

Periodiek van de Vereniging voor  
Alcohol- en andere Drugproblemen vzw



# VAD-berichten

Versijnt vijf maal per jaar • Afgiftekantoor: 9000 Gent X



VAD

januari 2006 • Ni



## VAD-vormingen

Werkwijze@

vormingsaanbod over alcohol en drugs

- **Terugvalpreventie**  
14, 28 maart en 18 april 2006
- **Productinformatie: illegale producten, alcohol en medicatie. Een antwoord op uw vragen.** *Namiddagseminarie*  
27 april 2006
- **Europ-ASI**  
4, 11 en 30 mei 2006
- **Beroepsgeheim, meldingsplicht, ... Wat betekent dit voor de preventiewerker en voor de samenwerking tussen diverse organisaties op lokaal niveau?** *Namiddagseminarie*  
16 mei 2006

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

## Binnenlandse congressen

- **Prévention des assuétudes: concepts et strategies**  
10-12 mei 2006, Luik  
Website: <http://social.prov-liege.be/home/home.jsp>

## Buitenlandse congressen

- **National Drug Treatment Conference 2006**  
9-10 maart 2006, Glasgow (Groot-Brittannië)  
Website: [http://www.exchangesupplies.org/conferences/2006\\_NDTC/intro.html](http://www.exchangesupplies.org/conferences/2006_NDTC/intro.html)
- **Delivering Excellence in Service Provision - cannabis**  
17 maart 2006, Plymouth (Groot-Brittannië)  
Website: <http://www.medicouncilalcol.demon.co.uk/Advert.pdf>

- **ESBRA/SFA Congress: Increase our knowledge to improve the treatment of addictions**  
13-14 april 2006, Parijs (Frankrijk)  
Website: <http://www.esbra.com/>
- **17<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug Related Harm**  
30 april-4 mei 2006, Vancouver (Canada)  
Website: <http://www.harmreduction2006.ca/>
- **American society of addiction medicine: 37<sup>th</sup> annual medical-scientific conference**  
4-7 mei 2006, San Diego (Verenigde Staten)  
Website: <http://www.asam.org/>



## INHOUD

REDACTIONEEL .....	3
VAD IN ACTIE .....	4
Dr. Ansoms op de praatstoel .....	4
Analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek: een gids voor de data-jungle .....	6
Iedereen feest! .....	8
Een lokaal alcohol- en drugbeleid: op elk vlak de juiste aanpak. Welzijnssector .....	9
HALLO, MET DE DRUGLIJN .....	11
Wat heeft hepatitis C met druggebruik te maken? .....	11
FOCUS .....	11
De Drugmobiel .....	11
UITGESPROKEN .....	12
Een getuigenis in het preventiewerk .....	12
BRUSSEL CENTRAAL .....	15
Beleidsbrief Welzijn, gezondheid en gezin: beleidsprioriteiten 2005-2006, Minister Inge Vervotte .....	15
GEWIKT EN GEWOGEN .....	16
Dossier cocaïne: een relaas over coca, crack en cocaïnepoeder .....	16
Werken met peers: een theoretische omkadering .....	17
Vlaamse onderzoekers en praktijkwerkers wisselen informatie uit op het derde onderzoeksplatform middelengebruik .....	18
ABSTRACT VERPAKT .....	19
BIJBLIJVEN .....	20
Masterclass 'Suicide en middelenmisbruik' .....	20
Inzicht in problematisch middelengebruik bij asielzoekers .....	21
GEOEKSTAAFD .....	22
UITGELEZEN .....	22
Cannabis zonder coffeeshop .....	22
ETALAGE .....	24
KNIPOOG .....	
Drugs uit auto gegooid ... naar politiewagen .....	7
Eigen bier eerst in Vlaams Parlement .....	9
Bier met nicotinesmaak op komst .....	15
Chimpansee stopt na zestien jaar ... met roken .....	15

## 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

Het jaar is nog maar pas van start gegaan en VAD overlaadt u weer met informatie. Veel preventie deze keer. Veel gegevens en hoe er 'evidence based' mee om te gaan. Hoe kan je als preventiewerker je lokale omgeving juist inschatten: gegevens verzamelen, analyseren en juist interpreteren? Hoe kan je als organisator van feesten de gezondheid en de veiligheid van je bezoekers garanderen? Hoe kan je als welzijnswerker constructief omgaan met de alcohol- en drugproblemen van je cliënten?

VAD heeft op verschillende terreinen publicaties klaar of in de maak. Feestwijzers voor feestneuzen ... en vooral voor de organisatoren. Een dossier: werken met peers. Een vernieuwde sectorbrochure voor de welzijnswerkers. Een nieuw dossier met alle relevante en recente informatie over cocaïne.

Je vindt in dit nummer ook een beschrijving van een nieuw en ambitieus preventieproject voor scholen (de Drugmobiel) en een opiniestuk over de effectiviteit van negatieve getuigenissen van ervaringsdeskundigen als preventief middel.

En first and not least een interview met dr. Stan Ansoms die vanuit zijn lange ervaring zijn visie geeft op alcohol- en drugproblemen en op de evolutie ervan. Veel stof om na te denken en misschien ook te discussiëren.

Frieda Matthys

## Vacatures op [www.vad.be](http://www.vad.be)

Naar aanleiding van enkele recente vragen van het werkveld heeft VAD besloten een plaatsje vrij te houden op haar website voor het aankondigen van vacatures. De enige voorwaarde die we stellen is dat de vacante betrekking een alcohol- en/of drugspecifieke werking inhoudt. Vacatures voor bijvoorbeeld een administratieve bediende of een poetsvrouw komen niet in aanmerking. VAD-lidmaatschap is hierbij geen vereiste. U kan dit dus doorgeven aan bijvoorbeeld organisaties of personen waar u mee samenwerkt. De tekst van de betreffende vacature kan doorgemailed worden naar onze webmaster Tom Warmoes (Tom.Warmoes@vad.be). De vacature blijft on line tot de aangegeven datum waarop geïnteresseerden kunnen reageren. U kan de vacatures lezen via de link 'Nieuws' (<http://www.vad.be/nieuws.html>).

U vindt er ook eventuele VAD-vacatures.

### Dr. Ansoms op de praatstoel

*Drieëntwintig jaar lang was dr. Ansoms voorzitter van VAD. Hij leidde VAD door rustige, maar ook door meer turbulente perioden. Steeds deed hij dat met evenveel engagement, diplomatie en zorg. Vorig jaar kondigde hij aan het mandaat te willen neerleggen. Inmiddels is dr. Frieda Matthys verkozen tot voorzitter van VAD. Wij praatten met dr. Ansoms over verleden, heden en toekomst van VAD.*



*VAD-berichten: VAD werd opgericht in 1982. De meesten van onze lezers werkten toen wellicht nog niet in de sector. Kan u ons iets vertellen over de opstart en de eerste jaren van VAD?*

*Dr. Ansoms:* Vooraleer de VAD werd opgericht, bestonden er reeds enkele aanverwante organisaties. Ik denk vooral aan het NCA<sup>1</sup> en het NFKAT<sup>2</sup>. Het NCA groepeerde de pioniers van de alcoholpreventie in België en het NFKAT was de eerste koepelorganisatie voor de gespecialiseerde consultatiebureaus en later ook voor de residentiële ontwenningcentra. Er bestonden dus wel twee aparte vzw, maar de mensen die zich in die organisaties engageerden waren voor het merendeel dezelfde.

Vanuit de overtuiging dat op het vlak van verslaving preventie en hulpverlening sterk met elkaar verweven zijn, werd er na heel wat overleg een fusie gerealiseerd onder de naam NCAD<sup>3</sup>. In dezelfde periode werd er in

België politiek beslist tot een communautarisering, waarbij de persoonsgebonden materies werden toegewezen aan de gemeenschappen. Deze regel werd ook toegepast op het preventiegebeuren en men creëerde twee onafhankelijke overlegcomité's. Los van dit alles was er in Vlaanderen dan ook nog een Volksbond, afgeleid van de gelijknamige Nederlandse organisatie.

In 1982 werd dan de VAD opgericht, dus een werkelijk geïntegreerde of een gefusioneerde Vlaamse koepelorganisatie. Er werd gestart met weinig middelen: een halftime secretaresse (ons Annie), de helft van de NCA-bibliotheek en we kregen jaarlijks een heel beperkte subsidie waarmee alle concrete preventieprojecten in Vlaanderen moesten gerealiseerd worden. Omdat de betoelaging zo gering was, waren wij vlug uitgepraat over de centen, maar hadden wij uren tijd om te discussiëren over principes, criteria en één maal per jaar ook over een billijke financiële verdeelsleutel. Inhoudelijk moesten wij enkele goede tradities in ere houden; denk bijvoorbeeld aan de derde week van november (de jaarlijkse sensibilisatieweek in verband met het alcoholisme), met dan telkens op dinsdag de 'schooldag tegen het alcoholisme'.

*VAD-berichten: Hoe bent u zelf betrokken geraakt bij VAD?*

*Dr. Ansoms:* Als assistent in opleiding ging aanvankelijk mijn voorkeur uit naar psychoanalytische therapie, maar blijkbaar had ik te veel weerstand voor een leeranalyse en koos ik finaal voor de richting sociale psychiatrie. Mijn eerste patiënten waren toevallig mensen met een alcoholprobleem. Zij werden verwezen door de zeer charismatische professor Paesmans uit Hasselt. Een jaar later vroeg hij mij een handje te komen toesteken in het CAD van Hasselt. Diegenen die Paesmans hebben gekend,

weten dat je dat dan niet kon weigeren. Enkele jaren later introduceerde hij mij in het NFKAT, als vertegenwoordiger voor Limburg. Korte tijd later zat ik dan in het NCAD en bij de voorbereidende gesprekken voor de oprichting van de VAD. Zo herinner ik mij een tweetal gesprekken in de 'Vobby-snack' in Antwerpen, een cafetaria van de Volksbond. Eén van de meest actieve pleitbezorgers voor de oprichting van de VAD was pater Piet Meesters. Persoonlijk meen ik nog steeds dat hij toen ook best voorzitter geworden zou zijn, maar uiteindelijk kreeg ik de opdracht toegeschoven.

*VAD-berichten: U bent 23 jaar voorzitter geweest van VAD. Welke waren in al die tijd de scharniermomenten in de ontwikkeling van VAD?*

*Dr. Ansoms:* De VAD evolueerde afwisselend met rustige en meer turbulente periodes. Die evolutie hadden we trouwens niet altijd volledig in de hand.

De beginperiode vond ik uiteraard zeer belangrijk omdat toen reeds de latere ontwikkelingslijnen werden vastgelegd: de integratie van preventie en hulpverlening, de VAD-berichten als permanent communicatieblad, het eerste logo dat het gezicht en de eenheid van de organisatie symboliseerde, enzovoort. Ik verdedigde de idee om onmiddellijk een aantal thematische werkgroepen op te richten: voorbeelden zijn onder meer de werkgroepen 'onderwijs', 'alcohol en werk' en 'verslaving en vrouwen'. Dankzij de structuur van deze werkgroepen konden we snel een aantal boeiende zaken realiseren en geraakten velen geïnteresseerd in de VAD-werking. Verder hebben we van in het begin veel aandacht besteed aan de representativiteit van het ledenbestand. Interesse voor de problematiek was niet voldoende om als lid aanvaard te worden; je moest kunnen aantonen dat je als organisatie minstens al een jaar lang een specifieke werking rond de alcohol- en drugproblematiek had ontplooid. Op die wijze zijn wij toen kwantitatief niet te vlug gegroeid, bijvoorbeeld

<sup>1</sup> Nationaal Comité tegen het Alcoholisme

<sup>2</sup> Nationale Federatie van Consultatiebureaus voor de zorg voor Alcoholisten en andere Toxicomanen

<sup>3</sup> Nationaal Comité voor Alcohol- en andere Drugproblemen

in tegenstelling tot het franstalige CCAD<sup>4</sup>, dat in een mum van tijd uitgroeide tot een onoverzichtelijke organisatie met meer dan tachtig leden.

Een tweede belangrijk groeimoment hebben wij te danken aan de overheid, die op een bepaald moment het preventieproject voor Vlaanderen goedkeurde. Hierdoor kon er voor gans Vlaanderen een vaste ploeg preventiewerkers aan 't werk gezet worden, twee per provincie. Zij werden gelokaliseerd in een aantal Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, maar de centrale coördinatie gebeurde in en door de VAD. De goedkeuring van dit preventieproject was vanwege de overheid een bijzonder belangrijke structurele beslissing, waardoor er eindelijk wat meer continuïteit mogelijk werd en er onder leiding van Marijs Geirnaert een periode van toenemende professionalisering en specialisatie op gang kon komen.

De oprichting van het VIG<sup>5</sup> was ook een belangrijk gebeuren. Op een bepaald moment wilde de overheid de preventiestrategieën en vooral de beschikbare krachten en middelen bundelen door een ganse reeks organisaties meer te doen samenwerken binnen één preventie-instituut. Ik was persoonlijk wat meer betrokken bij de oprichting van het VIG, onder meer omdat ik destijds ook enkele jaren voorzitter was van de Wetenschappelijke Stuurgroep voor AIDS-preventie in Vlaanderen. De VAD heeft zich binnen deze ontwikkeling heel loyaal en constructief opgesteld maar zonder hierbij haar autonomie te verliezen.

De opstart van de Druglijn in 1994 was ook een bijzonder scharniermoment. De Druglijn geeft niet alleen veel informatie en service naar de bevolking toe, maar dit initiatief is voor de VAD een permanente bron van informatie en het heeft ook sterk bijgedragen tot de verruiming van de VAD-thematiek van alcohol naar illegale drugs, psycho-actieve medicatie én gokgedrag.

