

Periodiek van de Vereniging voor
Alcohol- en andere Drugproblemen vzw



VAD-berichten

Versijnt vijf maal per jaar • Afgiftekantoor: 9000 Gent X



VAD

februari 2005 • NI



VAD-vormingen

Werkwijze®

vormingsaanbod over alcohol en drugs

- **Psycho-educatie bij problematisch middelengebruik**
11 maart 2005
- **Terugvalpreventie**
4, 18 maart en 15 april 2005
- **Werken met minderjarigen**
15 maart 2005
- **Gevangenis: verkenning van de sector en mogelijkheden voor drugpreventie en -hulpverlening**
22 maart 2005
- **Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik**
19, 27 april en 3 mei 2005

- **Europ-ASI**
10, 19 en 26 mei 2005 (VVBV, Gent)
- **Alcohol- en drugpreventie-initiatieven in je gemeente: uitwisseling van methodieken**
12 mei 2005

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

Buitenlandse congressen

- **16th International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm**
20-24 maart 2005, Belfast (Noord-Ierland)
Website: www.ihrcebelfast.com

- **Drug Addiction Treatment and Prevention in a United Europe: diversity and equality. 10th European Conference on Rehabilitation and Drug Policy**
10-14 mei 2005, Heraklion (Kreta)
Websites: www.kethea.gr
www.eftc-europe.com
E-mail: education@kethea.gr



INHOUD

REDACTIONEEL	3
VAD IN ACTIE	4
De nieuwste trends in het secundair onderwijs in Vlaanderen	4
HALLO, MET DE DRUGLIJN	6
De lijn doorgetrokken. 10 jaar DrugLijn in cijfers (deel 2)	6
FOCUS	7
PK+: Kwaliteitstoetsing voor projecten voor gezondheidspromotie	7
UITGESPROKEN	8
Beperking van alcoholreclame vanzelfsprekend onderdeel van alcoholpreventiebeleid	8
BRUSSEL-CENTRAAL	10
VOOR U GESURFT	12
Wie niet Wagert, niet wint	12
UW MENING TELT! LEZERSENQUÊTE	middenkatern
IN DIALOOG	13
Nuchter, maar niet rijgeschikt!	13
GEWIKT EN GEWOGEN	16
Cannabis opnieuw onder de loep genomen	16
ESPAD-2003: over tabak-, alcohol- en illegaal genotmiddelengebruik bij jongeren in Europa	18
ABSTRACT VERPAKT	20
BIJBLIJVEN	21
Peers voor peers: Ervaringsnamiddag 'peer support' - 6 december 2004, Antwerpen	21
GEBOEKSTAAFD	22
UITGELEZEN	22
Handboek Preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid	22
AANGENAAM!	24
ETALAGE	24
KORT GENOTEERD	
Bescherm jezelf tegen je eigen gênante dronken sms'jes	7
Dronken man belt politie voor 'gestolen' wagen	17

COLOFON

HOOFDREDACTIE:	F. Matthys
REDACTIE:	I. Baeten
	I. Bernaert
	G. Geeraerts
	H. Heyvaert
	H. Kinable
	J. Rosiers
ILLUSTRATIES:	Pokke
ABONNEMENTEN:	02 423 03 33
E-MAIL:	vad@vad.be
WEBSITE:	www.vad.be
LAY-OUT & DRUK	Drukkerij EPO
	03 239 61 29

V.U.: S. Ansoms, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel



Redactioneel

Er is goed nieuws en er is slecht nieuws.

Dat is samengevat de teneur van het jaarverslag van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving. Het goede nieuws is dat het aantal drugdoden na een jarenlange toename in 2001 een dalende lijn vertoont, dat het heroïnegebruik in veel landen is gestabiliseerd en dat het aantal HIV-besmettingen onder injecterende druggebruikers in een aantal nieuwe EU-lidstaten minder snel om zich heen grijpt. Het slechte nieuws is dat de andere vormen van druggebruik zijn toegenomen, met cocaïnegebruik op kop.

Aangezien het verzamelen en verwerken van gegevens tijd vraagt, geven deze berichten een beeld van de werkelijkheid van drie à vier jaar geleden. In de hulpverlening is de laatstgenoemde trend echter zeker een actuele realiteit. Gebruikers van cocaïne en andere opwekkende middelen zorgen er voor veel meer overlast dan we met heroïnegebruikers ooit meemaakten. Voor hulpverleners wordt het werk meer stresserend en soms onveiliger door agressie-incidenten. Preventie, motivatiebevordering, harm reduction, structurering, psychosociale ondersteuning, het krijgt allemaal een andere kleur bij cliënten/patiënten die geen lichamelijke ontwenningssverschijnselen hebben, maar wel impulsief, ongedurig, prikkelbaar en eisend zijn. De moeilijksten onder hen worden van de ene voorziening naar de andere gestuurd en komen uiteindelijk overal op de zwarte lijst. Als deze groep inderdaad toeneemt, zullen we ons moeten bezinnen over onze attitudes en methodieken.

Frieda Matthys

Uw mening telt! Lezersenquête

VAD is verhuisd. Een nieuw jaar is begonnen. VAD-berichten is ook aan vernieuwing toe, of op zijn minst aan bijsturing, als u ons daarbij wil helpen. Tenslotte schrijven we voor u en willen we af en toe wel weten wat u ervan vindt. Blader daarom alstublieft naar het midden van dit nummer, vul de evaluatie in en bezorg ze ons voor 15 maart. Wie meedoet maakt kans op één van de vijf boekenbonds die we onder de inzendingen verloten. Alvast bedankt.

De nieuwste trends in het secundair onderwijs in Vlaanderen Syntheserapport leerlingenbevraging schooljaar 2003-2004

Sommigen onder u verwachtten zich er ongetwijfeld al aan. Misschien zat u zelfs reikhalzend uit te kijken naar de komst van weer een nieuw syntheserapport met de laatste cijfers van de leerlingenbevraging. Nu is het zover. Het syntheserapport is af. Het is een lijvige versie geworden: het bevat immers niet alleen de cijfers van het laatste schooljaar (2003-2004), maar ook een vergelijking van de cijfers over de jaren heen én een vergelijking van de gegevens van scholen die voor het eerst deelnamen met die van scholen die al tweemaal hebben deelgenomen. Kortom, boeiend materiaal.



Enkele weetjes

Wist u dat sinds het begin van de bevraging (januari 1999) al 505 scholen of een equivalent van 251.478 leerlingen hebben deelgenomen aan de bevraging? Tenminste, als je de scholen niet meerekent die buitengewoon of deeltijds onderwijs aanbieden¹, want dan komen we uit op 572 scholen en 257.089 leerlingen. Aangezien scholen opnieuw kunnen deelnemen wanneer de vorige deelname minstens drie jaar geleden is, waren er bij die 505 scholen 66 die voor de tweede maal deelnamen.

Tijdens het schooljaar 2003-2004 hebben 38.029 leerlingen uit 67 scholen de vragenlijst ingevuld. Uit deze vragenlijsten hebben we een steekproef van 1.498 leerlingen genomen die representatief is voor alle jongeren in het eerste tot en met het zesde jaar secundair onderwijs (ASO, TSO en BSO)²

¹ Voor deze scholen gebruiken we een aangepaste vragenlijst.

