden de resultaten van de bevraging naar de meest aantrekkelijke alcoholische dranken en alcoholreclames en de resultaten van de 'rating panel' veldtest in een rapport gebundeld. Anderzijds voorziet STAP nog een leesbaar samenvattend rapport dat vooral voor beleidsadvies nuttig zal zijn.

Al deze rapporten worden de komende maanden afgerond. We houden u op de hoogte in de volgende nummers van VAD-berichten.

Else De Donder

## ABSTRACT VERPAKT



### Gendersverschillen in de neurobiologie van druggebruikers

Vrouwelijke cocaïnegebruikers lijken te verschillen van mannelijke op een aantal punten: ze starten later met gebruik, vertonen voor ze beginnen te gebruiken vaker psychiatrische pathologie en de behandelresultaten zijn beter. Mannelijke cocaïnegebruikers rapporteren doorgaans psychiatrische pathologie na het chronische middelengebruik en reageren minder goed op behandeling. In dit onderzoek (C.-s. [Ray Li, K. Kemp, V. Milivojevic, & R. Sinha, Neuroimaging study of sex differences in the neuropathology of cocaine abuse, \*Gend. Med.\* 2005; 2:174-182](#)) wordt gezocht naar de neurobiologische verschillen die aan de basis hiervan liggen. Uit vroeger onderzoek wisten we reeds dat mannelijke cocaïnegebruikers vooral frontaal een verminderde bloedperfusie vertonen in vergelijking met mannelijke niet-gebruikers. Dit verschil is niet aanwezig bij vrouwen: cocaïnegebruiksters vertonen een grotere perfusie in de posterior cingulate regio dan niet-gebruiksters. Dit zou de verminderde controle bij craving verklaren bij mannelijke cocaïnegebruikers en de verhoogde stressreactie van vrouwelijke cocaïnegebruikers. Dit onderzoek bevestigt dat

verhoogde hersenactiviteit bij mannelijke cocaïnegebruikers cravinggerelateerd is en bij vrouwelijke stressgerelateerd.

### Jongeren met psychiatrische stoornissen lopen bij cannabisgebruik meer risico op verslavingsproblemen

Jonge cannabisgebruikers die naderhand een beroep doen op de verslavingszorg hebben beduidend meer (40,7% tegenover 5,2%) behandeling gehad voor psychiatrische stoornissen (niet-middelengebonden) dan de andere cannabisgebruikers. Het betreft vooral schizofrene stoornissen, bipolaire en andere stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen ([M. Arendt, R. Rosenberg, L. Foldager, G. Pertoa, & P. Munk-Jørgensen, Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment, \*Journal of Substance Abuse Treatment\* 2007; 32:113-119](#)).

### Heroïnegebruik wordt vaak gecompliceerd door ander middelenmisbruik

Druggebruikers onder methadonsubstitutiebehandeling hebben vaak ook andere

middelengebonden stoornissen. Vooral problemen met benzodiazepines, al dan niet gecombineerd met alcohol, amfetamines en cannabis komen voor. Dit onderzoek ([M. Stenbacka, O. Beck, A. Leifman, A. Romelsjö, & A. Helander, Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment, \*Drug and Alcohol Review\*; 2007; 26:55-63](#)) bevestigt dat alcoholabusus de kans op drop-out en op terugval in illegaal druggebruik verhoogt. Detectie en behandeling van alcoholproblemen bij substitutiecliënten wordt aanbevolen.

### Voorspellende indicatoren bij behandeling van cocaïneverslaving

Factoren die het effect van een behandeling kunnen voorspellen, kunnen helpen bij het ontwikkelen van effectieve behandelingen van cocaïne-afhankelijkheid. De ernst van de ontwenningssymptomen en het resultaat van de urinescreening blijken een sterke voorspellende waarde te hebben en kunnen nuttig zijn bij medicatie-trials in ambulante settings ([Outcome predictors in cocaine dependence treatment trials, J. Ahmadi, K. Kampman, & C. Dackis, \*The American Journal on Addictions\*, 2006; 15:434-439](#)).