In onze relatie met de overheid was de overstap van een subsidiëring louter op basis van projecten naar een betoelaging op basis van een convenant eveneens een

belangrijke stap. Dergelijke betoelaging gaf ons meer financiële zekerheid, maar anderzijds ook een strakkere opdracht van wat wij moesten realiseren, af en toe een beetje ten koste van de flexibiliteit om snel te reageren op directe noden. Anderzijds heeft het werken met een convenant de VAD én in feite ook de overheid verplicht om een adequaat overlegmodel te ontwikkelen.

Ten slotte konden we in 2004, dankzij een vriendelijke aankoop van het voormalig klooster van de Franciscanen, verhuizen naar de Vanderlindenstraat in Schaarbeek. Het toenemende plaatsgebrek in de Tollenaerstraat en de groeiende verloren uitgaven, doordat wij vele vergaderingen en vormingen buitenshuis moesten organiseren, stelden ons voor deze noodzakelijke, maar nu gelukkige beslissing. Niet alleen is hiermee het plaatsgebrek opgelost, maar wij zien dat de bibliotheek en het documentatiecentrum beter tot hun recht komen. Het VAD-gebouw symboliseert veel sterker de samenhang, de idee van de gezamenlijke vereniging. De betrokkenheid van de leden is hierdoor ongetwijfeld veel groter geworden.

*VAD-berichten: VAD heeft zich ontwikkeld in nauw contact met en ten dienste van het werkveld. Welke evoluties hebt u in het werkveld gezien?*

*Dr. Ansoms:* Het werkveld is enorm gegroeid en dit zowel op het vlak van de noden als van het aanbod. We hebben de opkomst van de drugproblematiek gekend. Als antwoord daarop werden er in Vlaanderen een ganse reeks van specifieke centra met een RIZIV-conventie opgericht, gevolgd door nog meer laagdrempelige centra, MSOC<sup>6</sup> en de opkomst van de substitutieprogramma's (methadon). Men zoekt ook nog steeds naar passende antwoorden op specifieke vragen en doelgroepen, zoals de drugproblematiek in de gevangenissen, de HIV-problematiek, spuitenruil, het straathoekwerk, enzovoort.

Daarnaast moet ik wijzen op de sterk toenemende professionalisering, niet alleen in het preventiewerk en de hulpverlening, maar in de eerste plaats ook bij de VAD-medewerkers zelf. Wij mogen daar zeer fier over zijn en het is Marijs die hiervoor de meeste pluimen op haar hoed mag steken.

*VAD-berichten: Zo'n lange tijd voorzitter zijn is ongetwijfeld geen gemakkelijke opdracht en vraagt een groot engagement. Hoe hebt u deze rol proberen in te vullen, wat wilde u als voorzitter bereiken, op welke zaken kijkt u positief terug?*

*Dr. Ansoms:* De taak van een voorzitter is zorg dragen voor de organisatie en op die wijze waken over de missie en de statutaire doelstellingen. Je doet dit uiteraard niet alleen, maar samen met een groep gemotiveerde bestuursleden. Ook zij komen telkens naar Brussel afgezakt voor dit gemeenschappelijke doel. Persoonlijk was ik erg waakzaam over de representativiteit en de consensus binnen de VAD. Rekening houdend met de reële heterogeniteit van onze leden is het heel belangrijk dat iedereen vanuit zijn of haar competentie kan deelnemen en ook gehoord kan worden. Verder hebben wij meermaals expliciet gesteld dat de VAD de belangen van de alcohol- en drugproblematiek moet behartigen en niet echt de zeer persoonlijke belangen van de ledenorganisaties zelf. De organisatie moet ook financieel gezond blijven. Met veel dankbaarheid mag ik zeggen dat ik hierin al die jaren schitterend werd bijgestaan door Georges Debref en Piet Meesters.

Ik heb de VAD steeds gezien als een actief platform, een soort interface tussen het werkveld, het beleid en de wetenschap. Deze idee is gegroeid naar aanleiding van contacten met een aantal mensen in de States. Zij zegden me "Flanders is just a small city, no more. So really, you have to develop a global community-oriented approach". De VAD moet in overleg met de overheid en gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten, inspirerend en coördinerend zijn om in samenwerking met de vele lokale organisaties concrete acties op gang te brengen.

*VAD-berichten: Welke zijn volgens u de belangrijkste groeipunten voor VAD in de komende jaren?*

*Dr. Ansoms:* Ik zou zeggen dat die functie van 'interface' nog niet volledig gerealiseerd werd en ik zie inderdaad nog belangrijke groeipunten in de verschillende segmenten.

Ik zou adviseren om het overleg met de overheid, zowel met kabinetten als met de administratie, goed te verzorgen. De VAD

4 Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues

5 Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie

6 Medisch Sociale Opvangcentra

moet zich hierbij ondersteunend en uitvoerend opstellen, maar sterk inspirerend en in overeenstemming met de eigen visie. De VAD moet blijven werk maken van het vertalen, populariseren en uitwisselen van de bruikbare recente wetenschappelijke inzichten. Een zeer belangrijk punt hierbij is dat de VAD in toenemende mate gesolliciteerd wordt voor allerlei vormen van deskundigheidsbevordering, zowel op vlak van preventie als hulpverlening. Ik weet dat er reeds enorm veel inspanningen geleverd worden, maar die vraag zal nog toenemen. Er is immers een enorm verschil tussen een theoretische opleiding en een concrete praktijkervaring. Ten slotte moet de VAD haar kracht en opdracht vooral halen uit het werkveld zelf.

Wij moeten oog en oor hebben voor de mensen met middelengerelateerde problemen. Ik denk dan niet alleen aan de gebruikers maar ook aan hun onmiddellijke omgeving, hun familieleden en de hele maatschappelijke context. Soms heb ik het gevoel dat de VAD deze contacten wat bewuster zou kunnen verzorgen en zich ook wat duidelijker als hun pleitbezorger zou moeten opstellen.

*VAD-berichten: Als u een wens mag uitspreken voor de toekomst van VAD, welke zou dat zijn?*

*Dr. Ansoms: Ik hoop dat de VAD een dynamisch project blijft, interactief met het werkveld en steeds op zoek naar interne consensus. De VAD heeft ondertussen wel*

de competentie van een instituut bereikt, maar de huidige dynamiek mag zeker niet gehypothekeerd worden door te veel bureaucratie en administratie. Verder hoop ik dat de werking van de VAD als een echt privé-initiatief gekenmerkt blijft door loyaliteit en samenwerking, ook door het besef dat we een beetje schatplichtig blijven aan onze voorgangers, de vele organisaties en vrijwilligers die de latere geschiedenis van de VAD hebben mogelijk gemaakt.

*VAD-berichten: dr. Ansoms, bedankt voor dit boeiende gesprek. We zijn blij dat u zich blijft engageren in onze Raad van Bestuur en dat we ook in de toekomst nog een beroep zullen kunnen doen op uw expertise en ervaring.*

## Analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek: een gids voor de data-jungle

*Hoe lokale alcohol- en druginterventies vorm krijgen, is sterk afhankelijk van plaatselijke noden en structuren. Interventies op maat vereisen dat eerst de lokale situatie op het vlak van middelengebruik en daaraan gelieerde problemen, oorzaken en gevolgen in kaart worden gebracht. Om dat naar behoren te doen is een analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek aangewezen. Dit vergt heel wat zoek- en analysewerk. Om lokale actoren hierin een eind op weg te helpen, publiceert VAD eind 2006 een cahier over de analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek. In afwachting daarvan wordt de inhoud uitgetest in een pilotproject.*

### Planmatige aanpak van een lokale analyse

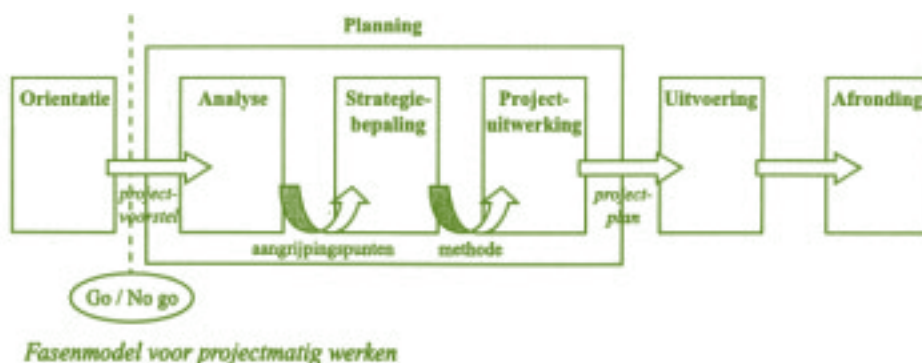
De analyse van de lokale alcohol- en drugproblematiek is ingebed in een ruimer beleids- en interventieproces en dient planmatig aangepakt te worden. Het fasenmodel van Scheerder e.a. (2003)<sup>1</sup> biedt een goede houvast om de plaats van lokale analyse in die projectmatige aanpak te situeren.

Na een positieve respons in de oriëntatiefase wordt de planningsfase ingezet. Analyse is daarin een essentieel onderdeel. Op basis van de analyseresultaten krijgen de strategie en de projectuitwerking verder vorm,

voor ze overgaan in de uitvoeringsfase. Belangrijk is dat de analyse verschillende aspecten in kaart brengt:

- probleemanalyse: aan de hand van epidemiologische data (prevalentie, incidentie, ...) de aard en de ernst van het gezondheidsprobleem aanduiden;

- gedrags- en omgevingsanalyse: op basis van empirische onderzoeksresultaten uit literatuur en/of etiologisch onderzoek nagaan welke gedrags- en omgevingsfactoren aan de oorzaak van het gezondheidsprobleem liggen;
- determinantenanalyse: aan de hand van theoretische modellen de determinanten van de in kaart gebrachte gedrags- en omgevingsfactoren omschrijven en nagaan hoe deze determinanten via interventies beïnvloed kunnen worden;
- contextanalyse: een zicht krijgen op de uiteindelijke doelgroep (achtergronden, wensen en gevoeligheden in de aanpak van het probleem, ...) en op de intermediairen (behoeften, aanvaardbaarheid



<sup>1</sup> Scheerder, G., Van den Broucke, S. & Saan, H. (2003). *Projecten voor gezondheidspromotie. Een handleiding voor kwaliteitsvol werken*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

van interventies, draagvlak, deskundigheid, ...).

## ANALYSE VAN DE LOKALE ALCOHOL- EN DRUGPROBLEMATIEK

### Objectieve gegevens als 'evidence'

Keuzes voor gezondheidsbevorderende interventies dienen gebaseerd te zijn op een stevige onderbouw, in plaats van op niet getoetste veronderstellingen. Objectief feitenmateriaal over de gezondheidsproblematiek, de determinanten daarvan en de interventies is onontbeerlijk voor een accurate aanpak. Om de objectiviteit te maximaliseren, werd naar evidence based bronnen gezocht. Vanuit drie bronnen die risicofactoren en beschermingsfactoren voor problematisch middelengebruik omschrijven (EMCDDA<sup>2</sup>, VAD, HDA<sup>3</sup>) werden meetbare indicatoren voor deze factoren gezocht. Voor de indicatoren werden eveneens bruikbare schema's gevonden, onder meer bij het Trimbos-instituut en het IVO<sup>4</sup>. Op basis van deze meetbare indicatoren konden beschikbare bronnen geïnventariseerd worden.

### Beschikbare bronnen ...

Er zijn tal van onderzoeksresultaten en databanken over aan middelengebruik gerelateerde onderwerpen beschikbaar. Deze werden geïnventariseerd in een overzichtsschema. Het schema bevat toegankelijke internetlinks naar deze databanken. Daarnaast staat de evidence based onderbouw nog eens vermeld en wordt aangegeven voor welk geografisch niveau de data beschikbaar zijn. Data op hoger niveau (Belgisch of Vlaams) zijn meestal beschikbaar, maar op lokaal vlak moet vaak gezocht worden naar aanvullend materiaal.

### ... en aanvullende bronnen

In de eerste plaats kunnen gemeentelijke en politionele statistieken een aanvullend beeld geven voor een aantal variabelen. Daarnaast kunnen registratiebestanden van lokale gezondheids- (alcohol- en drughulpverlening!) en welzijnsvoorzie-



ningen een rijke bron van informatie zijn. Het inventariseren van reeds uitgevoerd onderzoek in de gemeente kan ook bruikbaar materiaal opleveren.

Maar er is ook nood aan aanvullende kwalitatieve gegevens. Aangezien er op lokaal vlak voor grootschalig onderzoek meestal niet voldoende tijd en geld voorhanden is, is het aanbevolen te werken met haalbare onderzoeksmethoden. Een goed voorbeeld daarvan is de methode van de focusgroep. In een focusgroep wordt met enkele vragen een groepsinterview opgezet met zes tot tien sleutelfiguren uit de professionele sector of uit de doelgroep. In het VAD-cahier zullen enkele technieken voor aanvullende dataverzameling worden opgenomen.

De combinatie van verzamelde kwantitatieve en kwalitatieve data maakt een relevante aanvulling en verfijning van het bronnenmateriaal op hoger niveau mogelijk.

### Lokale analyse ... en dan?

Eens de analyse afgerond is, is het zaak om de juiste strategische keuzes te maken en van daaruit de nodige stappen te zetten om het gezondheidsbevorderend project te implementeren. In de eerste helft van 2006 worden vanuit VAD twee lokale pilootprojecten begeleid om goede praktijkvoorbeelden te vinden in het aan de slag gaan met de analyseresultaten. Ook de feedback van de regionale preventiewerkers ver-

bonden aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg zal verwerkt worden. Zo sluiten we het jaar af met een evidence based publicatie voor alle lokale actoren die rond de alcohol- en drugthematiek werken.