² ASO staat voor algemeen secundair onderwijs, TSO voor technisch secundair onderwijs en BSO voor beroepssecundair onderwijs.

in Vlaanderen. In dit artikel bespreken we enkele resultaten.

Middelengebruik

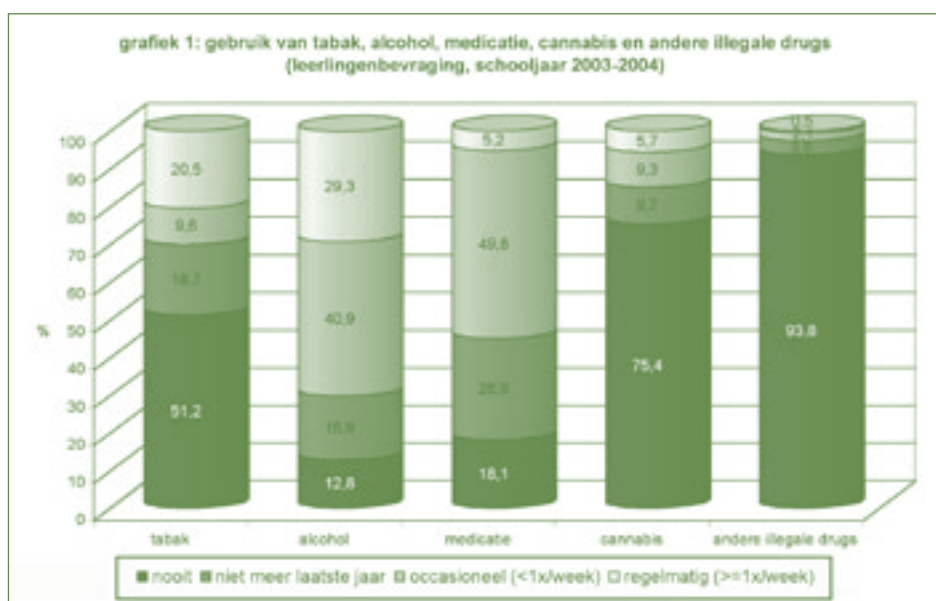
Uit de gegevens blijkt dat het gebruik van alcohol nog altijd onovertroffen is in de categorie psychoactieve middelen (grafiek 1). Ondanks de alcoholwetgeving, die

het schenken van alcohol aan jongeren onder de zestien verbiedt, komt een groot deel van de jongeren er voor het eerst mee in contact vóór ze in het secundair onderwijs terecht komen. Meer nog, op de leeftijd van 15-16 jaar is bijna iedereen al in contact gekomen met alcohol. Er zijn evenveel jongens als meisjes die alcohol drinken, maar jongens doen dit wel opvallend vaker. De meest populaire dranken zijn bier, wijn en alcopops.

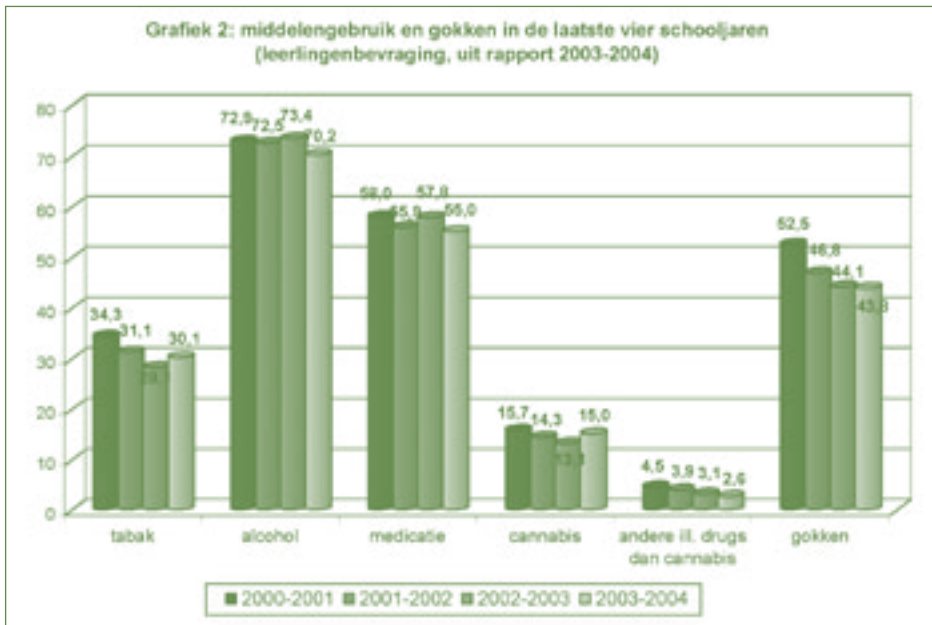
Ook het aantal jongeren dat rookt, is vrij hoog: ongeveer de helft van alle leerlingen in het secundair onderwijs heeft al eens gerookt en een belangrijk deel van hen begint daar vroeg mee: van de 12-14-jarigen heeft 29,1% al eens gerookt, bij de 15-16-jarigen is dat al 60,4%.

De overgrote meerderheid van de leerlingen slikt ook al eens een pilletje, maar meestal gaat het om lichte pijnstillers en gebeurt dit eerder occasioneel. Meer meisjes dan jongens gebruiken lichte pijnstillers en meer jongens dan meisjes gebruiken opwekmiddelen.

Wat betreft het illegaledruggebruik gaat het in hoofdzaak om cannabis. Het gebruik van andere illegale drugs is eerder een



Grafiek 2: middelengebruik en gokken in de laatste vier schooljaren (leerlingenbevraging, uit rapport 2003-2004)



marginaal en occasioneel gebeuren. Een kwart van alle leerlingen is al eens in contact gekomen met cannabis, maar één op de tien is er weer mee gestopt, zodat het percentage gebruikers op ongeveer 15% komt. Er zijn dubbel zoveel occasionele als regelmatige cannabisgebruikers. Verder zijn er ook veel meer jongens dan meisjes die cannabis gebruiken. Cannabis heeft een aparte plaats verworven bij leerlingen in het secundair onderwijs. Meer dan de helft van alle leerlingen in het secundair onderwijs komt wel eens op plaatsen waar illegale drugs³ worden gebruikt (op de leeftijd van 17-18 jaar is dit zelfs 78,9%), wat betekent dat cannabis - ondanks zijn illegale status - tot hun leefwereld behoort. Dit betekent echter niet dat ze zelf allemaal ook cannabis gebruiken. Voor de meerderheid is cannabisgebruik zeker niet vanzelfsprekend. Dat blijkt onder meer uit het feit dat ze verwachten dat cannabisgebruik meer tegenreactie zou uitlokken van hun beste vrienden dan wanneer ze er mee zouden experimenteren.

Trends van de laatste vier schooljaren

In het syntheserapport zijn we op zoek gegaan naar mogelijke trends in de loop van de afgelopen vier schooljaren (van schooljaar 2000-2001 tot en met 2003-2004). We ontdekten een aantal tendenzen (grafiek 2).