# LOG In - Het tweede congres Geestelijke Gezondheidszorg en Nieuwe Media. 11 januari, Rotterdam



*Het Trimbos-instituut en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Nederland nodigden iedereen uit om op 11 januari in te loggen in de wondere wereld van de geestelijke gezondheidszorg en de nieuwe media. Dat dit thema een hot topic is, werd al snel duidelijk door de massale opkomst. Zo'n 500 aanwezigen dompelden zich de hele dag onder in een overweldigend aanbod van presentaties over de nieuwste technologische ontwikkelingen en toepassingsmogelijkheden voor de GGZ.*

Niet zozeer uit de omvang, dan wel uit de kwaliteit van het aanbod bleek dat het hier om meer gaat dan een hype. Vanuit een traditionele kijk op geestelijke gezondheidszorg kunnen we uiteraard de wenkbrauwen fronsen bij de online-toepassingen die de laatste jaren als paddestoelen uit de grond lijken te schieten. Anderzijds is het zo dat de technologieën en de manier waarop we communiceren zo sterk en zo snel evolueren dat er ongetwijfeld mooie kansen te benutten zijn om langs die weg aan de geestelijke gezondheid te werken. Tijdens het congres heerste dan ook een enthousiaste sfeer, maar zoals we weten is ook nuchterheid de Nederlanders niet vreemd en het is dan ook vooral met die houding dat de thematiek benaderd werd. Het viel op dat niemand nog leek te twijfelen aan het nut, de zin of de meerwaarde van het online-aanbod van geestelijke gezondheidszorg. Terecht, zo bleek in de loop van de dag, want er zijn meer en meer bemoedigende resultaten. Tegelijk duiken de eerste evaluatiestudies op die de effectiviteit van een aantal online-toepassingen bewijzen.

### Waarom online?

Van bij de opening van het congres werd de toon gezet. Zowel Jan Walburg, voorzitter van de raad van bestuur van het Trimbos-instituut als Jos de Beer, directeur van GGZ Nederland braken een lans voor de zogeheten 'e-mental health' en de kansen die deze biedt om de kwaliteit en de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. In de toekomst zou e-mental health kunnen tegemoetkomen aan een aantal knelpunten: de groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg bij de bevolking, de budgettaire beperkingen

en de vergrijzing die op termijn voor personeelstekort in de sector zouden kunnen zorgen.

GGZ Nederland en het Trimbos-instituut zetten voor het volle pond in op de toekomst van e-mental health. Dat blijkt uit de oprichting van I.COM, Innovation Centre for Mental Health and Technology. Een team van Trimbos-medewerkers gaat zich voortaan volledig toeleggen op het opvolgen van de ontwikkelingen, het verbeteren van de afstemming en het overleg terzake. Een eerste concreet resultaat is het nieuwe e-zine E-Mental Health Actueel dat in de dagen na het congres voor het eerst verspreid werd. Verder zijn er plannen om een gezamenlijk kwaliteitskeurmerk uit te werken voor toepassingen in e-mental health.

### Van veelbelovend tot effectief

Het hoofd van I.COM, Heleen Ripper, pleitte voor een keurmerk als kans om het digitale aanbod te verbeteren en de innovatie te versnellen. Zij presenteerde de resultaten van een programmeringsstudie 'E-Mental Health'. Die studie werd in 2006 uitgevoerd op vraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ze brengt het huidige Nederlandse aanbod van e-mental health in kaart op vlak van angststoornissen, depressieve klachten en alcoholmisbruik. Dat zijn de drie domeinen in de geestelijke gezondheidszorg die voor de grootste maatschappelijke kost zorgen. De studie ging de wetenschappelijke evidentie van het aanbod na en ging op zoek naar knelpunten en hiaten.

Een derde van alle interventies die geïnventariseerd werden, richt zich op behandeling, twee derde op preventie. In deze groep - en zeker voor wat betreft alcohol - behoren

dubbel zoveel interventies tot selectieve preventie dan tot geïndiceerde preventie. Die verhouding toont aan dat vooral op het vlak van vroeghulp en behandeling het aanbod nog in volle ontwikkeling is.

Uit de meta-analyse bleek dat de reeds bestaande interventies voor preventie en vroegbehandeling van depressie en angststoornissen effectief zijn. Voor alcohol werden veertien e-interventies geïnventariseerd. Voor drinktest.nl en minderdrinken.nl werd inmiddels de effectiviteit bewezen aan de hand van randomised controlled trials (RCT's). Voor drie andere alcoholmodules zijn RCT's in voorbereiding of in uitvoering. Met een voor- en nameting werden ook de effecten van de zelfhulpmodules van jellinek.nl en drankendrugs.nl geëvalueerd.