Johan Rosiers

## KNIPOOG

### Drugs uit auto gegooid ... naar politiewagen

Dat paniek een slechte raadgever is, weten we allemaal. Drie Noord-Fransen ondervonden dat aan den lijve. Toen ze op de autosnelweg vanuit België op weg waren naar Frankrijk met anderhalve kilo cannabis, zagen ze in de achteruitkijkspiegel plots zwaailichten opdoemen. De drugs werden in allerijl uit het raam gegooid, maar dat bleek een inschattingfout. De politiecombi begeleidde immers enkel een geldtransport. De verbazing was dan ook groot toen er ineens drugs op straat belandden. Na een achtervolging werden de Fransen ingerekend. Ze zijn veroordeeld tot celstraffen van tien maanden, gedeeltelijk met uitstel.

Bron: Het Laatste Nieuws, 29/11/2005

<sup>2</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>3</sup> Health Development Agency.

<sup>4</sup> Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.

# Iedereen feest!

*Wekelijks zorgen tal van organisatoren voor een bruisend uitgaansleven. Overal in Vlaanderen kan je terecht voor een feestje, fuif of clubavond. In de zomer komen daar de festivals bij.*

*Het is belangrijk voor de organisatoren om de gezondheid en de veiligheid van hun bezoekers te garanderen. VAD nam het initiatief om een publicatie 'Veilig feesten: alcohol- en drugpreventie in het uitgaansleven' te schrijven.*

## Feesten en drugs

Het is duidelijk: iedereen feest wel eens. Voor heel wat uitgaanders gaat dit ook samen met het gebruik van middelen: legale en illegale drugs. Uit het Partywise-onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven blijkt dat alcohol de belangrijkste uitgaansdrug is, gevolgd door cannabis en ecstasy. Vandaag de dag maakt recreatief gebruik van uitgaansdrugs voor sommigen deel uit van een leefwereld waar genieten en fun centraal staan.

## Preventie in het uitgaansleven

Vaak wordt repressief opgetreden tegen middelengebruik in het uitgaansleven en

is de organisator daar de dupe van. Recent zien we het aantal drugpreventie-activiteiten in deze sector stijgen en de vraag naar richtlijnen om als preventiewerker met deze sector te werken volgt. In de publicatie 'Veilig feesten' vindt de preventiewerker - en iedereen die zich in dit onderwerp wil verdiepen - theoretische achtergrond (deel 1) om met de uitgaanssector aan de slag te gaan. Deel 2 van de publicatie bestaat uit praktische richtlijnen. Afhankelijk van de grootte van het evenement en van de organisator kan je de richtlijnen kiezen die van toepassing zijn. Zo kan men bij een evenement van 60.000 mensen verwachten dat er gratis drinkwater wordt voorzien, maar niet op een fuif van een plaatselijke Chiro waar 100 mensen naartoe komen.

## Samen staan we sterk

Basisvoorwaarde voor een veilige en gezonde uitgaansomgeving is dat organisatoren en (lokale) overheid constructief samenwerken. Hierbij kunnen vele partners betrokken zijn: de organisator zelf, het gemeentebestuur, de politie, de hulpdiensten, de preventiewerker, ...

## Een gezonde en veilige fuiflocatie creëren

Een fuif of een evenement start bij de keuze van de locatie. Naast een goede inrichting is het ook belangrijk om preventief aandacht te hebben voor omgevingsfactoren als overbevolking, uitdroging, oververhitting en klimaatbeheersing. Zo kan de organisator, om oververhitting te voorkomen, een ruim assortiment van aantrekkelijke niet-alcoholische dranken en een chill out voorzien.

## Preventieboodschappen

Preventieboodschappen kunnen voor, tijdens en na het uitgaan gecommuniceerd worden. Voor de avond zelf kan de organisator op de website van de fuif een link leggen naar [www.partywise.be](http://www.partywise.be) waar uitgaanders zich kunnen voorbereiden. Tijdens het evenement kunnen posters op strategische plaatsen de uitgaander nog enkele tips geven. De boodschap die je wil geven en de manier waarop je ze wil brengen, moeten goed doordacht zijn. De organisator kan zich hierbij laten inspireren door bestaand materiaal of ondersteuning vragen aan een preventiewerker.

## Barbeleid

De bar is de belangrijkste bron van inkomsten. De organisator kan ook hier best een duidelijk beleid uitstippelen. Voor alle duidelijkheid staat de wetgeving met betrekking tot alcohol in de publicatie nog eens op een rijtje. Belangrijk is dat alle tapmedewerkers op de hoogte zijn van deze wetgeving.

Bij jonge mensen speelt het budget een belangrijke rol in de keuze van hun con-



sumpties. Een prijzenbeleid waar niet-alcoholische dranken goedkoper zijn dan alcoholische, is dan ook een aanrader. De organisator kan best kritisch nadenken over een happy hour of promotie-acties. Een happy hour van hapjes, een meter frisdrank, ... genoeg creatieve ideeën om het anders aan te pakken.

## **EHBO**

Sommige mensen komen, ondanks je preventieve maatregelen, toch nog in de problemen. Als organisator heb je dan ook best duidelijke afspraken omtrent eerste hulp bij ongevallen (EHBO) of drugincidenten. Voor sommige fuiven kan een medewer-

ker met kennis van EHBO al voldoende zijn, voor andere evenementen zal een EHBO-post een noodzaak zijn.

## **Toezicht en controle**

In dit onderdeel van de publicatie staan we stil bij de nieuwe drugwetgeving, maar ook de wetgeving rond bewakingsdiensten komt aan bod. Op een beknopte manier worden de belangrijkste voorwaarden en regels op een rijtje gezet.

## **... en dit alles vervat in een beleid**

Als conclusie staan we stil bij het opzetten van een lokaal alcohol- en drugbeleid en

van een feestbeleid. De rol van elke partner wordt verder uitgediept.

## **Feestwijzers**

'Hapklare tips' voor het organiseren van een veilige en gezonde fuif vindt de organisator terug in de 'Feestwijzer voor het jeugdwerk' en de 'Feestwijzer voor het uitgaansleven'.

De drie publicaties gaan in 2006 een pilotjaar in, waarin ze getest en verbeterd zullen worden. In 2007 wordt de finale publicatie verwacht.

Tina Van Havere

# **Een lokaal alcohol- en drugbeleid: op elk vlak de juiste aanpak Welzijnssector**

*De aanpak van de alcohol- en drugproblematiek - zowel op preventief als op curatief vlak - is een zaak van velen. Een sector die daar een belangrijke rol in te spelen heeft is de welzijnssector. Welzijnswerkers hebben heel wat troeven in handen om met hun cliënten constructief aan alcohol- en drugproblemen te werken. Ook preventief kunnen zij heel wat voor hun cliënten betekenen.*

*Vaak zijn welzijnswerkers ook een belangrijke schakel tussen de verschillende betrokken partijen bij het lokaal alcohol- en drugbeleid.*

## **De aanpak van de alcohol- en drugproblematiek in de welzijnssector**

Heel wat welzijnswerkers komen in contact met mensen die problematisch middelen gebruiken. We denken dan spontaan aan cliënten die chronisch gebruiken en daarvoor afhankelijk geworden zijn of het dreigen te worden. Hun lichamelijke en psychische gezondheid is in gevaar. Maar ook occasioneel gebruik op de verkeerde plaats of op het verkeerde moment kan problematisch zijn, denken we maar aan de veiligheids- én gezondheidsrisico's van alcohol in het verkeer of in bepaalde werksituaties. De welzijnssector is ideaal geplaatst om verschillende vormen van problematisch middelengebruik te detecteren en in te schatten, door te verwijzen als een gespecialiseerde begeleiding of behandeling

nodig is en nazorg te voorzien. Meer specifiek neemt de welzijnssector taken op op het vlak van vroeginterventie, harm reduction en maatschappelijke integratie.

Ook op preventief vlak kan de welzijnssector heel wat betekenen voor mensen die (nog) niet gebruiken. Aandacht voor specifieke risicogroepen is daarbij van belang, denken we maar aan kinderen van ouders met een alcohol- of drugprobleem, mensen in maatschappelijk achtergestelde situaties, ...

Preventief werken kan in individuele contacten, maar ook op meer structureel vlak, door het ontwikkelen van een alcohol- en drugbeleid in de eigen voorziening of door het ondersteunen van het alcohol- en drugbeleid van andere instanties.

## **De welzijnssector en het lokaal alcohol- en drugbeleid**

Naast de aanpak van de alcohol- en drugproblematiek in elke sector afzonderlijk (onderwijs, arbeid, jeugdwerk, welzijnswerk, ...), is het belangrijk dat de verschillende sectoren op lokaal vlak hun activiteiten op elkaar afstemmen en samenwerken. Dit kan vorm krijgen in een lokaal alcohol- en drugbeleid.

## **KNIPOOG**

### **Eigen bier eerst in Vlaams Parlement**

In de bezoekerswinkel van het Vlaams Parlement is al jaren champagne met het parlementaire logo verkrijgbaar. Die champagne blijkt vrij populair te zijn, wat een parlementslid inspireerde tot de vraag om ook een eigen bier te koop aan te bieden. De parlementsvoorzitter gaat hierop in en zal offertes voor het brouwen van een 'parlementair bier' aanvragen bij een aantal Vlaamse brouwers.

Bron: Het Laatste Nieuws, 21/10/2005

Dankzij samenwerking in het kader van een lokaal beleid kunnen doelgroepen die door verschillende sectoren worden bereikt, op een gevarieerde manier worden aangesproken met gelijkgestemde boodschappen (herhaling werkt!). Door de inbreng van verschillende disciplines zijn creatieve en verrassende initiatieven mogelijk, krijgt men een bredere kijk op de problematiek en op de mogelijke aanpak en kan men acties realiseren die men alleen niet kan opzetten. Samenwerking biedt ook mogelijkheden om een planmatige aanpak te stimuleren en om continuïteit in het beleid in te bouwen.

Hoe een lokaal alcohol- en drugbeleid er concreet uitziet, verschilt van gemeente tot gemeente, van wijk tot wijk. Het is afhankelijk van de plaatselijke noden, problematiek, structuren, aanbod van preventie en hulpverlening. De lokale partners moeten zelf vorm geven aan een beleid op maat van de eigen gemeente of wijk, ...

### **De rol van de welzijnssector in een lokaal alcohol- en drugbeleid**

Een lokaal alcohol- en drugbeleid wordt opgebouwd in een lokaal alcohol- en drugoverleg. Dit bestaat uit een groep mensen uit verschillende sectoren die regelmatig samenkomen. De welzijnssector mag niet ontbreken op een lokaal alcohol- en drugoverleg. De welzijnssector heeft er immers een belangrijke signaalfunctie te vervullen en is een niet te missen partner voor andere sectoren bij de implementatie van hun alcohol- en drugbeleid. De welzijnssector kan in een lokaal alcohol- en drugoverleg de rol opnemen van verantwoordelijke, van actief participant of van medewerker aan specifieke initiatieven.

#### *Signaalfunctie*

De welzijnssector heeft een belangrijke signaalfunctie. Welzijnsvoorzieningen hebben op lokaal niveau immers een goed zicht op welke groepen welke middelen (probleematisch) gebruiken. Zij kunnen deze informatie in een lokaal alcohol- en drugoverleg



doorspelen aan sectoren en organisaties, zodat in overleg gepast gereageerd kan worden.

De welzijnssector heeft niet alleen een signaalfunctie voor alcohol- en druggebruik, maar ook voor eventuele lacunes in het hulpverleningsaanbod (bijvoorbeeld wachtlijsten, nood aan een aanbod voor ouders, een aanbod rond gokken, ...). Door de aard van de begeleidingen komen welzijnswerkers vaak met heel veel verschillende instanties in contact en is de nood aan afstemming groot. Een lokaal alcohol- en drugoverleg kan daarin een belangrijke rol spelen

#### *Ondersteuning van het alcohol- en drugbeleid van andere sectoren*

Vaak wordt samenwerking gezocht met de welzijnssector in functie van doorverwijzing. Wanneer bijvoorbeeld een school in zijn alcohol- en drugbeleid specificeert in welke gevallen jongeren worden doorverwezen voor hulpverlening, is het handig dat er in de praktijk ook concrete afspraken bestaan met hulpverleningsvoorzieningen over wanneer, hoe en naar wie best kan doorverwezen worden. Dit is uiteraard in

het belang van de cliënt, maar ook in het belang van de verwijzer én van de dienst waarnaar doorverwezen wordt. Wanneer mensen onnodig of verkeerd worden doorverwezen, kan dit een onnodige stigmatisering en belasting betekenen voor de persoon in kwestie én voor de hulpverleners.

Ondersteuning kan ook de vorm aannemen van consult. Denken we maar aan een CLB'-medewerker of een buurtwerker die met betrekking tot een bepaalde situatie met de handen in het haar zit en raad en ondersteuning wil zonder onmiddellijk te moeten doorverwijzen.

Tot slot kunnen welzijnsvoorzieningen in een aantal gevallen ook bijdragen tot de invulling van de pijler persoons- en omgevingsgerichte preventie door bijvoorbeeld zichzelf als dienst voor te stellen aan een potentiële doelgroep.

### **Tot slot**

Bovenstaande inzichten worden - samen met vele praktijkvoorbeelden - gebundeld in de vernieuwde sectorbrochure 'Een lokaal alcohol- en drugbeleid: op elk vlak de juiste aanpak. Welzijnssector'. Hopelijk kan deze nieuwe sectorbrochure een inspiratiebron zijn voor vele welzijnswerkers en andere participanten aan een lokaal alcohol- en drugoverleg.