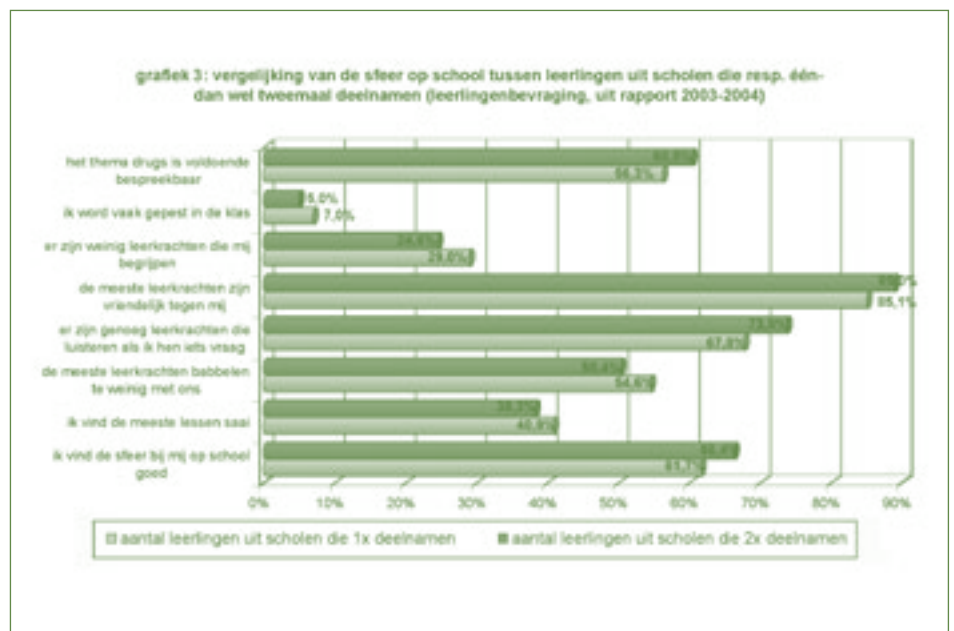
Zo wijzen de gegevens erop dat tijdens die periode het tabaksgebruik is gedaald. Dit komt overeen met de bevindingen van het Europese ESPAD⁴-onderzoek (zie artikel pagina 18), dat aantoonde dat het tabaksgebruik onder 16-jarigen sinds 1999 in de meeste West-Europese landen is vermin-

Ook dit laatste resultaat ligt in de lijn van de ESPAD-gegevens, die duiden op een stabilisatie van het cannabisgebruik in de meeste West-Europese landen sinds 1999.

Het effect van deelname aan de bevraging

De bevraging is in de eerste plaats een instrument voor de scholen om actief én met inbreng van hun leerlingen, te werken aan een drugbeleid op school. Dit betekent dat de school in vele gevallen na haar deelname in actie zal schieten, door de resultaten bekend te maken bijvoorbeeld, maar ook door concrete preventieactiviteiten op te zetten of andere initiatieven te nemen. We vroegen ons af in welke mate dit een weerslag kon hebben op het middelengebruik van de leerlingen of op hun perceptie van het schoolklimaat. Daarom hebben we de scholen die voor het eerst deelnamen op een aantal punten vergeleken met de scholen die al tweemaal hebben deelgenomen.

grafiek 3: vergelijking van de sfeer op school tussen leerlingen uit scholen die resp. één- dan wel tweemaal deelnamen (leerlingenbevraging, uit rapport 2003-2004)



derd. Verder zijn er aanwijzingen dat de alcopop-hype stilaan over zijn hoogtepunt heen is en dat het verbod op gokautomaten in cafés en lunaparken van eind 2000 zijn doel niet heeft gemist bij minderjarigen. En ondanks alle media-aandacht van de afgelopen jaren is het cannabisgebruik in diezelfde periode zeker niet toegenomen.

Uit de vergelijking kwam onder meer naar voor dat in scholen die al meermaals aan de bevraging hebben deelgenomen het gebruik van tabak, alcohol en andere illegale drugs dan cannabis, evenals het gokgedrag, lager was (grafiek 3). In deze scholen waren er ook beduidend minder leerlingen die een tolerante houding verwachten van hun beste vrienden tegenover het proberen of het gebruiken van cannabis.

³ In veruit de meeste gevallen gaat het om plaatsen waar cannabis wordt gebruikt.

⁴ ESPAD staat voor European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.

Verder vonden de leerlingen in de scholen die al tweemaal deelnamen aan de bevraging de sfeer op school beter, hadden ze een betere relatie met hun leerkrachten, zegden ze minder dat ze worden gepest en vonden ze het thema drugs meer bespreekbaar op hun school (grafiek 4). Ze verklaarden zich bovendien meer akkoord met

de regelgeving op school over middelen-gebruik.

Het is zonder meer duidelijk dat scholen die actief inspanningen leveren rond een bepaald thema en hierin ook hun leerlingen betrekken hiervoor worden beloond. Een bemoedigende vaststelling, zowel voor

het preventiewerk in Vlaanderen als voor alle scholen die op continue basis investeren in een drugbeleid.

Hilde Kinable

U kan het syntheserapport van het schooljaar 2003-2004 schriftelijk bestellen met de bestelbon op pagina 24

HALLO, MET DE DRUGLIJN

De lijn doorgetrokken 10 jaar DrugLijn in cijfers (deel 2)

Het vorige nummer van VAD-berichten stond voor een groot stuk in het teken van '10 jaar DrugLijn'. Het bevatte een artikel waarin stilgestaan werd bij de cijfers (registratiegegevens) van de voorbije tien jaar. De nadruk lag op de algemene evolutie van het aantal oproepen, de evolutie van het aantal vragen over bepaalde producten en de evoluties bij de groepen bellers.

Zoals aan het eind van dat artikel beloofd werd, breien we er in dit nummer een vervolg aan.

Naar aanleiding van het tienjarig bestaan groeide de idee om naast de jaarlijkse statistieken een uitgebreid aantal kruisvergelijkingen te maken tussen de variabelen uit de registratie.

De beantwoorders van de DrugLijn hebben door de telefoonervaring nogal wat indrukken over soorten van gesprekken, over bellersprofielen en soms ook over evoluties over de jaren heen. Om na te gaan of deze (subjectieve) indrukken kloppen, stortten collega's Johan Rosiers en Jochen Schrooten zich vol overgave op alle mogelijke variabelen en vergelijkingen. Zij gingen met de associatiemaat na of er sterke verbanden terug te vinden waren. Dezelfde berekeningen werden uitgevoerd voor de cijfers van 1994, 1999 en 2003. Zo kon (in sprongen van vijf jaar) nagegaan worden of er in die verbanden evoluties merkbaar zijn.

De verbanden

In dit artikel focussen we vooral op de mogelijke verbanden tussen bellersgroepen - zowel naar leeftijd als naar 'presentatie' (dat is DrugLijn-jargon voor de hoedanigheid waarin de beller contact neemt: gebruiker, ouder, partner, enzovoort) - en de andere geregistreerde gegevens. Vaak

leidt dat tot nogal logische bevestigingen van wat we als beantwoorders bij de DrugLijn al langer aanvoelden, maar zo nu en dan springen er ook minder voor de hand liggende verbanden in het oog.