Globaal toont de studie aan dat de te behalen gezondheidswinst en kosteneffectiviteit op bevolkingsniveau veelbelovend is. Toch was her en der frustratie te horen over het feit dat dat besef nog niet ten volle is doorgedrongen bij de financiers. Zo kampt de site alcoholdebaas.nl met concrete financieringsproblemen en ziet TACTUS, de initiatiefnemer zowaar de eerste online-wachlijsten ontstaan.

### Op naar een omvattend online-aanbod van stepped care?

Na de middag stonden twee maal acht parallelsessies op het programma.

Een daarvan, effectiviteit en doelmatigheid van online-interventies, werd geleid door prof. Pim Cuijpers van de Vrije Universiteit Amsterdam. Hij lichtte plannen toe om een geïntegreerd systeem uit te bouwen van online-zelfhulpmodules voor de meest voorkomende psychische klachten (depressie, angst, alcoholmisbruik). Zo wil men komen tot een online-aanbod op alle niveaus van de zogeheten stepped care. Een deel van het aanbod bestaat reeds, vooral dan in de eerste stappen van de stepped care: preventie en vroeginterventies. In de komende jaren willen de Vrije Universiteit Amsterdam en het Trimbos-instituut een reeks nieuwe

modules uitbouwen om de hiaten te vullen. Zo wordt momenteel werk gemaakt van een online CIDI (Diagnostic Interview), die gebruikers moet helpen om te bepalen met welke module uit het aanbod zij het best geholpen worden.

Wat er ook van zij, uit de presentaties bleek dat op dit moment het online-aanbod voor mildere klachten het grootste potentieel heeft om op bevolkingsniveau gezondheids-winst op te leveren. Online-vroeginterventies kunnen immers voorkomen dat mensen op termijn behandeling nodig hebben.

De resultaten werden vergeleken met een groepscursus ('In de put, uit de put') en met een wachtlijstgroep. Een evaluatie na tien weken toonde aan dat beide interventies significant effectiever zijn dan de wachtlijst. Velen zullen vermoeden dat online-modules zich best vooral tot jongeren richten of vooral jongeren aanspreken. De bovenstaande voorbeelden tonen aan dat de potentiële doelgroep veel ruimer is en dat volwassenen en zelfs senioren hun achterstand in het gebruik van nieuwe media volop aan het inhalen zijn.

Twee voorbeelden van online-vroeginterventies die zich op een wat ouder publiek richten zijn 'Minder drinken' en 'Kleur je leven'. 'Minder drinken? Doe-het-zelf!' werd door het Trimbos-instituut ontwikkeld in samenwerking met Teleac. De cursus ging in

het najaar van 2006 op antenne en maakte gebruik van een zogeheten multi-channel aanpak: aan de hand van een cursusboek, vijf televisie-afleveringen en twee websites konden de cursisten zelfstandig hun alcoholgebruik minderen. Ook al worden de resultaten van het follow-uponderzoek nog verwerkt, de voorlopige resultaten wijzen op een significante daling van het drinken. 'Kleur je leven' is een site die een internet-behandeling biedt voor vijftigplussers met depressieve klachten en werd gebaseerd op de reeds bestaande groepscursus 'In de put, uit de put'. Uit de evaluatie blijkt dat de site qua effectiviteit minstens even goed scoort als de groepscursus.

### **Niet of/of, maar en/en**

Met Log In toonde Nederland aan dat het internationaal een koploper is in de uitbouw van toepassingen voor e-mental health. Wie erg kritisch is, kan een dergelijk congres afschilderen als een onderonsje van believers die preken voor de eigen parochie. Toch bleef men genuanceerd genoeg. Zo werd er meermaals aan herinnerd dat niet iedereen online kan bereikt worden. Herhaaldelijk bleek ook dat de anonimiteit en de vrijblijvendheid van het online-contact een enorme meerwaarde is voor veel gebruikers, maar tegelijk ook een groot risico op uitval en afhaken inhoudt. En

... laat ons niet vergeten dat overmatig pc- en internetgebruik op zich ook problematische vormen kan aannemen.