Inge Baeten

**U kan de brochure 'Op elk vlak de juiste aanpak: de welzijnssector' bestellen met de bestelbon op pagina 24.**



# Wat heeft hepatitis C met druggebruik te maken?

*Op 1 oktober 2005 werd de Werelddag hepatitis C gehouden om deze bij velen onbekende ziekte in de kijker te plaatsen.*

*Hepatitis C is de meest voorkomende virale leverinfectie in de ontwikkelde landen en komt ook in België vrij veel voor: 100.000 Belgen zouden aan deze aandoening lijden. De helft van hen weet echter zelf niet dat ze hepatitis C hebben en kan dus ook anderen besmetten. Hepatitis C wordt verspreid door contact met besmet bloed en kan jaren in het lichaam aanwezig zijn zonder klachten te veroorzaken.*

In een vijfde van de gevallen komt hepatitis C voor bij druggebruikers die injectiemateriaal of snuifrietjes delen met anderen. De besmetting kan ontstaan doordat kleine, meestal onzichtbare bloedrestjes kunnen achterblijven op een spuit, naald of ander materiaal. Materiaal dat gebruikt wordt om te spuiten (dus zowel naalden en spuiten als filters, lepels, water, ...) wordt dus best niet gedeeld. Het materi-

aal ontsmetten door javel te gebruiken of het te koken helpt niet tegen hepatitis C. Ook rietjes waardoor cocaïne of speed gesnoven wordt, worden best niet gedeeld. Zelfs het gemeenschappelijk gebruik van scheermesjes en tandenborstels wordt best vermeden.

Hepatitis C kan leiden tot chronische hepatitis. In tegenstelling tot hepatitis A en

B is er tegen hepatitis C nog geen vaccin dat besmetting kan voorkomen.

Wanneer de diagnose van hepatitis C wordt gesteld, is het erg belangrijk dat men nauwgezet gevolgd wordt door een gastro-enteroloog of hepatoloog. Die zal eerst en vooral zicht proberen te krijgen op de huidige toestand van de lever. De resultaten daarvan maken duidelijk hoe men eventueel behandeld kan worden.

Hadewijch Heyvaert

Meer info over hepatitis C is te vinden op [www.hepatitisc.be](http://www.hepatitisc.be).

## FOCUS

### De Drugmobiel

*Ondanks alle geleverde inspanningen op gebied van drugpreventie, stellen welzijnswerkers vast dat jongeren steeds vroeger in contact komen met drugs. De Welzijnsraad arrondissement Ieper kwam daarom met een nieuw en ambitieus preventieproject op de proppen: de Drugmobiel. Dit project richt zich tot het basisonderwijs en wil blijvende aandacht voor preventie in het basisonderwijs stimuleren.*

#### Een preventieweek op school

Twee voltijdse medewerkers trekken gedurende drie jaar rond van school tot school, om daar telkens een volledige week preventief te werken. Tijdens de vormingsweek willen ze alle leerlingen en leerkrachten/directie sensibiliseren en informeren rond drugpreventie in de breedste zin.

Dit doen ze onder meer door de kinderen bepaalde vaardigheden en waarden

aan te leren, zodat ze later op een verantwoorde manier kunnen omgaan met de verleidingen die het leven te bieden heeft. Dit gebeurt op een speelse, actieve manier: het moet niet alleen leerrijk, maar vooral ook leuk en interessant zijn. De activiteiten stimuleren en verhogen het zelfvertrouwen van de kinderen, wat de kans op gebruik op latere leeftijd gevoelig doet dalen. Het geeft hen ook het gevoel ergens bij te horen en draagt bij tot een positieve schoolsfeer.

#### Een geïntegreerde aanpak

Daarnaast wordt ook een vormingssessie voor de leerkrachten en de directie voorzien. Ze krijgen een overzicht van preventiepakketten voor het basisonderwijs. Door deze ook al bij de kinderen te gebruiken zien de leerkrachten hoe een pakket juist werkt en wat de plus- of minpunten ervan zijn.

De school wordt op die manier gestimuleerd om zelfstandig verder te werken met een preventiepakket naar keuze, waarbij de hele school betrokken wordt en niet alleen de oudste leeftijdsgroepen. Want alleen door een geïntegreerde en continue aanpak kan volgens de Drugmobiel het beste effect verkregen worden.



### Lindestraat 14

Vele ouders stellen zich vragen over drugs en dan vooral hoe ze kunnen vermijden dat hun kind drugs gaat gebruiken. Tijdens een preventie-avond wordt daarom samen met de ouders gezocht naar mogelijke oplossingen. Men staat stil bij de leefwereld van het kind en bij de belangrijke rol die een goede communicatie daarin speelt. Hiervoor wordt het pakket 'Lindestraat 14' gebruikt, waarbij de ouders een actieve rol spelen. Er gaat ook aandacht naar productinformatie. De ouders krijgen een overzicht van de meest gangbare producten, gekoppeld aan de effecten die ze teweegbrengen. Ten slotte wordt ook stilgestaan bij de verschillende instellingen waar ouders terecht kunnen met vragen over drugs.

### Sleutelfiguren

Tegen het einde van de rit wil de Drugmobiel ook gestart zijn met de uitbouw van een lokaal drugbeleid in de verschillende gemeenten, waarbij het gemeentebestuur en alle belangrijke sleutelfiguren (jeugdendienst, scholen, ocmw, ...) betrokken worden. Hiervan zijn, met de helft van het traject nog te gaan, reeds resultaten te merken. Verscheidene gemeenten engageerden zich reeds voor het opstellen van een lokaal drugbeleid.

### Sponsors

Intussen is het project Drugmobiel halfweg en werden dertig scholen bezocht. Het project krijgt veel bijval, zowel van de scholen

als van de ouders. Zo zijn er verscheidene scholen die door de komst van de Drugmobiel beslisten om volgend jaar met een preventiepakket te starten. In totaal worden gedurende drie jaar een zeventigtal scholen bezocht uit de verschillende deelnemende gemeenten. Deze gemeenten zijn tevens financiële partners van het project: Ieper, Langemark-Poelkapelle, Mesen, Moorslede, Poperinge, Staden, Vleteren, Wervik en Zonnebeke. Maar ook dankzij de gewaardeerde steun van de Provincie West-Vlaanderen, United Fund Belgium, de Lions Club Ieper-Poperinge en de Rotary Club Ieper kan de werking van de Drugmobiel gevrijwaard blijven. En hoewel we nog maar halfweg zijn, staat het nu al vast dat de Drugmobiel een bijzonder positieve indruk nalaat.

Peter Theuwen  
Preventiewerker  
Project Drugmobiel

#### Meer informatie:

Drugmobiel: 057 22 90 91 of  
[info@drugmobiel.be](mailto:info@drugmobiel.be)  
[www.drugmobiel.be](http://www.drugmobiel.be)

Ambulante drugzorg Ieper:  
057 42 41 44

Het pakket Lindestraat 14 kan u bestellen met de bestelbon op pagina 24.

## UITGESPROKEN

### Een getuigenis in het preventiewerk

*Werken met getuigenissen is een veel gebruikte methodiek in het preventiewerk. Bekendste voorbeelden zijn de Anonieme Alcoholisten en de ex-(hard)drugverslaafden. De immense aantrekkingskracht van deze methodiek stoelt op 'common sense'. Het gezonde verstand stelt dat angstaanjagende voorlichting mensen rechtstreeks zal motiveren tot het stellen van ander, meer gewenst gedrag. Het verhaal van een ex-verslaafde kent doorgaans een vrij hoog gehalte aan plasticiteit. Het wordt op een boeiende en beklijvende manier gebracht en is doorspekt met allerlei emotionele en dramatische scènes uit het leven van de getuige. De reacties bij de toehoorders laten zich raden: geschokt, verontwaardigd, medelevend en opstandig tegenover diegenen die de oorzaken van dit gedrag faciliteren.*

Het werken met getuigen houdt echter risico's in. Getuigenissen blijken vaak hun doel voorbij te schieten en hebben - als ze onoordeelkundig gehanteerd worden -

zonder meer een contra-productief effect. De reden hiervoor is de specifieke effectiviteit van getuigenissen. De werking van getuigenissen kan geana-

Deze rubriek biedt een discussieforum voor actuele onderwerpen die verband houden met alcohol- of ander druggebruik in ruime zin. De redactie beslist over het al of niet opnemen van inzendingen. De auteur is verantwoordelijk voor zijn bijdrage.

lyseerd worden in het kader van een waarschuwend preventiestrategie en in het kader van een leerstrategie.

Vooruitlopend op de bevindingen kunnen we stellen dat getuigenissen toch zinvol gebruikt kunnen worden, weliswaar slechts onder bepaalde voorwaarden en in bepaalde situaties.

#### Angstinducerende voorlichting

Een persoon zal een door de voorlichter gewenst gedrag stellen indien hij zich bewust is van de ernst van en van de eigen kwetsbaarheid voor het probleem én indien hij

zichzelf ook in staat acht het gewenste gedrag uit te voeren (eigen-effectiviteit).

Bij angstinducerende voorlichting is de reactie onvoorspelbaar. Deze kan gaan van onverschilligheid tot zeer grote paniek. Ook als er angst optreedt, is een positieve uitkomst niet gegarandeerd, integendeel zelfs. Het resultaat wordt in belangrijke mate bepaald door de eigen-effectiviteit.

Wat gebeurt er als - ondanks een verhoging van de angst - de eigen-effectiviteit laag blijft? Men wordt wel angstig, maar men acht zichzelf onvoldoende in staat om iets tegen het gevaar te kunnen doen. Als de eigen-effectiviteit uitblijft, treedt er een angstreactie op. Deze reactie komt neer op het veranderen van de interpretatie van het gevaar, in plaats van het gevaar zelf te willen veranderen. Dergelijke defensieve reactie uit zich bijvoorbeeld door vluchtgedrag of ontkenning van het probleem. Ook al is men op de hoogte van de ernst van een probleem, zoals bij hart- en vaatziekten of kanker, men overtuigt zichzelf dat men een dergelijke ziekte niet zal krijgen. Men ziet wel de mogelijke ernst van een probleem, maar niet de eigen vatbaarheid. Hoge angst in combinatie met lage eigen-effectiviteit leidt tot disfunctioneel gedrag, zoals ontkenning van het eigen risico of het zoeken van zondebokken, zoals homoseksuelen of druggebruikers.

Meer geluk heeft de voorlichter als én de angst en de eigen kwetsbaarheid toenemen én de eigen-effectiviteit hoog wordt ingeschat. In een dergelijk geval neemt de kans toe dat de persoon het gewenste gedrag gaat vertonen. Mensen met een hoge effectiviteit weten zich immers in staat om daadwerkelijk iets te kunnen ondernemen en reageren als gevolg hiervan doorgaans ook met een actie om het gevaar te verminderen.

Wanneer alleen het aspect angst benadrukt wordt in een getuigenis, kan dit weliswaar het positieve gevolg hebben dat mensen extra overtuigd geraken van de ernst van bepaalde gedragingen. Als men

echter ook de eigen-effectiviteit wil doen toenemen, dan dienen de getuigenissen te beantwoorden aan twee bijzondere voorwaarden. Ten eerste moet er een goede dosering van de angstinductie plaatsvinden: deze mag zeker niet te groot zijn, maar ook niet te gering. Een te grote angst verlamt, te weinig bezorgdheid leidt tot onverschilligheid. Ten tweede dienen bij - of in het verlengde van - een getuigenis gedragsalternatieven aangereikt te worden. Indien men dit gedrag stelt zal het gevaar (de oorzaak) dat de angst (het symptoom) oproept verminderen, eventueel uitdoven of verdwijnen.

De eerste voorwaarde vereist de nodige ernst, zelfbeheersing en -beperking van de getuige. Hij dient de al te menselijke

ontstaat de kans dat de getuigenis in zijn geheel verworpen wordt of als niet van toepassing op zichzelf verklaard. Ten tweede, een getuigenis beklemtoont eenzijdig het middel, terwijl druggebruik en -verslaving een multi-causaal gebeuren zijn. Wanneer het handelingen betreft louter op gedragsniveau, kunnen inderdaad (relatief) korte getuigenissen of boodschappen volstaan, in de trant van 'Ben je dronken, laat je rijden'. Wanneer persoonlijkheidsfactoren in het spel zijn, is er meer nodig dan dit. Een goede getuige dient daarom steeds een koppeling te maken tussen enerzijds eventuele onderliggende levensproblemen en anderzijds zijn escalerend alcohol- en/of ander druggebruik. Dan zijn ook meer tijdsintensieve methodieken, zoals vaardigheidstrainingen, een vereiste.

## PREVENTIE DOOR GETUIGENISSEN WERKT VAAK CONTRA-PRODUCTIEF



verleiding te weerstaan van de goedkope sensatie, onmiddellijk beloond onder de vorm van de zichtbare en/of hoorbare afschuwreacties vanwege het - rechtvaardig? - geboeid luisterend publiek. Screening (wat een afschuwelijk begrip!) van de getuige (wie is hij en welke intrinsieke motieven drijven hem tot getuigen?) en goede instructies zijn noodzakelijk.

De tweede voorwaarde stuit op de intrinsieke zwakte van een getuigenis, en dit op twee terreinen. Ten eerste, bij een ongebruanceerd en extreem waarschuwen voor mogelijke kwalijke gevolgen van alcohol- en/of drugmisbruik worden ook de positieve aspecten van middelengebruik bij zowel experimentele, beginnende als sociale gebruikers verdonkeremaand. Hierdoor

Het volstaat niet luidkeels te roepen - al dan niet begeleid met een shockerende diareeks - dat hard en onverantwoord rijden met de wagen enorme gevaren en risico's inhoudt en moreel verwerpelijk is. Dat weet trouwens iedereen. Preventie faalt als niet de vraag aan bod komt waarom bepaalde jongeren (en volwassenen) toch dergelijk gedrag stellen en nog essentiëler wanneer geen antwoord geformuleerd wordt op de vraag hoe dergelijke behoefte op een andere, minder risicovolle manier kan ingevuld worden.

## Sociale leerpsychologie

Getuigen passen in het kader van het leren door observatie van een model. Observatieoneel leren is een zeer courante vorm van leren. Wij leren zeer veel en ondervinden veel invloed van het gadeslaan van anderen in nieuwe en vreemde situaties. Een getuigenis is daarom een krachtige methodiek in het beïnvloeden van mensen en hun gedrag. Ook ex-verslaafden worden bewust als model gepresenteerd. Vraag is nu of ex-verslaafden die getuigen over hun verslaving ook een dergelijk gewenst effect oproepen? En zo ja, onder welke voorwaarden en voor wie?