Wie belt

Vooreerst is er natuurlijk een sterk en logisch verband tussen leeftijd en 'presentatie'. Zo toont de leeftijdscategorie van 10- tot 25-jarigen een oververtegenwoordiging van algemeen geïnteresseerden, studenten of scholieren en - recenter, in 2003 - bellers in een vrijetijdscontext. Tussen 16 en 35 jaar situeren zich opvallend meer gebruikers of ex-gebruikers, partners, familieleden, preventiewerkers en hulpverleners. Ouders zijn logischerwijs oververtegenwoordigd in de leeftijdsgroep van 36 tot 55 jaar. Bellers ouder dan 55, een steeds groeiende groep, zijn vaker familieleden. Naar ons aanvoelen gaat het in die groep steeds vaker om grootouders.

Ook het geslacht van de beller en de 'presentatie' zijn sterk met elkaar verbonden. Vrouwelijke bellers (die sowieso sterk in de meerderheid zijn) zijn vaker moeder, partner, familielid of hulpverlener. Mannen die een beroep doen op de DrugLijn zijn vaker



(ex-)gebruikers, intermediairen uit de vrijetijdssector of arts.

Met welke vraag

Bij de DrugLijn waren we benieuwd of er sterke verbanden waren tussen de leeftijd van de beller en de besproken drug. Als er al zulke verbanden zijn, tonen de cijfers dat die alleszins vrij zwak zijn. Jongeren tot 15 jaar hebben meer vragen over drugs in het algemeen (wat waarschijnlijk te maken heeft met schoolopdrachten), terwijl 16-25-jarigen iets meer vragen stellen over paddestoelen, XTC en - de laatste jaren - ook GHB. Een wat onverwachte vaststelling is dat 26-35-jarigen iets vaker dan men zou verwachten vragen stellen over slaap- en kalmeringsmiddelen. In diezelfde leeftijdsgroep steekt cocaïne er eveneens wat bovenuit. Tot slot valt op dat bellers ouder dan 45 meer vragen stellen over alcohol en (opnieuw) slaap- en kalmeringsmiddelen.

Ook de verbanden tussen de 'presentatie' van de beller en de producten zijn eerder zwak. Bij de groep ouders steekt enkel het aantal vragen over cannabis er iets bovenuit. In gesprekken met partners, vrienden en familieleden (ouders buiten beschouwing) komt vaker alcohol, cocaïne, speed

en heroïne ter sprake. Bij (ex-)gebruikers geldt dat voor alcohol, medicatie, XTC, tabak en recenter ook cocaïne. Anders geformuleerd: personen uit de directe omgeving stellen meer vragen over illegale drugs, terwijl legale drugs zoals medicatie en tabak vooral door gebruikers zelf bevraagd worden. De enige uitzondering zijn de vragen over alcohol door partners en familieleden.

Daarbij aansluitend blijkt er ook een verband te zijn tussen wie belt en het soort productinformatie dat wordt gevraagd. Hoe hoger de leeftijd, hoe meer basisinformatie over drugs gevraagd wordt: uitzicht van het product, manier van gebruik, signalen van gebruik, effecten en gevaren. Jongere bellers, van wie we kunnen vermoeden dat ze in het algemeen meer weten over drugs, zoeken meer concrete informatie, bijvoorbeeld over wetgeving, urinetesting, onthoudingsverschijnselen of risico's bij zwangerschap.

Gemoedstoestand

Bij elk gesprek registreert de beantwoorder de gemoedstoestand van de beller. Tot op zekere hoogte is dat natuurlijk een subjectieve inschatting, maar de cijferanalyse toont wel dat er een vrij sterk en vaak logisch verband is tussen de 'presentatie' van de beller en zijn of haar gemoedstoestand. (Ex-)gebruikers zijn vaker moedeloos en depressief of hebben een schuld-

gevoel of schuldbesef over hun gebruik en de gevolgen ervan. Ouders daarentegen zijn vooral bezorgd en ongerust, ook vaker moedeloos en depressief, verdrietig en wrevelig of kwaad (vaak een uiting van een gevoel van onmacht). Bezorgdheid, ongerustheid, moedeloosheid en depressiviteit komen ook bij partners opvallend meer voor. Bovendien zijn partners vaker dan andere bellersgroepen verdrietig.

Logischerwijs is de gemoedstoestand van scholieren, hulpverleners, preventiewerkers, professionelen en intermediairen uit diverse maatschappelijke sectoren meestal neutraal.

Overigens blijkt dat de gemiddelde duur van een gesprek met deze laatste groepen een heel stuk korter is dan de gesprekken met personen uit de directe omgeving van een gebruiker. Het zal weinigen verbazen dat hoe sterker de emotionele band met een gebruiker is en hoe emotioneler een beller overkomt, hoe langer een gesprek duurt.

Hoe lang een gesprek duurt

Aan het einde van de rekenoefeningen bekeken we hoe de duur van de gesprekken zich verhoudt tot de producten waarover gebeld wordt. Daarvoor berekenden we per product de gemiddelde gespreksduur. Gesprekken over medicatie duren veruit het langst, met als uitschieter antidepressiva, waarover het gemiddelde gesprek in 2003

bijvoorbeeld bijna 23 minuten duurde. Na medicatie volgen heroïne, cocaïne, speed en cannabis. Voor deze producten duurde het gemiddelde gesprek 10 tot 15 minuten. Voor alcohol bedraagt het gemiddelde eveneens zo'n 10 minuten. Daarna volgen methadon en XTC met gemiddelden van 8 en 9 minuten. Met een gemiddelde gespreksduur van 4 à 5 minuten staat onderaan het rijtje een aantal producten die minder frequent ter sprake komen: paddestoelen, LSD, vluchtige snuifmiddelen en smart drugs.

Tot zover een greep uit de cijferanalyse. Zoals reeds in vorig artikel vermeld, volgt binnenkort een publicatie waarin de bevindingen over de voorbije tien jaar nog eens mooi op een rijtje gezet worden. We zullen u later via VAD-berichten laten weten wanneer die verkrijgbaar is.

En nu op naar de volgende tien jaar. Ik denk trouwens dat ik in de verte de telefoon hoor rinkelen ...

Tom Evenepoel

FOCUS

PK+: Kwaliteitstoetsing voor projecten voor gezondheidspromotie

Kwaliteitsvolle acties voor gezondheidspromotie worden bij voorkeur projectmatig opgezet. Een projectmatige uitwerking biedt immers de beste garantie voor een systematische, planmatige en doelgerichte werkwijze, die de effectiviteit van acties voor gezondheidspromotie ten goede komt. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) stelt een instrument voor kwaliteitsborging ter beschikking: de PK+. Een korte introductie.

De P en de K in PK+ staan voor 'project' en voor 'kwaliteit'. De '+' staat voor het bevorderen van projectkwaliteit, wat het ultieme doel is van PK+. Het instrument biedt gezondheidswerkers of -organisaties de gelegenheid om zelf de kwaliteit van hun projecten na te gaan of deze te toetsen aan de mening van externe deskundigen.