Natuurlijk zijn online-toepassingen niet zaligmakend, maar de kansen die de nieuwe media bieden, zullen in de volgende jaren een nog groter aanbod doen ontstaan dat effectief tegemoet komt aan de behoeften van soms moeilijk bereikbare doelgroepen. E-mental health is overigens meer dan een aanbod via het internet. Ook mogelijkheden via mobiel bellen, interactieve televisie, het gebruik van zogeheten personal digital assistants worden verkend. Bijvoorbeeld in de thuiszorg zouden dergelijke toepassingen hun nut kunnen bewijzen.

De vraag is dus niet zozeer of een online-aanbod zinvol is, maar wel waarvoor en voor wie en wanneer het een meerwaarde heeft. Of zoals een spreker het verwoordde: "Dertig jaar terug twijfelde men aan de zin of onzin van telefonische contacten met cliënten, maar ondertussen kent iedereen de mogelijkheden en grenzen van telefonische contacten in een begeleiding". Was het met die uitspraak in het achterhoofd toeval dat drie van de vijf Vlaamse deelnemers medewerkers van telefoonlijnen waren?

Tom Evenepoel

## **Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers**

*Op 21 februari werden op een druk bijgewoond symposium de resultaten van het onderzoek 'Effecten van de verschillende justitiële afhandelingen voor druggebruikers' (onder leiding van prof. B. De Ruyver en prof. A. Lemaître) voorgesteld. Het onderzoek gebeurde in opdracht van het Federaal Wetenschapsbeleid in het kader van het Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs en liep van november 2004 tot november 2006.*

Het doel van de studie was na te gaan of alternatieve maatregelen en sancties effecten genereren wanneer ze worden verleend aan druggebruikers, en wat die effecten dan zijn. De focus van het effectiviteitsonderzoek richtte zich vooral op recidive (opnieuw veroordeeld worden) en op verbetering in diverse levensdomeinen, zoals werk, huisvesting, ... Om een zicht te krijgen op de effecten werden 565 gerechtelijke dossiers bestudeerd. Verder werden diverse actoren (beslissers, hulpverleners, justitie-assistenten en druggebruikers

zelf) bevestigd over hun attitude tegenover alternatieve afhandeling.

### **De belangrijkste resultaten**

Globaal kunnen de gevonden resultaten positief genoemd worden. Hoewel de prevalentie van recidive nog hoog is (niet abnormaal bij deze populatie), stelt men toch een vermindering vast van het aantal recidives na een alternatieve maatregel of sanctie. Het gemiddelde aantal feiten dat

wordt gepleegd door de onderzoekssubjecten ligt lager na de maatregel/sanctie dan ervoor. Dit alles gaat samen met een merkbare vooruitgang in een aantal levensdomeinen: onderzoekssubjecten stoppen vaak met (problematisch) gebruik en doen het beter op het vlak van familiale en sociale relaties en vrijetijdsbesteding. Er is minder uitgesproken vooruitgang op het vlak van tewerkstelling. Een belangrijke conclusie is de samenhang die werd gevonden tussen het verminderen van recidives en de vooruitgang op de levensgebieden.

De diverse actoren werden bevestigd naar hun attitude tegenover alternatieve afhandeling. Die bleek positief te zijn, wat toch duidt op een groot draagvlak voor deze methodiek. Men is ervan overtuigd dat alternatieve afhandeling de beste manier is om daadwerkelijke veranderingen in het leven

van de betrokkenen te realiseren en dat hulpverlening onder drang niet onmogelijk is. Negatieve attitudes zijn eerder te interpreteren als 'reserves/voorbehoud'. Reserves voor de toepassing bij mensen die al te veel kansen hebben gehad of

Hulpverlening  
en justitie  
kennen elkaars  
werking te weinig,  
wat samenwerking  
bemoedijkt.


te zwaarwichtige feiten hebben gepleegd.

Na de voorstelling van de resultaten werd met een aantal stellingen een discussierende georganiseerd over rolafbakening en informatie-uitwisseling tussen de verschillende actoren. De tijd was te kort en


het aantal deelnemers te groot om zaken ten gronde te bediscussiëren, maar uit een aantal ongenueanceerde uitspraken werd nog maar eens duidelijk dat hulpverlening en justitie elkaars werking te weinig kennen, wat samenwerking bemoedijkt. Deze laatste indruk bleek ook één van de besluiten van het onderzoek te zijn.