Wat kan men observationeel leren van een ex-verslaafde? In de verhalen van de

meeste ex-verslaafden zitten verschillende lagen verweven. Gewezen harddrugverslaafden hebben niet alleen een moeilijke ontwenningperiode achter de rug, maar hebben ook heel wat boeiende en aantrekkelijke ervaringen opgedaan. Bovendien is hun leven zo interessant (geworden) dat zij nu over hun eigen leven mogen getuigen, hiervoor zelfs gevraagd en eventueel betaald worden. In mindere mate geldt dit ook voor ex-alcoholici. Getuigen zijn dus specialisten op diverse levensgebieden. Ten eerste op het gebied van de ontplooiing van een boeiend en aantrekkelijk leven: zij etaleren een enorm overlevingsinstinct waar niet-verslaafden een puntje aan kunnen zuigen. Ten tweede op het gebied van een gelukke en volgehouden ontwenning, wat een hele prestatie is. Ten derde op het kunnen vertellen over het eigen leven.

Hoeft het dan te verbazen dat dergelijke getuigenissen bij bepaalde toehoorders, in het bijzonder bij niet-conformistische en bij kwetsbare en gekwetste jongeren, leiden tot beginnend gebruik? Het ingebouwde zelfverdedigingsmechanisme ("mij overkomt dit niet, ik ben sterker dan deze persoon, want zijn situatie is toch wel ernstiger of dramatischer dan mijn situatie") zorgt ervoor dat men alleen de positieve en de aantrekkelijke elementen in het verhaal van de getuige hoort. Men verneemt dat het gebruik van dergelijke middelen interessant is: het wordt gekoppeld aan de spannende verhalen en avonturen en het biedt een oplossing voor bepaalde levensproblemen. Getuigen verspreiden met andere woorden in hun hoedanigheid van model een paradoxale omkering: wat op het eerste zicht eerder als een zwakte beschouwd zou kunnen worden, verandert in iets begerenswaardigs en nodigt uit tot navolging. Druggebruik is niet iets dat alleen maar (af)gestraft wordt. Het wordt ook beloond in de vorm van een boeiend leven ("iets wat ik op dit ogenblik niet heb, maar dat blijkbaar wel bereikbaar is en zie, hier voor mij zit iemand die dat in zijn leven gerealiseerd heeft") en nadien kan je je leven een andere wending geven wat opnieuw positief gelabeld wordt ("waar blijf ik, die kleine grijze muis, die droomt van een dergelijk aandachtig gehoor?").

Dit leidt tot volgende conclusies.

1. Er bestaat geen eenduidig positieve uit-

komst van probleemgerichte getuigenissen. Sommige toehoorders kunnen zich immers aangesproken voelen door bepaalde aspecten uit het leven van de ex-verslaafde, waardoor zij - ondanks de waarschuwing en de confrontatie - toch een aantal risicovolle gedragingen zullen kopiëren.

2. Rekening houdend met het feit dat modellen invloed (kunnen) hebben op het gedrag van mensen en vertrekkend van de doelstelling mensen (jongeren en volwassenen) te willen motiveren tot het ontplooiën van een gewenst gedragsrepertorium, past de methodiek van de getuigenissen alvast binnen het preventiewerk. Om enige garantie te hebben op het gewenste effect moeten we ons alleen afvragen wie en welke getuigenis we aanreiken. Eenduidig positieve voorbeelden verdienen daarom meer aanbeveling om als model op te treden. Het gaat erom wie we interessant en betekenisvol maken: een jeugdbewegingsleider, een sporter, een sociaal bewogen iemand, begaan met het milieu, de mensenrechten, enzovoort, ofwel een jonge boef, een verslaafde, een voetbalhooligan, ook al krijgen zij het predikaat 'gewezen' opgeplakt?
3. Een ex-verslaafde als getuige opvoeren is waardevol voor personen die in hun actuele leven al in de problemen verzeild zijn geraakt met hun alcohol- en/of ander druggebruik. Voor deze groep kunnen ex-verslaafden fungeren als lotgenoten en als modellen die ondanks alle moeilijkheden toch een nieuwe wending aan hun leven hebben gegeven.
4. Getuigenissen hebben een sterk therapeutisch effect voor de getuigen zelf. Zij putten er motivatie uit om met hun nieuw verworven gedrag en status verder te gaan. Het getuigen verhoogt de zelfversterking en werkt belonend, in de vorm van een aandachtig publiek dat heel nieuwsgierig is naar zijn verleden en lijden. De getuige verwerft betekenis voor en erkenning van anderen.

### Besluit

Het werken met 'negatieve', op de te voorkomen of te vermijden problemen gefocuste getuigenissen in het preventiewerk geniet een onzekere status. Getuigenissen worden gebruikt omdat er van uitgegaan wordt dat angst onverkort leidt tot het vermijden van

een bepaald gedrag. Dit is echter slechts in beperkte mate en onder bijzondere condities het geval. Indien het appèl op de angstgevoelens van de toehoorders te overweldigend is, dreigt het getuigenis zijn realiteitswaarde te verliezen, waardoor verwerping of minimalisering van het probleem ontstaat. Dan krijgt ook het tweede aspect van een getuigenis, namelijk zijn modelkarakter, kans tot ontplooiing. De getuige verandert in een nastrevenswaardige manier van omgaan met de dingen. Het uiteindelijke resultaat is dan dat er na een getuigenis meer mensen het aangehaalde, als ongewenst beschouwd gedrag gaan imiteren. Er is dan sprake van een contra-productief effect. Voor bepaalde gedragsproblemen waarschuwend getuigenissen zijn slechts zinvol wanneer er een realistische, bij de doelgroep aansluitende manier van angstinductie plaatsvindt en er ook gedragsalternatieven worden aangereikt. Gedragsalternatieven die de toehoorders helpen om het probleemgedrag te voorkomen.

Juist omdat getuigenissen vanuit de idee van het sociaal leren effect hebben, zijn positieve getuigen meer aan te bevelen dan wel negatieve.

Onverdeeld positief werken 'negatieve' getuigenissen voor mensen die al in een gelijkaardige probleemsituatie verzeild zijn geraakt. Door het aanhoren en zien van een ex-verslaafde die er na veel vallen en opstaan in geslaagd is zijn leven te veranderen, kunnen mensen de motivatie en de manier vinden om zelf iets aan hun persoonlijke probleemsituatie te wijzigen.

Tot slot weze ook aangestipt dat getuigenissen behulpzaam kunnen zijn in de agenda-setting. Zij vestigen de aandacht op en verhogen de gevoeligheid voor een bepaald probleem: het startpunt van elke vorm van preventie.

Het zal duidelijk zijn dat getuigenissen met de nodige zorg en voorzichtigheid moeten benaderd worden. Ze zijn niet zonder meer als onverdeeld positief te waarderen.

Eric Nysmans  
Leidend ambtenaar  
Welzijnzorg Kempen  
Voorzitter  
OCMW-Laakdal

# Beleidsbrief Welzijn, gezondheid en gezin: beleidsprioriteiten 2005-2006, Minister Inge Vervotte

In haar Beleidsbrief belicht Vlaams minister Vervotte haar beleidsprioriteiten 2005-2006. Voor onze sector trekt hoofdstuk 6 over preventieve gezondheidszorg uiteraard onze aandacht. Daarin wordt melding gemaakt van de gezondheidsconferentie over middelengebruik, die in 2006 zal worden voorbereid. In deze voorbereiding zal de bestaande gezondheidsdoelstelling over tabakspreventie worden geëvalueerd en worden verruimd naar middelengebruik.

In paragraaf 6.2 wordt het beleid met betrekking tot middelengebruik beschreven (p. 42-43). De minister wil het huidige beleid toetsen aan de vraag of we momenteel werken met de meest effectieve preventiestrategieën. De resultaten van het onderzoek van UWID/UA over 'Evidence based

cannabispreventie in Vlaanderen' zal de basis vormen voor nieuwe beleidsmaatregelen vanaf 2006. Het onderzoek werd eind 2005 afgerond en we kijken uit naar de bekendmaking van de resultaten.

De minister zal de hernieuwing van het convenant met VAD aangrijpen om de samenwerking tussen VAD en de drugpreventiewerkers in de CGG<sup>1</sup> nog nauwer op elkaar te doen aansluiten en om meer zicht te krijgen op de impact en de effectiviteit van het preventiewerk.

De minister accentueert in haar beleidsbrief de continuering van onze alcohol-acties en -campagnes. Ze vermeldt zowel de actie naar kinderen (campagne: 'Als je ouders drinken', zie vorig nummer) als het vervolg op de meerjarencampagne 'Alcohol. Bekijk het eens nuchter', waarvoor de doelgroep 45-65 jaar momenteel wordt voorbereid. Drugbeleid op school en campagnes in de uitgaanssector worden eveneens gecontinueerd. De continuïteit van de Vlaamse spuitenruil wordt ook bevestigd.

Een effectief preventiebeleid loopt vaak over de bevoegdheidsgrenzen van de gemeenschappen. Een aantal effectieve maatregelen is zelfs louter federale bevoegdheid. De minister beklemtoont dan ook het belang van een goede samenwerking tussen de verschillende overheden.

Verder vermeldt de minister het akkoord dat binnen de Cel Gezondheidsbeleid Drugs is bereikt over de afstemming van de registratie van hulpvragen (vroegere VRM). Vanaf 2006 zouden we opnieuw kunnen beschikken over coherente informatie voor Vlaanderen.

In hoofdstuk 8 over de geestelijke gezondheidszorg staat in de paragraaf over pre-

<sup>1</sup> Centra Geestelijke Gezondheidszorg

## KNIPOOG

### Bier met nicotinesmaak op komst

Bier met een nicotinesmaak: dat is de creatieve oplossing die het Duitse bedrijf Nautilus vond voor het rookverbod in vele cafés. Het bedrijf hoopt het bier onder de naam NicoShot binnen enkele maanden op de markt te brengen. Elke pint bevat 6,3 procent alcohol en 3 milligram nicotine. NicoShot zou volgens het bedrijf rokers van de sigaret kunnen afhelpen. Zij zullen immers minder zin hebben in sigaretten en moeten het café niet langer uit om er te gaan kopen. Eenmaal gewend aan het niet meer roken, kunnen ze stoppen met het drinken van NicoShot.

Bron: De Morgen, 06/10/2005

ventie in de CGG (p. 54) het belang van preventie in de CGG niet ter discussie en pleit de minister voor een integratie van de thematische preventieprojecten in een geïntegreerd preventiebeleid voor geestelijke gezondheid. De drie leeftijdsgroepen die ook voor curatie centraal staan, zijn ook wenselijk voor preventie. Binnen elk werkingsgebied wordt een betere samenwerking voorgesteld tussen de CGG, de Logo's<sup>2</sup> en andere relevante partners. Op Vlaams niveau wordt melding gemaakt van samenwerking tussen VIG<sup>3</sup>, VAD en VVGG<sup>4</sup>.

### Convenant VAD

De onderhandelingen tussen overheid (administratie en kabinet) en VAD over een nieuwe convenant 2006-2010 konden eind 2005 niet worden afgerond. Er is een voorlopige voorschottenregeling uitgewerkt, zodat de continuïteit van de werking geen gevaar loopt. In het voorjaar worden de besprekingen verdergezet en we hopen hierover in het volgende nummer van VAD-berichten te kunnen rapporteren.

Marijs Geirnaert

<sup>2</sup> Loco-regionaal Gezondheidsoverleg en -Organisatie

<sup>3</sup> Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie

<sup>4</sup> Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg

## KNIPOOG

### Chimpansee stopt na zestien jaar ... met roken

In de dierentuin van de Chinese stad Shaanxi bevond zich tot nu toe een unicum, namelijk een rokende chimpansee. Ai Ai werd depressief toen haar eerste partner in 1989 overleed. Van haar bewakers kreeg ze sigaretten om zich kalm te houden. Toen in 1997 ook haar tweede partner overleed en haar dochter naar een andere zoo werd overgebracht, werd Ai Ai een echte kettingrookster. Na zestien jaar is ze er met de hulp van haar bewakers echter in geslaagd van haar slechte gewoonte af te raken. Ai Ai eet niet langer uitsluitend bananen, maar wordt extra verwend met lekker eten, een wandelingetje na het ontbijt, gymnastiek na het avondmaal en een streepje muziek ...

Bron: Het Laatste Nieuws, 05/10/2005

# Dossier cocaïne: een relaas over coca, crack en cocaïnepoeder

*Enkele jaren geleden startte VAD met literatuurstudies, onder andere over verschillende legale en illegale drugs. In 2005 - na de dossiers over alcohol, cannabis, XTC, speed, smart drugs, ... - achtten we het de hoogste tijd om onze neus in de literatuur over - cocaïne te steken. Het resultaat werd een boeiende bundeling van informatie over cocaïne en zijn verschillende verschijningsvormen. U leest de kern van het dossier in dit artikel.*

## Cocaïne doorheen de tijd

Cocaïne is een oude drug die al duizenden jaren wordt gebruikt. De oorsprong van het gebruik moet gezocht worden bij de Zuid-Amerikaanse indianen. Deze stammen kauwden op cocabladeren om langer en harder te kunnen werken op grote hoogte. Via de Spaanse kolonisten komt coca in de zeventiende eeuw Europa binnen. Vanaf 1860, wanneer cocaïne voor het eerst in zuivere vorm uit de plant wordt gesynthetiseerd, wordt cocaïne meer en meer toegepast in de geneeskunde en daarnaast ook gebruikt voor commerciële toepassingen (onder andere in Coca-Cola®). Vrij snel ontdekt men dat er naast een aantal interessante effecten (plaatselijke verdoving, stemmingsverbetering) ook een hele reeks nadelige effecten samenhangen met het gebruik van cocaïne. In de twintigste eeuw wordt cocaïne bij wet verboden. Nog diezelfde eeuw kent cocaïne een fluctuerende mate van populariteit, maar vanaf de jaren tachtig groeit de populariteit en verspreidt het middel zich meer en meer. Momenteel wint cocaïne aan populariteit in het nachtleven.