PK+ bestaat uit een checklist met kwaliteitscriteria voor projectplannen inzake gezondheidspromotie, een checklist voor voltooide projecten en een procedure voor een objectieve kwaliteitstoetsing van projectplannen en voltooide projecten door externe deskundigen op basis van de kwaliteitscriteria.

KORT GENOTEERD

Bescherm jezelf tegen je eigen gênante dronken sms'jes

Nogal wat mensen schijnen er last van te hebben. Na een avondje stappen met teveel alcohol grijpen ze naar hun gsm en beginnen liefdessms'jes te sturen of emotionele telefoontjes te plegen. Wanneer alles de volgende ochtend tot hen begint door te dringen, schamen ze zich dood.

De Australische telefoonmaatschappij Virgin Mobile wil haar klanten behoeven voor zulke situaties en heeft daarom recent een nieuwe service gelanceerd. Tegen betaling van een klein bedrag kunnen gsm-bezitters via een code een aantal telefoonnummers tijdelijk - bijvoorbeeld tot de volgende ochtend - laten blokkeren. Zo willen ze het risico op gênante situaties reduceren. Gewoon minder drinken en je hoofd helder houden is natuurlijk ook een optie ...

Bron: De Morgen, 13/12/2004



Zelfevaluatie

Projectuitvoerders kunnen via een kritische zelfevaluatie van hun project in functie van de beoogde doelstellingen en doelgroep, zelf de kwaliteit van hun project verhogen door gebruik te maken van een aantal checklisten. De checklisten begeleiden de projectuitvoerder bij de verschillende fasen in een project. Zo worden kennis en vaardigheden rond projectmanagement opgebouwd. Een handleiding voor kwaliteitsvol werken bij projecten voor gezondheidspromotie behandelt de achtergrond van

de checklisten. Via de toetsingsprocedure kan u constructieve feedback krijgen over (geplande) acties en zo projectdoelstellingen, methoden, planning en/of evaluatie optimaliseren en/of bijsturen op basis van de expertise van derden.

PK+ praktisch

PK+ spitst zich toe op twee fasen die cruciaal zijn voor de kwaliteit van een project: de planningsfase, die borg moet staan voor een goede voorbereiding van het project, en de afrondingsfase, waarin wordt nagegaan of het project zijn doelen heeft bereikt en hoe op de resultaten kan worden voortgebouwd. Hierbij aansluitend voorziet PK+ twee momenten van kwaliteitstoetsing. Er is een checklist met kwaliteitscriteria voor projectplannen en een checklist voor voltooide projecten. U kan de PK+ toepassen op onderzoeks-, ontwikkelings-, implementatie- en uitvoeringsprojecten in het brede veld van de gezondheidspromotie. Op elk moment kunnen de projectuitvoerders een projectfiche invullen en indienen.

Deze wordt dan voorgelegd aan drie anonieme experts (één voor het thema, één voor de doelgroep en één voor de methode), die het project beoordelen aan de hand van de checklisten. Zes weken na de indiening volgt de algemene feedback op het projectplan.

Via PK+ kan de projectuitvoerder promotie maken voor zijn project en organisatie, aangezien alle kwaliteitsvolle projecten een kwaliteitslabel krijgen en bekendheid krijgen via de VIG-website.

Neelke Vernailen
Medewerker PK+

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie

Meer informatie over PK+, met name de checklisten, de toetsingsprocedure, de projectfiche is te vinden op http://www.vig.be/content/pdf/ME_pkplus.pdf of bij Neelke Vernailen (02 442 49 24, neelke.vernailen@vig.be).

UITGESPROKEN

Beperking van alcoholreclame vanzelfsprekend onderdeel van alcoholpreventiebeleid

Bij voorlichting over de risico's van alcoholgebruik is het belangrijk dat consumenten een volledig of genuanceerd beeld krijgen van wat alcohol is, doet en kan veroorzaken. Daarom is het vanzelfsprekend te willen voorkomen dat alcoholreclame een eenzijdig en positief beeld van alcohol scheidt. De beschikbare middelen van voorlichting en educatie zijn beperkt. Alleen kunnen ze niet opboxen tegen alcoholreclame. Daarom is een nadrukkelijke beperking van de hoeveelheid niet meer dan logisch. Gebeurt dit niet, dan is de investering in voorlichting vrij nutteloos. Dit constateert de Nederlandse stichting STAP (Stichting Alcoholpreventie). Alcoholreclame en de effecten ervan kunnen op verscheidene manieren worden ingeperkt. Voor preventiewerkers, alcoholvoorlichters en beleidsmakers is het belangrijk ook de lokale mogelijkheden te kennen die de hoeveelheid en de impact van alcoholreclame verminderen.

Alcoholreclame hindert preventie maatregelen

De elementen van een alcoholbeleid die het meest effectief zijn voor primaire preventie richten zich op de beschikbaarheid: accijnzen, zo weinig mogelijk verkooppunten en leeftijdsgrenzen voor verkoop om de drempel om te drinken te verhogen. Voorlichtingscampagnes ondersteu-

nen deze maatregelen door het draagvlak ervoor te vergroten. Campagnes zijn erop gericht mensen risico's te doen beseffen en daarmee het beleid acceptabel te maken. Mensen worden echter ook geconfronteerd met vele vormen van promotie van alcohol, die dikwijls een groter bereik hebben dan alcoholvoorlichting. Reclame geeft een heel ander beeld van alcohol dan voorlichting: een eenzijdiger beeld. Reclame zet

alcohol (drinken) doorgaans neer als iets vanzelfsprekends: leuk, positief, gezellig en als iets dat past bij mensen die qua uiterlijk, populariteit of gedrag te benijden zijn. Bij alcoholreclame worden mooie, vrolijke mensen afgebeeld. Alcoholhoudende drank wordt in reclame geassocieerd met lekker eten, dansen en contact leggen. Ditzelfde zie je bij alcoholreclame via sponsoring van dans- of sportevenementen. Zo wordt bijvoorbeeld ook een link tussen sportiviteit en alcoholhoudende drank gelegd.

Uit internationaal onderzoek is gebleken dat alcoholreclame de houding, de mening en de verwachtingen over alcohol (drinken) beïnvloedt. In hoeverre alcoholreclame direct de consumptie van alcohol bevordert (vaker drinken of meer drinken) is niet duidelijk. Onderzoek hiernaar is moeilijk in een met alcohol én met reclame verzadigde maatschappij. In ieder geval bevestigt alcoholre-

clame jongeren in hun opvatting dat alcohol drinken positief, glamoureu en vrijwel zonder risico's is. Er is weinig bekend over het effect van alcoholreclame op jongeren die (nog) geen alcohol drinken, maar het lijkt erop dat het zien van veel alcoholreclame op jonge leeftijd de intentie om te gaan drinken bevordert. In feite grijpt alcoholreclame dus op dezelfde punten in als gezondheidsvoorlichting: op de mening en de houding ten opzichte van alcohol drinken. Alleen doet alcoholreclame dat op veel grotere schaal. Om die schaalgrootte in te dijken is beperking van de hoeveelheid alcoholreclame noodzakelijk. Ook op lokaal niveau.