Geert Verstuyf


## GEBOEKSTAAFD

 Landau, J., & Garrett, J. (2006). *Invitational intervention. A step by step guide for clinicians helping families engage resistant substance abuse in treatment*. S.l.: Booksurge LLC.


Dit is een 'doe'-boek, een praktische gids die de verschillende stappen van de ARISE-methode (A Relational Intervention Sequence of Engagement) uitlegt. Deze methode is bedoeld om familieleden van personen met een afhankelijkheidsprobleem die weerstand hebben tegen behandeling, te helpen om hen daarvoor toch te motiveren. Het uitgangspunt is dat families inherent competent en veerkrachtig zijn.

 Van Vlierden, K., & Lammar, P. (2006). *Drugs en medicijnen in het verkeer*. Diepenbeek: Steunpunt Verkeersveiligheid.


Aan de hand van nationale en internationale literatuur wordt een beeld geschetst van de effecten van drugs en medicijnen op de rijvaardigheid, het voorkomen van deze middelen in het verkeer, risicogroepen en achterliggende factoren, opsporingstechnieken en maatregelen voor preventie en handhaving.

 Amos, J. (2006). *Tieners en ... alcohol*. Etten-Leur: Ars Scribendi.


Dit sterk geïllustreerde boekje licht toe wat gebeurt als een jongere een alcoholprobleem ontwikkelt. Gerichte informatie wordt gekoppeld aan het verhaal van een dertienjarige jongen.

 Bureau NDM (2006). *Nationale drugmonitor. Jaarbericht 2005*. Utrecht: Bureau NDM.


Dit zevende jaaroverzicht bevat cijfermateriaal over gebruik, problematisch gebruik, hulpvraag, ziekte, sterfte en de markt van legale en illegale genotmiddelen. Verder biedt het een zicht op de geregistreerde drugcriminaliteit en de strafrechtelijke mogelijkheden in Nederland.

 Trimbos-instituut (2006). *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De publicatie bevat een overzicht van de wetenschappelijke evidentie over de schadelijke effecten van alcoholgebruik onder de zestien jaar en de effectiviteit van een campagne gericht op jongeren en hun ouders met als boodschap 'niet drinken tot je zestiende jaar'.


 Bleuel, P., & Mutsaers, A. (2005). *Inscope. Drugs*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Dit is een lesmap over de thema's tabak, alcohol en drugs. Bedoeling is om de ervaringen van kinderen bespreekbaar te maken, hen informatie te bieden en hen te helpen in het vormen van een mening over het gebruik van deze middelen. Naast concrete lesbeschrijvingen bevat het ook achtergrondinformatie.

 Niesink, R.J.M., & Wychgel, H.D. (2006). *XTC en speed*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Dit boek werd geschreven voor rechters en officieren van justitie, maar is ook informatief voor andere beroepsgroepen. Qua in-

houd lijkt het sterk op de VAD-productdossiers. Er hoort ook een cd-rom bij.

 Rigter, H. (2006). *Cannabis. Preventie en behandeling bij jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Het boek geeft een kritisch overzicht van de mogelijkheden voor preventie en behandeling. Behalve een overzicht biedt het ook praktische adviezen voor instellingen en hulpverleners.

## AANGENAAM



### Kathleen Raskin

Sinds 5 maart 2007 werkt Kathleen Raskin als stafmedewerker bij VAD. Deze klinisch psychologe deed werkervaring in drughulpverlening en coördinatie op bij CGG Ahasverus en dagcentrum De Sleutel Gent. Ze zal mee instaan voor de organisatie van het vormingsaanbod voor hulpverleners.

## Geen RCT'-fundamentalisme bij effectieve gezondheidsbevordering

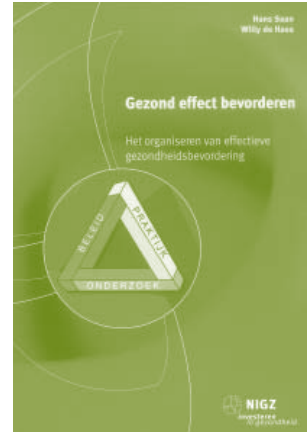
*Deze boekbespreking kwam tot stand naar aanleiding van de lezing van Willy de Haes tijdens de gezondheidsconferentie over tabak, alcohol en drugs te Antwerpen op 23 november 2006. Deze naar Nederland uitgeweken Belg is reeds enkele tientallen jaren bezig met gezondheidsbevordering, al dan niet toegepast op alcohol en andere drugs. Hij is momenteel senior beleidscoördinator bij het stafbureau van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) te Rotterdam. De andere auteur, Hans Saan, is zelfstandig adviseur bij het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).*