## Context van gebruik

Cocaïne wordt gebruikt door heel verschillende soorten mensen uit alle lagen van de bevolking en om zeer uiteenlopende redenen. Cocaïne kan zelfs voor éénzelfde gebruiker verschillende functies hebben op verschillende momenten of in bepaalde situaties. Indicatieve onderzoeken wijzen erop dat de Vlaamse cokegebruiker vaker snuift dan freebased of injecteert en het liefst gebruikt wanneer hij of zij uitgaat of in soortgelijke omstandigheden vertoeft.

## Prijs/kwaliteit

De prijs van cocaïne is de afgelopen twintig jaar gedaald van ongeveer 80€ tot ongeveer 45€ per gram. Het percentage pure cocaïne fluctueert tussen 60 en 70% per staal. Algemeen is de samenstelling van cocaïne in België dus vrij zuiver, hoewel er soms toch gevaarlijke versnijdingsmiddelen, zoals atropine en hydroxyzine, opduiken.

## Effecten ...

Cocaïne zorgt voor een krachtige, kortdurende stimulans van het centrale zenuwstelsel. Het beïnvloedt de werking van voornamelijk dopamine, maar ook van serotonine en noradrenaline. Het beloningscentrum, een zone in de hersenen, speelt een belangrijke rol in het mediëren van de aangename effecten van cocaïne. Verder is cocaïne een lokaal anestheticum.

## ... en risico's van cocaïne

Naast de risico's die samenhangen met de zuiverheid van cocaïne en de wijze van gebruik, houdt cocaïnegebruik ook psychologische, neuropsychologische en fysiologische risico's in. Depressie, laag zelfbeeld, verstoring van het kortetermijngeheugen en van de concentratie, hyperthermie, beroerte en hartritme stoornissen worden onder andere vermeld. Mogelijk kan er ook neurotoxiciteit optreden. Gebruik kan ook aanleiding geven tot sociale problemen, zoals verstoring van sociale relaties of financiële problemen. Omdat cocaïnebezig verboden is, vormt het gebruik ervan ook justitieel een risico. Bij zware gebruikers komen criminele feiten, geweld en vechtpartijen vaker voor. Gecombineerd gebruik van cocaïne



met andere drugs houdt extra risico's in. De effecten zijn onvoorspelbaar en de risico's bij gecombineerd gebruik worden groter. Ten slotte heeft cocaïnegebruik een invloed op de seksualiteit. Vooral bij langdurig gebruik kan het seksuele verlangen verdwijnen en bij mannen kan dan impotentie ontstaan. Tijdens de zwangerschap kan er een overdracht van cocaïne plaatsvinden van de moeder naar de foetus. Ook tijdens de borstvoedingsperiode kan cocaïnegebruik de baby beïnvloeden. Cocaïne wordt immers via de moedermelk doorgegeven.

## Hoeveel mensen gebruiken cocaïne en hoeveel krijgen er problemen mee

In Vlaanderen zijn er relatief weinig cijfers beschikbaar over het gebruik van cocaïne. Zo zijn er bijvoorbeeld geen cijfers over cocaïnegebruik door de totale Belgische bevolking. Wat we wel weten is dat het gebruik van cocaïne door jongeren uit het secundair onderwijs eerder beperkt is. In het uitgaansleven is cocaïne de vierde meest gebruikte drug, na alcohol, cannabis en ecstasy. In de Vlaamse drughulpverlening verdrievoudigde het aantal cocaïnegebruikers tussen 2000 en 2003. Verder zien we dat cocaïnegebruikers tegenwoordig vaker kiezen voor een ambulante hulpverleningsprogramma dan enkele jaren voordien. De DrugLijn merkt in haar gegevens van 2004 opnieuw een stijging van het aantal vragen over cocaïne op.

## Behandeling van cocaïneafhankelijkheid

Op dit moment is een beperkt aantal farmacologische behandelingen beschikbaar voor cocaïnegebruikers, maar deze hebben tot nu toe weinig of geen aantoonbaar effect bewezen. Ook alternatieve therapieën, zoals accupunctuur, hebben geen meerwaarde kunnen aantonen.

Op het vlak van psychosociale behandeling lijken cognitieve gedragstherapie en community reinforcement approach gecombineerd met contingency management veelbelovende resultaten te leveren. Voor cocaïnegebruikers met comorbiditeit bestaat er momenteel geen exclusieve psychosociale behandeling. Op dit vlak blijft men vooral aangewezen op farmacologi-

sche symptoombehandeling, al dan niet in combinatie met andere therapievormen. Ten slotte zijn er ook gebruikers voor wie abstinentie (voorlopig) geen optie is. Voor deze gebruikers is harm reduction (het beperken van de schade door de wijze van gebruik) een mogelijkheid.

### Besluit

Cocaïne is een oude drug die reeds lange tijd gebruikt wordt. Sinds eeuwen wordt er gekauwd op cocabladeren. De laatste decennia wordt voornamelijk de gesynthetiseerde poedervorm en de rotsachtige variant 'crack' of 'freebase' geconsumeerd. Deze verschijningsvormen van cocaïne passen op het eerste zicht perfect in onze jachtige maatschappij. Cocaïne zorgt voor

een euforisch gevoel en een kortdurend - en dus makkelijk te sturen - oppeppend effect. Bovendien lijken gebruikers in eerste instantie relatief weinig last te hebben van vervelende subacute effecten en na-effecten na een avondje recreatief snuiven. Daardoor lijkt cocaïne voor sommigen een interessante opkikker. Maar schijn bedriegt. De energie komt uiteraard niet uit het poeder, maar uit de energiereserves van het eigen lichaam. Bovendien kan niet iedereen even goed weerstaan aan de lokroep van de spiegel of de basepijp.

Jochen Schrooten

U kan het dossier 'Cocaïne' bestellen met de bestelbon op pagina 24.

## Werken met peers: een theoretische omkadering

*Mensen nemen sneller een boodschap aan als die gegeven wordt door iemand met wie ze zich kunnen identificeren, met wie ze een zekere band hebben. Op deze vaststelling zijn de zogenaamde 'peer'-projecten gebaseerd: ze maken gebruik van mensen uit de beoogde doelgroep om (preventie)boodschappen over te brengen. Het is een erg praktijkgerichte benadering, die vaak weinig theoretisch wordt gekaderd of onderbouwd. VAD heeft daarom een inleidend dossier over het thema samengesteld, gebaseerd op wetenschappelijke en grijze literatuur.*

### Definiëring

In de Engelstalige literatuur kom je niet zo vaak definities tegen van het begrip 'peer'. Dat heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat de term uit het Engels afkomstig is. In Nederlandstalige publicaties worden vaker pogingen gedaan om het begrip nauw te omschrijven en zelfs om er een adequate vertaling voor te vinden. We kiezen zelf voor de volgende omschrijving:

'Een peer kan omschreven worden als een leefstijlgenoot. Een peer deelt een aantal eigenschappen (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, etniciteit, cultuur, subcultuur of woonplaats) met andere peers, heeft gelijkwaardige ervaringen (bijvoorbeeld druggerelateerde ervaringen, levensstijl of scholing) en behoort tot eenzelfde groep.'

De peer-methode in het alcohol- en drugwerkveld is een werkwijze waarbij peers

methodisch worden ingezet in preventie-, hulpverlenings- of harm-reductionactiviteiten. De peer-werkers behoren tot de doelgroep van de activiteit en ze zijn ge-

loofwaardig voor de andere leden van deze groep. Ze delen informatie met hen over druggerelateerde thema's en brengen deze informatie over via verbale en non-verbale communicatie. Ze worden actief betrokken in het project, zowel voor de formulering van de boodschap als voor de wijze waarop ze zal worden gebracht. Ze krijgen een opleiding en worden begeleid.

We maken het onderscheid tussen peer support en peer education. Peer education heeft als voornaamste doelstelling preventie van



middelengebruik, vindt plaats in een gestructureerde setting en maakt gebruik van een leraar-leerlingrelatie. Peer support heeft meestal secundaire preventie - zoals harm reduction - tot doel, vindt plaats in een ongestructureerde setting en maakt gebruik van gelijkwaardige relaties.

### De context en de doelgroep

Peer education vindt plaats in heel verschillende settings, zoals scholen, universiteiten, jeugdwerk, gevangenissen, uitgaansleven, ... De setting van een peer-project wordt bepaald door de doelgroep en of deze kan worden bereikt door het project. Hoe een peer-project concreet gestalte krijgt, hangt onder meer af van de doelstellingen (preventie of harm reduc-

tion, gedragsverandering, informatie delen, vaardigheden ontwikkelen, ...). Idealiter is de achterliggende ideologie van een peer-project geloofwaardig en relevant voor de doelgroep en wordt ze grotendeels bepaald door de noden en karakteristieken van de groep.

### De theorie

De peer-methodiek is niet ontstaan vanuit een theoretisch kader, maar grijpt terug naar een intuïtief aanvoelen van wat kan werken. Dit betekent nochtans niet dat er geen theoretische ondersteuning bestaat voor het concept. Een aantal bestaande theorieën kan worden toegepast op de werkingsprincipes ervan. Het dossier bespreekt kort negen toepasbare theorieën.

### Enkel pro's, of ook con's?

De aantrekkingskracht van peer-projecten heeft onder meer te maken met het feit dat ze gebruikmaken van aanwezige processen, dat ze goedkoop lijken en dat ze moeilijk bereikbare groepen bereiken.

Daar tegenover staat een aantal bedenkingen, aandachtspunten en kritieken van ethische, praktische en inhoudelijke aard, die in het dossier worden behandeld.

Hilde Kinable

U kan het dossier 'Werken met peers' bestellen met de bestelbon op pagina 24.

## Vlaamse onderzoekers en praktijkwerkers wisselen informatie uit op het derde onderzoeksplatform middelengebruik

24 oktober 2005

*Onderzoekers ondervinden vaak moeilijkheden om respondenten te vinden, bijvoorbeeld als het gaat om cliënten uit hulpverleningsinstellingen. Praktijkwerkers staan door hun werkdruk niet altijd te springen om te participeren aan onderzoek. Toch werken onderzoekers en praktijkwerkers in Vlaanderen geregeld samen aan onderzoeksprojecten. Het onderzoeksplatform middelengebruik geeft, naast een overzicht van de verwezenlijkingen in 2005, een beeld van deze samenwerking tussen onderzoek en praktijk door het verloop van het samenwerkingsproces, de sterke en de zwakke schakels en de aandachtspunten voor de toekomst van naderbij te bekijken.*

### Terugblik op de realisaties van het onderzoeksplatform in 2005 en toekomstplannen

Het onderzoeksplatform heeft er nu ongeveer twee werkjaren opzitten. Het platform wil de informatie-uitwisseling en afstemming tussen de verschillende Vlaamse onderzoekers bevorderen. Daarnaast tracht het onderzoeksplatform een brugfunctie te vervullen en dit zowel tussen onderzoek en praktijk als tussen onderzoek en beleid.

Op dit ogenblik bestaat het platform uit een informeel netwerk van 213 leden, onder wie 82 onderzoekers, 116 praktijkwerkers en 15 beleidsvertegenwoordigers. Dit jaar stond ook de bekendmaking van het platform in het buitenland op ons programma. Dit gebeurde met een viertalige voorstellingsfol-

der die naar 168 buitenlandse organisaties werd verstuurd.

Drie keer per jaar verspreiden we een zeer uitgebreide nieuwsbrief. Daarenboven verschijnt er bij dringende zaken een beknopte nieuwsflash. De doelstelling van de nieuwsbrief/nieuwsflash is maximale en up-to-date informatie laten doorstromen tussen onderzoek en praktijk. Daarvoor vragen we de leden van het platform om informatie door te geven. We gaan er immers van uit dat iedereen graag op de hoogte is van wat anderen in dezelfde sector doen. In 2006 zullen de nieuwsbrieven/nieuwsflashes overigens in een nieuw kleedje worden gestoken.

De onderzoeksfiches van het lopend en recent onderzoek over middelengebruik in Vlaanderen die we dit jaar verzamelden, werden gebundeld tot een overzichtelijke

publicatie. In totaal werden 48 onderzoeksfiches verzameld. Eén vierde van het druggerelateerde onderzoek in Vlaanderen is van sociologische of psychologische aard. Het beleidsondersteunend en economisch onderzoek, de registratie en evaluatie van de hulpverlening en epidemiologisch onderzoek staan elk in voor één zesde van het Vlaamse druggerelateerde onderzoek. De onderzoeksfiches zullen ook worden opgenomen in een on-linedatabank die naar verwachting in het najaar van 2006 operationeel zal zijn.

Een tweede grote taak die we dit jaar realiseerden, is het verzamelen van de onderzoeksnoden van de leden van het onderzoeksplatform, om ze nadien door te spelen aan relevante partners. Van niet minder dan 25 organisaties en/of personen ontvingen we een formulier met één of meer onderzoeksnoden. Het kan hierbij gaan om overzichtelijke vragen die bijvoorbeeld in een eindwerk kunnen onderzocht worden, maar ook om vragen die langduriger of grootschaliger onderzoek vereisen. Sommige vragen kan VAD zelf beantwoorden, maar andere worden doorgespeeld aan de Wetenschapswinkel, een aanspreekpunt voor non-profitorganisaties die wetenschappelijke

ondersteuning zoeken via onderzoek of advies.

In 2006 zetten we de activiteiten van het onderzoeksplatform volgens de uitgezette lijnen verder. We kunnen alvast aankondigen dat in 2007, na vier jaar werking en op het vijfde platform, het onderzoeksplatform geëvalueerd wordt.

### Samenwerking tussen onderzoek en praktijk: multidisciplinariteit als succesfactor

Op het onderzoeksplatform telden we 38 deelnemers, van wie er 13 de onderzoekswereld, 13 het praktijkveld, 2 de overheid en 10 VAD vertegenwoordigden.