Niet alleen de inhoud, maar vooral de hoeveelheid moet ingedamd worden

Het is verleidelijk in een discussie te belanden over de inhoud van een reclameuiting. Wat kan wel? Wat kan niet? Mag je refereren naar seks? Mag je refereren naar sport? In de kern komt het er echter op neer dat alcoholreclame altijd een positief beeld van alcohol (drinken) zal geven en nooit naar negatieve aspecten zal refereren. De meeste mensen komen vaker met reclame in aanraking dan met gezondheidsvoorlichting. De meeste mensen zullen dus vaker te horen en te zien krijgen dat alcohol positief is dan dat er negatieve kanten aan zitten. Daarom is de hoeveelheid alcoholreclame die op mensen afkomt een probleem op zich. Bij het beperken van alcoholreclame is de hoeveelheid reclame dus minstens zo belangrijk als het reguleren van de inhoud. Daarbij moeten lokale maatregelen niet uit de weg gegaan worden. De lokale preventiefunctaris kan hierin een rol spelen: hij of zij is immers verantwoordelijk voor het op de agenda zetten van de alcoholproblematiek, ook bij beleidsmakers die zich bezighouden met vergunningen voor allerlei vormen van promotie.

Ook lokaal alcoholreclame beperken

Een nationaal totaalverbod op alcoholreclame is natuurlijk het meest effectief en het gemakkelijkst te controleren: een land als Noorwegen heeft hiermee goede ervaringen. Maar op grond van de huidige drinkcultuur en het politieke klimaat is dit in Nederland in ieder geval voorlopig niet haalbaar. Net als in veel landen is er in Nederland alleen een vrijwillige gedrags-



code (zelfregulering) voor alcoholreclame. Verschillende regels in deze code zijn vaag en ruim te interpreteren. Eenduidige beperkingen van de hoeveelheid alcoholmarketing zullen alcoholproducenten zichzelf echter niet willen opleggen, zo ook in Nederland niet. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is al jaren in overleg met de branche om via zelfregulering meer effect te bereiken. Tot dusver zonder tastbaar resultaat.

Ondertussen zijn er lokale overheden die de hand in eigen boezem steken. Al begin jaren negentig verbood de gemeente Utrecht alcoholreclame op steigerdoeken. Stadsdeel Amsterdam-Centrum volgde in november 2004 met hetzelfde verbod. Daarmee kwam een snel einde aan nieuwe vormen van in dit geval reusachtige, straatbeeldbepalende reclame voor onder andere Heineken en Bacardi. Dit zijn voorbeelden van alcoholreclame die ook grote aantallen kinderen en jongeren bereiken. STAP deed een oproep aan een vijftiental andere gemeenten om dit voorbeeld te volgen. Bij de herziening van het gemeentelijk reclamebeleid zou alcoholreclame een aandachtspunt moeten zijn. Het is aan de lokale alcoholcommunicatoren, de gezondheidsvoorlichters, om het onderwerp op de agenda te zetten. Hetzelfde geldt voor de afgifte van vergunningen voor evenementen, horeca en andere verkooppunten. Lokaal worden hiervoor vergunningen afgegeven. Er kunnen voorwaarden gesteld worden bij de afgifte van vergunningen om te zorgen voor zo weinig mogelijk alcoholpromotie op een evene-

ment. Als het gaat om horeca en/of andere verkooppunten is er vaak ruimte om happy hours, waarbij goedkope alcoholhoudende drank wordt aangeboden, tegen te gaan.

Gezondheidsvoorlichter zet alcoholreclame op agenda

Het is de taak van de lokale gezondheidsvoorlichter om alcoholreclame op de agenda te zetten als het gaat om alcoholbeleid. Een alcoholvoorlichter kent als geen ander de beperkingen van bijvoorbeeld voorlichting via het klaslokaal. Hij weet dat voorlichting ook ondersteunend kan werken voor beschikbaarheidsbeperkende maatregelen. Hij weet dat voorlichting best zo weinig mogelijk verstoord wordt door tegenstrijdige of eenzijdige boodschappen. Hij kent de plaatselijke activiteiten. Hij kent de actualiteiten van het lokale beleid. Hij weet het beste wanneer er ingangen zijn voor versterkende maatregelen of beslissingen voor het lokale alcoholbeleid. Ondersteund door nationaal en internationaal onderzoek naar de effecten van alcoholreclame en alcoholbeleid is hij degene die het meest effectief de beperking van alcoholreclame op de lokale agenda kan zetten. Dan wordt bij beslissingen over reclamebeleid, evenementenvergunningen, horecabeleid, enzovoort vanzelfsprekend mogelijke alcoholpromotie beperkt.

Ir. M.M.A.P. Kuunders
Beleidsmedewerker
Stichting Alcoholpreventie
Nederland

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans (CD&V) aan mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over alcoholpreventie op het werk (26 oktober 2004).

“Uit een onderzoek van Marthe Verjans, een medewerkster van Prevent - een kennisinstituut dat gegevens verzamelt over welzijn op het werk - blijkt dat alcoholmisbruik op de werkvloer ons land jaarlijks naar schatting 2,2 miljard euro kost aan ziekteverzuim, arbeidsongevallen, productieverlies en werkloosheid. Mevrouw Verjans bevroeg 265 bedrijven aan de hand van een enquête over de mate waarin ze worden geconfronteerd met probleemdrinkers, of ze alcohol toelaten en of ze een alcoholbeleid in hun welzijnsbeleid integreren.

De cijfers spreken voor zich. 70 procent van de bedrijven meldt dat werknemers wel eens dronken naar het werk durven komen en 40 procent zegt dat personeelsleden wel eens dronken worden op het werk. Uit het onderzoek blijkt dat slechts één op vier bedrijven een nultolerantie voor alcohol hanteert. 41 procent laat alcohol toe in specifieke situaties, zoals bij de lunch en

Geschat wordt dat bij 10 tot 30 procent van de bedrijfsongevallen alcohol een rol speelt. Een probleemdrinker presteert gemiddeld 75 procent van zijn normale kunnen.

één op drie laat het toe in twee of meer situaties. Voorts blijkt uit het onderzoek dat hoe groter de toelaatbaarheid van alcohol is, hoe meer het bedrijf geconfronteerd wordt met problematische drinkers.

Bedrijven onderschatten vaak de problemen van alcohol op het werk. Zo blijkt dat slechts 37 procent van de bedrijven überhaupt een alcoholbeleid heeft.

De aanpak van middelengebruik is een van de prioriteiten van het beleid van de Vlaamse regering. Het preventiebeleid omtrent alcohol op het werk blijft echter duidelijk achter op het preventiebeleid betreffende roken op het werk. Inzake roken is er bijvoorbeeld het KB over de bescherming van werknemers tegen tabaksrook. Daar waar het sterk beperken of verbieden van roken op het werk als een zinnige en zakelijke beslissing wordt beschouwd, geldt dit blijkbaar niet voor het sterk beperken of verbieden van alcohol op het werk.