In dit boek zijn de uitkomsten verwerkt van vier conferenties over de beste manier om onderzoek, praktijk en beleid voor gezondheidsbevordering aan elkaar te koppelen. Het boek beschrijft op systematische wijze alle deelelementen van een basisreferentiekader met drie velden (processen, resultaten en feedback) gesitueerd in een maatschappelijke context. De auteurs stellen dat het bereiken van positieve effecten op het vlak van gezondheid afhankelijk is van het beïnvloeden van determinanten door uitkomsten van een combinatie van interventies die op een bepaalde wijze zijn georganiseerd en dit alles gesitueerd binnen een welbepaalde maatschappelijke context. De volgorde waarin deze aspecten in het boek zelf aan bod komen is omgekeerd: eerst komt de context aan bod, daarna de verschillende mogelijke interventies, de interventie-uitkomsten, de determinanten en uiteindelijk de gezondheid. De opbouw is zeer pragmatisch en het geheel is rijklijk voorzien van verwijzingen naar relevante publicaties en websites.

Aangezien effectiviteit een centraal thema is in het boek wordt vrij veel aandacht besteed aan het belang van evidence based werken. Hoewel RCT's een eminente plaats innemen, is dit volgens de auteurs niet de enige zaligmakende weg in het domein van de gezondheidspromotie. Evaluatieonderzoek wil zo eenduidig mogelijk vaststellen wat de aard en de omvang van de resultaten is en in hoeverre deze toe te schrijven zijn aan een bepaalde interventie. Bij een RCT-design zijn vier kenmerken van essentieel belang. Ten eerste, randomisatie of at random (bij toeval) toewijzen van personen aan een exper-

imentele of een controlegroep; ten tweede het 'double blind' toewijzen van de interventie aan de experimentele of aan de controlegroep, ten derde het uitvoeren van een gestandaardiseerde voor- en nameting en ten vierde het vaststellen van een eenduidige relatie tussen interventie en resultaat. Dit is uitvoerbaar bij het toetsen van het effect van een geneesmiddel, maar in de praktijk van de gezondheidsbevordering is dit slechts in uitzonderlijke omstandigheden mogelijk en dan nog gemakkelijker voor aids en roken dan voor seksueel gedrag en druggebruik.

De auteurs pleiten voor het aanwenden van een mix van verschillende methoden van evaluatieonderzoek. Niet alleen kwantitatief onderzoek (met RCT's op kop), maar ook kwalitatief onderzoek. De stammenstrijd tussen 'kwantitatieven' en 'kwalitatieven' is vaak zinloos. Deze onderzoeksvormen kunnen elkaar zinvol aanvullen in een RCT-plusformule. Er is wel degelijk een statusverschil tussen het echte toetsende onderzoek met gebruik van geavanceerde statistische technieken op grote datasets enerzijds en het explorerende kwalitatieve kleinschalige onderzoek anderzijds. Maar tegenwoordig wordt erkend dat ook aan kwalitatief onderzoek hoge kwaliteitseisen kunnen worden gesteld. RCT mag niet als dogma gelden. De context waarbinnen een concreet project van gezondheidspromotie verloopt, is vaak zeer verschillend van de setting waarin een RCT mogelijk is. Een RCT biedt veel zekerheid, maar dit slechts op zeer beperkte schaal. Bovendien kan weinig gezegd worden over hoe iets werkt en of het ook werkt in een context die enigszins afwijkt van de soms wereldvreemde RCT-omstandigheden. Een citaat van Albert Einstein vooraan in het



boek relateert trouwens het belang van het kwantitatief meten: "Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted".