Vier onderzoekers/praktijkwerkers (uiteindelijk wegens ziekte van Prof. Dr. Jo Goedhuys gereduceerd tot drie) kwamen er hun project of onderzoek, en meer bepaald het samenwerkingsproces daarrond, toelichten.

Prof. Dr. Guido Van Hal (Universiteit Antwerpen) gaf uitleg over de manier waarop de studentenbevraging in de Associatie Universiteit en Hogescholen Antwerpen tot stand kwam. Deze bevraging had tot doel een beeld te krijgen van middelengerelateerde items om op basis daarvan aanknopingspunten te vinden voor preventie in de Antwerpse hogescholen en de universiteit.

## ONDERZOEKERS VINDEN GEEN HULPVERLENERS



Prof. Dr. Tom Decorte (Universiteit Gent) lichtte de manier toe waarop de reader 'XTC in Vlaanderen. Een multidisciplinaire kijk op synthetische drugs' tot stand kwam. Het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek nam het initiatief om zoveel mogelijk experts vanuit verschillende disciplines en onderzoekscentra rond de tafel te krijgen en ze samen aan een bundel met wetenschappelijk onderbouwde bijdragen over XTC in Vlaanderen te laten werken.

Als laatste gaven Dr. Wouter Vanderplasm (Universiteit Gent) en Jan Messely (Psychiatrisch ziekenhuis Heilige Familie, Kortrijk) een uiteenzetting over de ontwikkeling van een instrument en een procedure voor de bevraging van het alcohol-, medi-

catie- en druggebruik en de psychische toestand van patiënten in vijf psychiatrische ziekenhuizen.

Als de presentaties één ding duidelijk maakten, is dat men in Vlaanderen alvast niet met de handen in de zakken blijft zitten. Uit de drie presentaties blijkt dat nauwe samenwerking tussen de onderzoekswereld en beleids- en praktijkorganisaties, zonder bijkomende externe financiering, al tot een aantal mooie onderzoeksrealisaties heeft geleid. Samenwerking vanuit een streven naar multidisciplinariteit, zowel op het vlak van opleiding, functie als werkdomein, vormt dé succesfactor. De voorgestelde projecten worden met de eigen middelen van alle partners gerealiseerd. Als de beschikbare

budgettaire en tijdsruimte niet volstaat, wordt beroep gedaan op andere hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld (thesis)studenten. Er is in Vlaanderen dus een gezonde dosis ondernemingszin en creativiteit om sommige onderzoeksnoden met reguliere middelen te realiseren.

David Möbius  
Stagiair VAD

Vragen of suggesties in verband met het onderzoeksplatform middelengebruik kan u kwijt op [research@vad.be](mailto:research@vad.be).

## ABSTRACT VERPAKT

### Alcohol- en drugproblemen worden te weinig behandeld in de gevangenis.

Middelenmisbruik bij justitieel cliënteel is opvallend gestegen de laatste jaren. In dit onderzoek (Cropsey, K.L., Villalobos, GC & St. Clair, L, *Pharmacotherapy Treatment in Substance-Dependent Correctional Populations: A Review, Substance Use & Misuse, 2005; 40(13-14): 1983-1999*) beantwoordt ongeveer de helft van de gedetineerden aan de DSM-IV-criteria voor afhankelijkheid op het moment van hun arrestatie. Vaak krij-

gen ze ook behandeling die echter in de gevangenis niet vaak wordt voortgezet. De auteurs pleiten voor meer onderzoek naar de mogelijkheden en de effectiviteit van farmacotherapie bij druggebruikers in de gevangenis.

### Farmacotherapie bij druggebruikers die ook aan andere aandoeningen lijden.

In dit artikel (Draper, J.C. & McCance-Katz, E.F., *Medical Illness and Comorbidities in Drug Users: Implications for Addiction Phar-*

*macotherapy Treatment, Subst Use Misuse, 2005; 40(13): 1899-1921*) wordt enerzijds een overzicht gegeven van de ziektes die frequent voorkomen bij druggebruikers, zoals infectieziekten (hepatitis C en HIV), seksueel overdraagbare aandoeningen en zwangerschap. Anderzijds belichten de auteurs de therapeutische problemen die deze gecombineerde aandoeningen vaak met zich meebrengen, zoals patiënten met opiaatsubstitutie die voor een andere aandoening medicatie krijgen die interacties vertoont met opiaten.



### Waarom verslaafden hervallen.

Deze vooraanstaande neurobioloog (Bechara, A., *Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. Nat Neurosci, 2005; 8(11): 1458-63*) legt op een bevattelijke manier de basis van terugval uit. Verslaving is volgens hem het product van een onevenwicht tussen twee gescheiden, neurale systemen die met mekaar in interactie zijn en het nemen van beslissingen controleren. Het impulsieve amygdala-systeem signaleert pijn, genot en onmiddellijke verwachtingen. Het reflectieve systeem, gelocaliseerd in de prefrontale cortex, signaleert pijn en plezier in de toekomst. Opvoeding en therapie leren het individu om met zijn reflectieve systeem zijn impulsieve te controleren. Deze controle is niet absoluut. Bij sterke activiteit van het

impulsieve systeem, wordt het reflectieve onderdrukt. De auteur stelt dat drugs het impulsieve systeem kunnen triggeren zodat de amygdala tussenkomt of zelfs alles overneemt.



### Verhoogt cannabisgebruik de kans op hervall in ander middel-misbruik?

In dit onderzoek (Aharonovich, E., Liu, X., Samet, S., Nunes, E., Waxman, R. & Hasin, D. *Postdischarge Cannabis Use and Its Relationship to Cocaine, Alcohol and Heroin Use: A Prospective Study, Am J Psychiatry, 2005; 162: 1507-1514.*) werd nagegaan of patiënten na ontwenning van alcohol, cocaïne en heroïne achteraf cannabis gebruikten en of deze groep sneller herviel in het andere gebruik. De verschillen waren substantieel en significant. De patiënten die cannabis gebruikten (ongeveer één derde van het totale bestand) hervielen



### Roesmiddelen als medicijn in de psychiatrie?

LSD, mescaline en psilocybine zijn in de literatuur soms terug te vinden in case reports. In de twintigste eeuw zijn hierrond heel wat experimenten gebeurd. De verstrenging van de wetgeving maakte verder onderzoek onmogelijk. Deze auteur (Sessa, B., *Can psychedelics have a role in psychiatry once again, Brit J Psych, 2005; 186, 457-458*) heeft de literatuur verzameld en pleit voor intensief onderzoek dat alternatieve bewustzijnstoestanden en religieuze belevingen exploreert en toetst aan de stand van de neurobiologische wetenschap, met mogelijk nieuwe therapeutische mogelijkheden voor de psychiatrie.

## BIJBLIJVEN

# Masterclass 'Suicide en middel-misbruik'

15 december 2005

*In het kader van de gezondheidsconferentie die de Vlaamse overheid in 2002 organiseerde over preventie van zelfmoord en depressie richtte VAD een werkgroep op die zich uitvoerig documenteerde over de sterke verwevenheid tussen de problematiek van suicide en middel-misbruik. De bedoeling van deze masterclass was om de literatuurstudie en exploratie van praktijkervaringen door te geven aan meer ervaren hulpverleners.*

### Risicobepaling

Prof. dr. Cornelis Van Heeringen (Universiteit Gent) gaf een inleiding over suicide, suïcidaal gedrag en de preventieve mogelijkheden. Het suïcidaal proces werd uitvoerig belicht en we onthouden vooral de nood aan een accurate risicobepaling met daaraan gekoppeld een objectivering door directe vraagstelling. Bij reële risico's moet degelijke crisisopvang voorzien worden waarin plaats is voor farmacotherapie, een 'no-suicide'-contract (tijd winnen!), mogelijke supervisie en beveiligingsinterventies. Op middellange termijn zal de grootste risicofactor voor suïcidaal gedrag moeten aangepakt worden: de psychiatrische problematiek, waarbij het meestal om stemmingsstoornissen gaat.

### Epidemiologie

Johan Rosiers (VAD) gaf toelichting bij de internationale epidemiologische gegevens over suicide en middel-misbruik. Voorlopige conclusies zijn dat er een duidelijke relatie is tussen problematisch middelengebruik en suicide-risico, vooral bij het gebruik van alcohol, cocaïne, heroïne en bij poly-/combi-gebruik. Alcohol, cocaïne, heroïne en medicatie worden ook regelmatig gebruikt als suïcidemiddel. Hoe vroeger de beginleeftijd van (problematisch) middelengebruik, hoe hoger het risico op suicide. Wat genderspecifieke aspecten

betreft zien we bij problematisch middelengebruik meer mannen bij een voltrokken suicide, terwijl we meer vrouwen zien bij suicidepogingen.

### Praktijkervaringen

Geert Pype (PC Sint-Jozef, Pittem) bracht ons een relaas over klinische praktijkervaringen met persoonlijkheidsproblemen, suicide en afhankelijkheid. Het werd een boeiend psychodynamisch verhaal, waarbij de verslaafde evolueert naar een aparte persoonlijkheidsstructuur die het autonome subject als het ware opgeeft en regresseert naar de grens van het leven: het realiteitsprincipe wordt opgege-

Omdat het risico op suicide bij mensen met middel-misbruik hoog is, is het essentieel voor de alcohol- en drughulpverlening om aan goede (risk-)assessment te doen.

ven voor het lustprincipe en de fusionele roeservaring sluit aan bij de diepgelegen thanatosdrift of het verlangen naar de doodservaring. Persoonlijkheidsproblematiek speelt daarin als versterkende risicofactor. Dit werd geïllustreerd aan de hand van borderline- en narcistische pathologie.

### Therapeutische mogelijkheden

Ten slotte rondde dr. Stan Ansoms (PK Broeders Alexianen, Tienen) de namiddag af met de focus op de klinische praktijk. Hij stond uitgebreid stil bij de therapeutische

mogelijkheden en bij de aanpak van de dubbelediagnoseproblematiek. Omdat het risico op suïcide bij mensen met middel- en misbruik hoog is, is het essentieel voor de alcohol- en drughulpverlening om aan goede (risk-)assessment te doen. Durven vragen naar suïcidale gedachten en eerdere suïcidepogingen op een niet-confronterende manier is een uitdaging voor menige hulpverlener. Stan Ansoms hield een pleidooi voor de ontwikkeling van richtlijnen voor screening en assessment hiervoor. Ten slotte werd ook nog benadrukt dat de geestelijke gezondheidszorg en de alcohol- en drughulpverlening zo dicht moge-

lijk dienen aan te sluiten bij de algemene gezondheids- en welzijnszorg. Voor veel mensen die kampen met suïcidale gedachten is gespecialiseerde hulp nog taboe, men 'lijdt' maar is daarom nog niet 'gek' of 'verslaafd'. Dit taboe maakt verwijzen vanuit de eerstelijnszorg niet altijd gemakkelijk.

Afgaand op de evaluaties van de deelnemers kunnen we van een geslaagde masterclass spreken die nog een staartje zal krijgen in de vorm van een publicatie rond dit onderwerp in de loop van 2006.

Geert Verstuif

## Inzicht in problematisch middelengebruik bij asielzoekers

6 december, Brussel

*In 2004 voerde VAD een nodenbevraging uit bij sleutelfiguren/organisaties die werken met asielzoekers, vluchtelingen en illegalen. Hieruit bleek dat er onder de begeleiders van asielzoekers een duidelijke vormingsnood bestaat met betrekking tot de kennis en de expertise over alcohol- en drugproblemen bij asielzoekers. Deze studienamiddag was een eerste antwoord op deze nood.*

De overgrote meerderheid van de 58 deelnemers waren begeleiders van asielzoekers. Het programma was opgebouwd rond drie thema's/sprekers: problematisch middelengebruik (Nadine Roose, VAD), de leefwereld van asielzoekers en problematisch middelengebruik (dr. Mia Honinckx, Fedasil) en hoe omgaan met asielzoekers met problematisch middelengebruik (dr. Frieda Matthys, Dodoensziekenhuis Mechelen).

Tijdens de eerste lezing over problematisch middelengebruik werden de concepten van gebruik en misbruik van middelen toegelicht. Er werd ook dieper ingegaan op een aantal in de alcohol- en drugsector veelgebruikte theoretische modellen die toelaten om het gebruik en misbruik van middelen beter te begrijpen en te situeren.

Tijdens de tweede lezing ging dr. Honinckx dieper in op de motieven voor een asiel-

aanvraag, de omstandigheden waarin asielzoekers hier terecht komen en de asielprocedure. De meeste asielzoekers zijn alleenstaande mannen die weinig voorbereid aan hun reis beginnen en voor wie België meestal niet het doelland was. De asielprocedure sleept vaak jaren aan en eindigt in veel gevallen op een weigering om het statuut van vluchteling toe te kennen aan

de asielzoeker. Dr. Honinckx gaf ten slotte op basis van persoonlijke ervaringen nog een bloemlezing van voorbeelden van asielzoekers die in mindere of meerdere mate kampen met problematisch middelengebruik.

Dr. Matthys lichtte een aantal knelpunten toe bij het werken met asielzoekers in de drughulpverlening. In heel wat opvangcentra is er een medische onderbemanningsproblematiek en asielzoekers zijn vaak gedemotiveerd door de uitzichtloosheid van hun situatie. Door-

verwijzing naar de alcohol- en drugsector en/of de psychiatrie is vaak moeilijk door het specifieke statuut van asielzoekers. Taalproblemen en cultuurverschillen maken het moeilijk om echt therapeutisch te werken met asielzoekers.