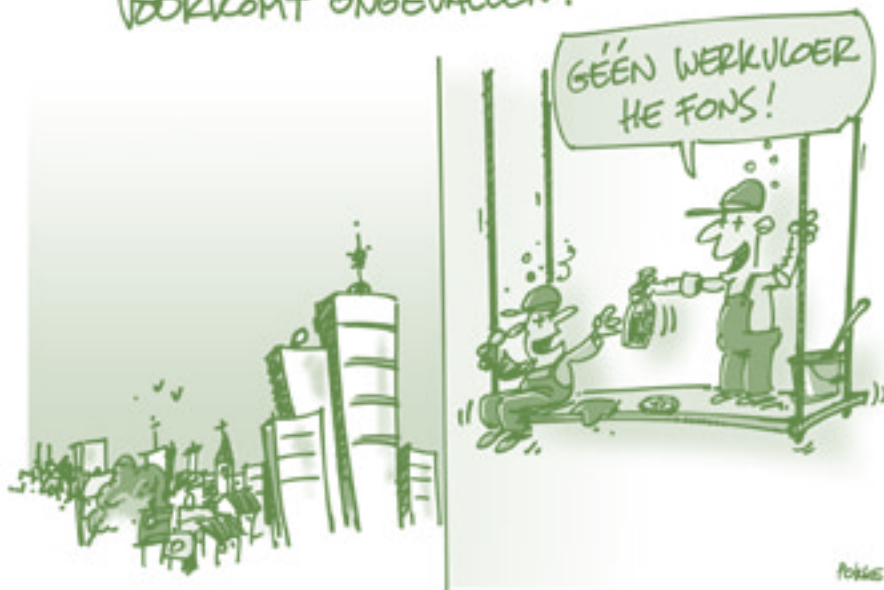
Uit het onderzoek van mevrouw Verjans blijkt dat bedrijven die een alcoholbeleid in hun welzijnsbeleid integreren, hier duidelijk positieve gevolgen van merken. De arbeidsveiligheid verbetert in bijna alle bedrijven, het bevordert de gezondheid van de werknemers, drijft de productiviteit op, vermindert het absentisme en komt de werksfeer en het imago ten goede. Mevrouw de minister, hebt u kennis genomen van de resultaten van de enquête van Prevent? Lijkt het u aangewezen om naar aanleiding van de resultaten maatregelen te nemen met betrekking tot het invoeren van een preventiebeleid inzake alcoholgebruik in bedrijven?”

Antwoord van mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (CD&V):

“Het is terecht dat u deze vraag om uitleg stelt. Het is mijn persoonlijke overtuiging dat er inzake alcoholgebruik nog een hele weg af te leggen is. Er is al veel gebeurd, maar alcoholgebruik op het werk moet een belangrijk aandachtspunt blijven. Ik heb



ALCOHOLPREVENTIE OP DE WERKVLOER VOORKOMT ONGEVALLEN!



kennis genomen van de resultaten van de enquête van Prevent. Ik wil eerst een aantal cijfers en gegevens vermelden om het onderzoek in een bredere context te plaatsen.

Ik vermeld eerst de cijfers voor België en deze variëren naargelang de definitie die wordt gebruikt. Hier wordt de term 'probleemdrinken of problematisch gebruik' gehanteerd, waarbij het gaat om excessief drinkgedrag met lichamelijke, geestelijke of sociale problemen voor de drinker zelf of voor anderen. Over de prevalentie van alcoholgebruik en -misbruik op de werkvloer zijn geen veralgemeenbare cijfers bekend voor België. Naar schatting heeft 5 tot 6 procent van de beroepsbevolking problemen met alcohol. In Nederland heeft 3 tot 6 procent van de werknemers functioneringsproblemen ten gevolge van excessief alcoholgebruik. Wereldwijd wordt het aantal probleemdrinkers onder de beroepsbevolking geschat op 3 tot 5 procent. De laatste jaren zien we dat het gebruik van alcohol op het werk afneemt en deze tendens ligt in de lijn van de daling van de gemiddelde drinkhoeveelheden.

Wat zijn de gevolgen van alcoholmisbruik op het werk? Geschat wordt dat bij 10 tot 30 procent van de bedrijfsongevallen alcohol een rol speelt. Een probleemdrinker presenteert gemiddeld 75 procent van zijn normale kunnen.

Op het eerste gezicht tonen de resultaten van het onderzoek van Prevent hogere

waarden dan de tot nu toe beschikbare resultaten. Dit hoeft niet te liggen aan een werkelijk verschil, maar kan te wijten zijn aan een verschillende manier van bevragen en een andere definitie van alcoholgebruik of -misbruik op het werk. In het onderzoek werden 2.500 bedrijven gecontacteerd waarvan 265 effectief de vragenlijst invulden. De vraag kan worden gesteld of deze relatief kleine groep representatief is voor Vlaanderen. Aangezien ik op dit moment nog niet over het volledige onderzoek beschik, kan ik nog geen sluitend antwoord op deze vragen geven.

Welke factoren dragen bij tot gebruik van alcohol door werknemers? Alcoholproblemen kunnen te wijten zijn aan biologische, psychologische, sociologische en antropologische factoren, maar ook werkplaatsfactoren spelen een rol in de ontwikkeling van problematisch alcoholgebruik. Ten eerste zijn er de persoonlijke en sociaal-economische kenmerken. Onder deze kenmerken verstaat men bijvoorbeeld overtuigingen en waarden met betrekking tot alcohol, persoonlijke drinkgeschiedenis, vriendschapsnetwerken, biologische eigenschappen, leeftijd, geslacht, sociaal-economische status, enzovoort. Ook het persoonlijk levensritme, zoals nachtdienst en wisselende shifts, wordt gerekend tot de persoonlijke en sociaal-economische kenmerken.

Wat betreft omgevingsfactoren op de werkplek kunnen we een onderscheid

maken tussen algemeen belastende en alcoholspecifieke factoren op het werk. Algemeen belastende factoren zijn onder andere de arbeidsinhoud, -omstandigheden, -verhoudingen en -voorwaarden en de regelmogelijkheden. Hierbij kan worden gesteld dat werknemers meer alcohol drinken wanneer ze een bepaalde mate van ontevredenheid ervaren met betrekking tot algemeen belastende factoren. Alcoholgebruik kan dus worden gezien als een stressreactie op werkstressoren. Alcoholspecifieke factoren hebben te maken met het alcoholklimaat dat wordt bepaald door de beschikbaarheid, de sociale drinknormen en de sociale controle. Samenvattend kunnen we stellen dat de relatie tussen persoons- en werkgerelateerde factoren en het ontstaan van alcoholmisbruik niet zo eenduidig is. Het gaat niet zozeer om één risicofactor, maar over een samenspel van diverse factoren.

Een alcoholbeleid van een bedrijf moet rekening houden met een veelheid van factoren. De regelgeving in de bedrijven is een federale bevoegdheid. Er kan naar het voorbeeld van tabak een verbod of een beperking worden ingevoerd op alcoholgebruik in bepaalde werksituaties. Het Vlaamse beleid terzake kan wel bedrijven aanmoedigen om een actief alcoholbeleid in te voeren. Dit gebeurt met gepaste ondersteuning en een aanbod aan materialen. Ik zal dit zo dadelijk nader toelichten. Op basis van mijn bevoegdheid hou ik al rekening met de alcoholproblematiek zowel in de privé-sfeer als in de werksituatie.