Op het einde van het boek benadrukken de auteurs een aantal statements. Ten eerste, bij gezondheidspromotie zijn beleid, onderzoek en praktijk drie partijen die gedoemd zijn tot samenwerking. Ten tweede, samenwerking vraagt om communicatie, want beleid, onderzoek en praktijk gedragen zich soms als drie stammen met eigen rituelen, gewoontes en heilige boeken. Ten derde, de complexiteit van het werkveld gezondheidspromotie zit niet alleen in het thema gezondheid en ecologische processen, maar ook in de visies en theorieën die eraan ten grondslag liggen. Ten vierde, continuïteit van kennisontwikkeling vergt management, infrastructuur en competentie.

Het verhaal eindigt met te stellen dat het boek geen handboek is, maar een wegwijzer met een referentiekader als kaart van de werkveld en een kenniscirkel als geologische kaart van de processen onder de oppervlakte. Dit lijkt er op te wijzen dat de auteurs effectieve gezondheidspromotie beschouwen als een voortdurende ontdekkingstocht.

Joris Casselman  
Prof. em. KU Leuven  
Voorzitter Vlaamse Vereniging voor  
Geestelijke Gezondheid

**Saan, H. & de Haes, W. (2005). *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ.**

1 RCT staat voor Randomised Controlled Trial.



## Psychoactieve medicatie | inventaris

Deze inventaris is bedoeld voor intermediairen en preventiewerkers die op zoek zijn naar preventiemateriaal rond psychoactieve medicatie. Alle materialen worden beknopt beschreven op een fiche. U vindt er inhoudelijke, methodische en praktische informatie. De inventaris bestaat uit twee delen: het eerste deel bevat brochures en folders, het tweede deel bevat spelmateriaal en lespakketten.

PUB40, €7,50



## Middelengebruik en suïcide | dossier

Dit dossier licht, op basis van de resultaten van een uitgebreide literatuurstudie, de relaties tussen middelengebruik en suïcide toe.

De invloedsvariabelen in deze relatie kunnen in drie domeinen worden ingedeeld: persoonsgebonden, omgevingsgebonden en middelengebonden factoren. Daarnaast worden in het dossier praktijkrelevante handvatten aangereikt voor preventie, vroegdetectie en therapeutische behandeling. Een heel praktisch onderdeel is het Nederlandse protocol Suïcide in de verslavingszorg, dat integraal in het dossier is opgenomen. Tot slot wordt ook aan het preventieve belang van nazorg de nodige aandacht besteed.

PUB42, €7,50



## Gokken | dossier (herziene versie, in samenwerking met CAD-Limburg)

Dit dossier focust op kansspelen. Met 'kansspelen' bedoelen we zowel kansspelen in speelautomatenhallen als weddenschappen op evenementen, gokken op het in-

ternet, spelen op de Nationale Loterij,...

De volgende thema's komen daarbij aan bod: wetgeving in België, gokverslaving en risicofactoren (spel, persoon, omgeving), prevalentie, hulpverlening en preventie.

GOV01, €7,50



## Gecontroleerde heroïneverstrekking | dossier

Dit dossier is een grondige actualisering van de gelijknamige publicatie uit 2003. We nemen op basis van literatuurstudies de lopende

experimenten in het buitenland onder de loep: onderzoeken uit Zwitserland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Canada, Spanje en Australië passeren de revue. We bespreken de belangrijkste resultaten.

PUB41, €7,50



## BESTELBON

Naam publicatie	bestelcode	eenheidsprijs	aantal	totaal
<b>Meest gestelde vragen. Iemand steunen bij het stoppen met drank, drugs, pillen en gokken</b>   folder (zie artikel p.8)	DLF18	€0,40		
<b>Psychoactieve medicatie</b>   inventaris	PUB40	€7,50		
<b>Middelengebruik en suïcide</b>   dossier	PUB42	€7,50		
<b>Gokken</b>   dossier (herziene versie, in samenwerking met CAD-Limburg)	GOV01	€7,50		
<b>Gecontroleerde heroïneverstrekking</b>   dossier	PUB41	€7,50		
			Totaal	

Naam: .....

Leveringsadres: .....

Facturatieadres: .....

Tel.: ..... Datum bestelling: .....

Handtekening: .....

De prijzen zijn exclusief verzendingskosten en eventuele verpakkingskosten.

De leveringstermijn is ongeveer twee weken. Betaling na ontvangst van factuur.

**Terugsturen naar:**  
VAD, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel,  
fax 02 423 03 34 • e-mail [vad@vad.be](mailto:vad@vad.be)