Tijdens de discussie werd dieper ingegaan op een aantal vragen/knelpunten die vanuit het publiek gesteld werden. Gedwongen opname is zeker geen oplossing voor asielzoekers met problematisch middelengebruik die weigeren om zich te laten behandelen. Afhankelijkheidsproblematiek valt meestal niet onder de voorwaarden voor een gedwongen opname. De begeleiders van asielzoekers in asielcentra gaven nogmaals aan dat er een groot doorverwijzingsprobleem is. Blijkbaar zijn de mogelijkheden en structuren van de alcohol- en drughulpverlening niet echt gekend in de asielsector. Begeleiders van asielzoekers wezen er ook op dat het beleid in opvangcentra vooral gericht is op het controleerbaar houden van de situatie en dat er op dit moment vooral op reactieve basis wordt gewerkt. De vraag is of een proactieve werkwijze ook kan of past binnen de setting van een asielcentrum. Heel wat asielzoekers staan ook weigerachtig tegenover mogelijke hulpverlening omdat zij (ten onrechte) geloven dat dit een negatieve invloed zal hebben op de lopende asielaanvraag.

Fred Laudens

Heel wat asielzoekers staan ook weigerachtig tegenover mogelijke hulpverlening omdat zij (ten onrechte) geloven dat dit een negatieve invloed zal hebben op de lopende asielaanvraag.



de Wildt, W.A.J.M. (2005). *Nazorg na deeltijd- en klinische behandeling*. Resultaten scoren. Amsterdam: Jellinek.

De publicatie beschrijft een ambulante vorm van nazorg voor cliënten die een behandeling in de verslavingszorg hebben afgerond. Ze is gebaseerd op een literatuurstudie naar de effectiviteit van nazorg. De beschreven nazorg is een logische volgende stap in het leerproces van de cliënt: de nadruk ligt op het consolideren en generaliseren van de vaardigheden die geleerd zijn tijdens de behandeling. Daarnaast biedt de module handvatten voor het uitwerken van enkele veel voorkomende thema's in de groepsbijeenkomsten die deel uitmaken van de nazorg. De nazorg omvat verder ook een aantal individuele gesprekken met de cliënt.



Decorte, T., Slock, S. (2005). *The taming of cocaine II. A 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users*. Brussel: VUB Brussels University Press.

Dit boek brengt verslag uit van een vervolgonderzoek van een etnografische studie bij 111 ervaren cocaïnegebruikers in 1996-1997. Het bevat onder andere verdere informatie over de informele controlemechanismen en over de ontwikkeling van gebruikspatronen. Het gaat ook in op implicaties voor het drugbeleid en voor behandeling.



Kartsen, C., Laansma, K. (2003). *Shoppen! De lust, het lijden en de lol*. Rijswijk: Uitgeverij Elmar BV.

Shoppen! is naar eigen zeggen het eerste Nederlandse boek dat serieus aandacht besteedt aan shoppen en koopverslaving. De auteurs bespreken sociale, psychologische en biologische aspecten van winkelgedrag. Ze baseren zich hiervoor op eigen onderzoek en op de laatste wetenschappelijke inzichten op dit gebied.



Palacios, W.R. (Red.) (2005). *Cocktails & dreams. Perspectives on drug and alcohol use*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Dit boek biedt een overzicht van 22 kwalitatieve onderzoeksartikels die verschillende stereotypes ontcrachten die te maken hebben met de consumptie van legale en illegale drugs. Het is in de eerste plaats gericht op studenten, maar ook voor niet-studenten biedt het boek heel wat stof tot discussie.



McKeganey, N. (2005). *Random drug testing of schoolchildren. A shot in the arm or a shot in the foot for drug prevention?* York: York Publishing Services Ltd.

Ook in Groot-Brittannië gaan er regelmatig (politieke) stemmen op om leerlingen te testen op druggebruik. De vraag is of dit een goede zaak zou zijn voor preventie. De publicatie presenteert een overzicht van

## UITGELEZEN

### Cannabis zonder coffeeshop

*In opdracht van het Ministerie van Justitie verrichte een onderzoeksgroep in Nederland in 2003 en 2004 een onderzoek naar niet-gedoogde cannabisverkoop. De probleemstelling luidde als volgt: wat is de omvang en de aard van niet-gedoogde cannabisaanbieders in Nederland en welke ontwikkelingen zijn hierin waarneembaar, mede in relatie tot gedoogde aanbieders. Onder niet-gedoogde aanbieders wordt verstaan: verkopers van cannabis, behalve de (officieel gedoogde) coffeeshops.*

#### Hoe?

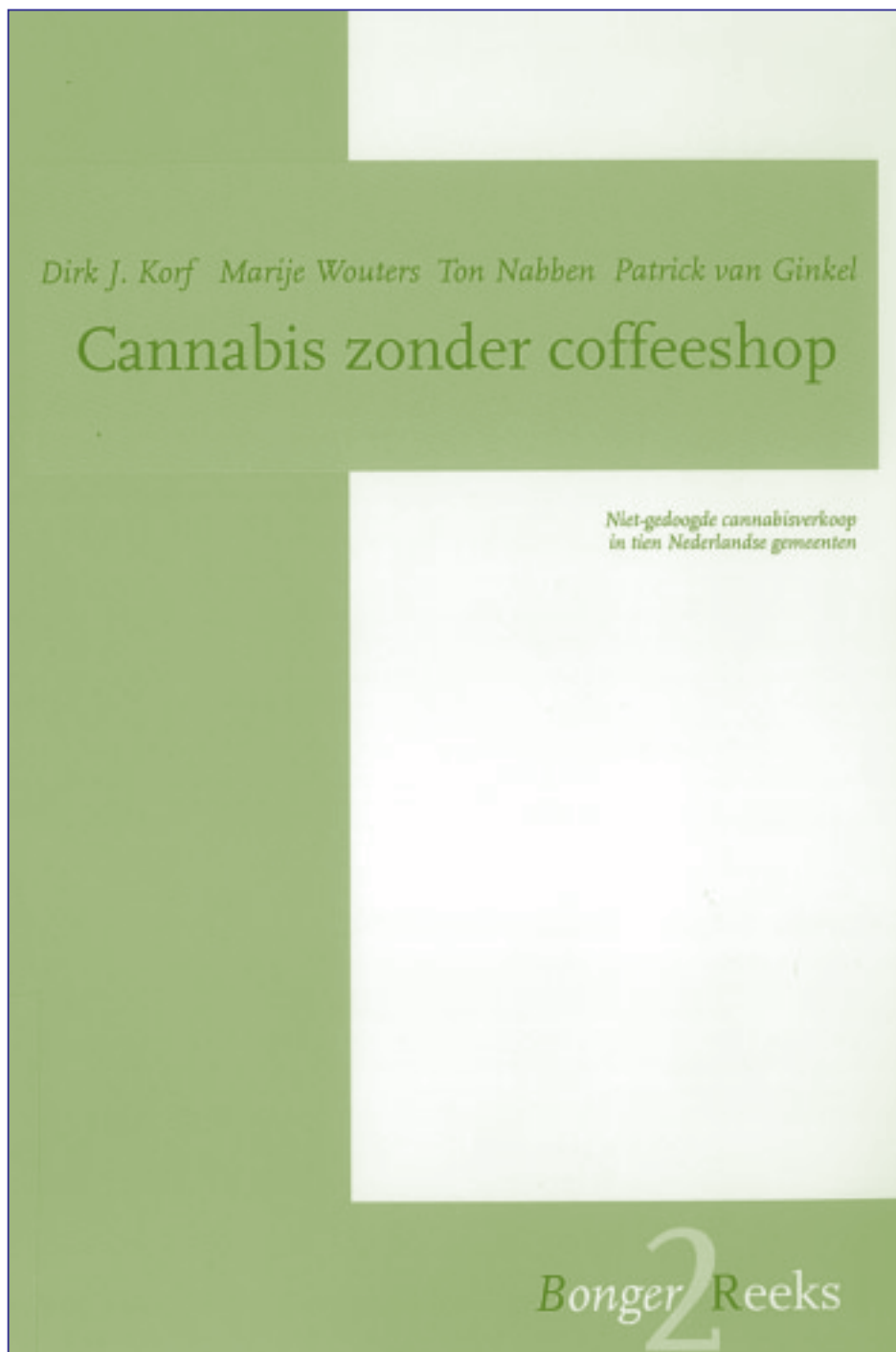
Het onderzoek is uitgevoerd in tien gemeenten die anoniem blijven. Twee van de tien hebben geen coffeeshops. In de eerste fase werden vijf gemeenten onderzocht aan de hand van individuele interviews en groeps gesprekken met lokale experts en een survey onder cannabisgebruikers in

twee gemeenten. In de tweede fase werd het onderzoek uitgebreid met nogmaals vijf gemeenten. Hier vonden de individuele gesprekken en de survey plaats. Voorwaarde voor deelname van lokale experts aan het onderzoek was dat zij goed op de hoogte waren van de lokale cannabismarkt: beleidsmedewerkers, politiemensen, preventiewerkers of jongerenwerkers.

#### Niet-gedoogde cannabisverkopers

In alle onderzochte gemeenten is er een niet-gedoogde markt voor cannabis. Hierbij worden twee hoofdcategoryën onderscheiden: vaste en mobiele verkooppunten. De vaste kunnen verder onderverdeeld worden in thuisdealers en 'onder de toonbank'-dealers in horecagelegenheden. Bij de mobiele verkooppunten kunnen twee types onderscheiden worden, bezorging aan huis op telefonische bestelling (o6-dealers) en verkoop op straat en hangplekken (straatdealers).

Daarnaast zijn er ook nog personen die zelf cannabis kweken. Vaak houden ze die voor



zichzelf en hun vrienden, maar sommigen zijn ook commerciëler ingesteld en zetten een verkoop op.

Het onderzoek richtte zich op cannabis; dealers die enkel andere drugs verkopen werden buiten beschouwing gelaten. Bij alle types van niet-gedoogde cannabisaanbieders zijn er echter die zowel cannabis als andere drugs verkopen. Sommigen verhandelen tijdens de week vooral cannabis, terwijl ze in het weekend meer partydrugs verkopen.

### Gaten in de coffeeshopmarkt

Of een gemeente nu wel of geen coffeeshops heeft, overall komt niet-gedoogde cannabisverkoop voor. Maar in het algemeen nemen de coffeeshops een groter deel van de cannabisverkoop voor hun rekening dan de niet-gedoogde verkopers. De andere verkopers vullen de gaten die de coffeeshops maken op. Zo zijn er de geografische gaten: zij zijn vooral actief in wijken waar weinig of geen coffeeshops zijn. De shops zijn geen 24 uur open en je mag

er enkel cannabis kopen als je meerderjarig bent. De andere dealers springen hier gretig op. Bovendien kan je bij de niet-gedoogde cannabisaanbieders grotere hoeveelheden kopen.

### Schattingen van de lokale cannabismarkt

De lokale experts hadden het moeilijk om een schatting te maken van het aantal niet-gedoogde cannabisaanbieders. Hoe groter de gemeente is, hoe moeilijker het is om een schatting te geven.

### Tot slot

Dit onderzoeksrapport geeft op een duidelijke en begrijpbare manier de methode en de resultaten van het onderzoek weer. Het gaat hier enkel over de onderzoeksresultaten; wie op zoek is naar een koppeling naar beleid of aanzetten voor preventie vindt hier niet direct zijn gading. De Nederlandse situatie met de gedoogde coffeeshops is uniek en de resultaten zijn dan ook niet veralgemeenbaar naar andere contexten, zoals Vlaanderen.

Tina Van Havere

Korf, D.J., Wouters, M., Nabben, T., & van Ginkel, P. (2005). *Cannabis zonder coffeeshop: niet-gedoogde cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

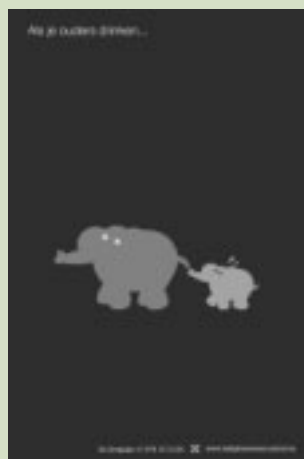


## Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs in het jeugdwerk | naslagwerk

Jeugdwerkers, jeugdleiders, jeugdhuismedewerkers, organisatoren van fuiven, ... komen voortdurend in contact met jongeren en hun vrije tijd. Middelengebruik kan daar deel van uitmaken. Het is niet

altijd eenvoudig om daarmee om te gaan, zeker niet als er juridische consequenties zijn. De publicatie 'Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs in het jeugdwerk' brengt de relevante juridische topics in kaart en biedt een antwoord op de meest gestelde vragen.

JEBo2, € 7,50



## Als je ouders drinken ... affiche

De affiche is een wegwijzer naar [www.bekijkheteensnuchter.be](http://www.bekijkheteensnuchter.be), waarop onder meer informatie staat voor kinderen van ouders met een alcoholprobleem. De affiche vermeldt ook het telefoonnummer van de DrugLijn. ALG26, ≤ 5 exemplaren gratis, >5 exemplaren: € 1,00 per affiche

## BESTELBON

Naam publicatie	bestelcode	eenheidsprijs	aantal	totaal
Werken met peers   dossier (zie artikel p. 17)	PUB35	€ 7,50		
Een lokaal alcohol- en drugbeleid: op elk vlak de juiste aanpak. Welzijnsector   brochure (zie artikel p. 9)	LBB06	€ 1,50		
Cocaïne   dossier (zie artikel p. 16)	PUB34	€ 7,50		
Juridische handvatten voor het gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs in het jeugdwerk   naslagwerk	JEBo2	€ 7,50		
Als je ouders drinken ...   affiche	ALG26	≤ 5 exemplaren gratis, >5 exemplaren: € 1,00 per affiche		
Lindestraat 14   didactisch pakket	SCDo1	€ 25,00 (met video)		
	SCDo2	€ 5,00 (zonder video)		
			Totaal	

Naam: .....

Leveringsadres: .....

Facturatieadres: .....

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

Handtekening: .....

De prijzen zijn exclusief verzendingskosten en eventuele verpakingskosten.

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)