Voor de ondersteuning van haar beleid inzake alcohol sloot de Vlaamse Gemeenschap een vierjarige convenant af met de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, de VAD. Voor de concrete uitwerking en ondersteuning van de initiatieven zijn de regionale preventiewerkers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg verantwoordelijk. De VAD heeft een programma ontwikkeld voor de aanpak van alcoholproblemen op het werk. De rol van deze organisatie situeert zich vooral op het vlak van concept- en materiaalontwikkeling, advies, overleg en vorming.

Wie niet Wagert, niet wint

Over alcohol- en druggebruik, alcohol- en drugpreventie en -hulpverlening zijn inmiddels ontelbare websites te raadplegen. In deze rubriek werd daar al de nodige aandacht aan besteed. Als je op zoek bent naar betrouwbare informatie over gokken en gokverslaving zijn er minder sites, maar er is één kwalitatief hoogstaande website die een hoop informatie over dit thema beschikbaar stelt: The Wager (www.thewager.org).



Wager staat voor Weekly Addiction Gambling Education Report. Het is de missie van Wager om de veelal alleen in universitaire kringen en bibliotheken beschikbare bronnen te ontsluiten voor een groter publiek. Om dat te bewerkstelligen brengt Wager via internet en e-mail een wekelijks onderzoeksbulletin uit over pathologisch gokken. Elk bulletin omvat één bijdrage. De publicatie is in handen van het departement Addictions van de Harvard Medical School (VS). Wie op de hoogte wenst te blijven van de meest recente bevindingen over problematisch gokken kan zich inschrijven voor de wekelijkse nieuwsbrief van Wager (via de rubriek 'mailing list').

Tweeënvijftig nummers per jaar en dat gedurende reeds negen jaargangen, dat maakt een totaal van bijna vijfhonderd artikels. Op zich is dat een schat aan informatie, maar zoiets wordt al vlug onoverzichtelijk voor wie alle nummers retrospectief wil doornemen. Toch dient gezegd dat het overzicht van Wager daar duidelijk minder last van heeft. Het overzicht van reeds gepubliceerde bulletins is tegelijk beknopt en duidelijk. Per bijdrage wordt de volledige titel vermeld en meestal is dat voldoende om je een beeld te vormen van de inhoud ervan. Naast de titel

staat een link naar het pdf-bestand. Zo kom je in de tekst terecht. De artikels zijn vrij kort (vijf à zes bladzijden), wat het voordeel biedt dat je alle nuttige informatie gebald vindt. Geen lange artikels volgens de klassieke opbouw, wel een doorlopen-de tekst met daarin een korte omschrijving van de opzet, de visie of de methode van het

onderzoek, gevolgd door de bevindingen. Elke bijdrage vermeldt een lijst met gebruikte referenties.

In de teksten staan soms verwijzingen naar andere bijdragen uit vorige bulletins, toegankelijk via een directe link. Ook staan wel eens voor de leek moeilijk te begrijpen woorden onderlijnd. Als je ze aanklikt, kom je terecht op de 'glossary', een verklarende woordenlijst. De daarin opgenomen termen zijn meestal van onderzoeksmethodologische aard en zeker interessant voor wie minder voeling heeft met jargon als 'betrouwbaarheidsinterval' of 'Likertschaal'. Verder worden in de glossary heel wat (neuro-)fysiologische termen toegelicht.

Naast de wekelijkse bijdragen kan je ook het laatste editoriaal lezen, via de link 'Op-Ed/Editorials'. Het midden december opgenomen editoriaal behandelt het wettelijk kader van gokken op internet, waarin de auteur aan de hand van tal van in Amerika geldende wetten aangeeft dat het aanbieden van gokmogelijkheden via het internet geen wettelijke basis heeft. Spijtig genoeg kan je geen voorgaande editoriale bijdragen ophalen.

Zeer vernieuwend is de mogelijkheid voor

de lezer om feedback te geven via de gelijknamige rubriek. In die rubriek staan enkele kaders, waarin je je persoonlijke gegevens en commentaar kan typen. Wie zelf een bijdrage aan het Wager-bulletin wil leveren, kan dat doen via de link 'submissions'. Daar worden de criteria en praktische richtlijnen uitgelegd. Je vindt er ook het e-mailadres waarnaar je je bijdrage kan sturen.

De enige beperking van deze website is dat Wager een op en top Amerikaanse informatiebron is. Dat blijkt al uit de redactieraad waarin de drie Canadese en Australische leden witte raven zijn tussen de uitgebreide groep Amerikanen. Zowat alle bijdragen zijn afkomstig uit de Verenigde Staten. Mijn zoektocht naar Europese bijdragen leverde niets op. Maar dat neemt niet weg dat heel wat informatie bruikbaar is voor ons.

Grafisch is de website absoluut geen hoogvlieger. De lay-out is altijd heel sober, ten dienste van de functionaliteit. Zo bestaat de homepage hoofdzakelijk uit een doorlopend welkomsttekstje. Twee kleine iconen linken de gebruiker naar respectievelijk het laatste bulletin en het laatste editoriaal. Waarna vlug blijkt dat we met die iconen al het summum van de grafische troeven hebben bereikt. De andere pagina's zijn van een voor deze tijd zeer eenvoudige vormgeving, wat niet per se een nadeel is. Zeker niet gezien de opzet van de site. In de bijdragen zijn soms tabellen en grafieken opgenomen. Deze zijn in kleur, maar moeten het stellen zonder scherpe aflijning, wat de leesbaarheid van de resultaten hindert.

Algemeen kan worden gesteld dat Wager een waardevolle bron is van wetenschappelijk onderbouwde informatie over problematisch gokken. De nadelen - focus op Amerika en prehistorische grafieken - wegen niet op tegen de inhoudelijke meerwaarde die deze site herbergt. Als je betrouwbare bronnen zoekt over een waaier van topics in verband met gokken kom je hier aan je trekken en kan je zelfs op een laagdrempelige manier in interactie treden met Wager. Een aanrader dus. Tenzij u in uw zoektocht naar bronnen liever een gok wilt wagen via Google.

Johan Rosiers

Uw mening telt!

Lezersenquête

Vijf keer per jaar stellen we voor u een nieuw nummer van VAD-berichten samen. Wij hopen dat u er met plezier in bladert en er de informatie in vindt die u interesseert. Helemaal zeker kunnen we daar natuurlijk niet van zijn. Daarom willen we graag uw mening horen: kijkt u uit naar het moment waarop VAD-berichten in de bus valt of laat het u helemaal koud? Uw mening telt!

Graag voor 15 maart terugsturen naar VAD, t.a.v. Inge Baeten, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel. We verloten vijf boekenbonnen onder alle inzendingen. Als u kans wil maken op een boekenbon, vul dan hier uw naam in. U mag de enquête uiteraard ook anoniem invullen.

Naam:

Organisatie:

Adres:

1. Ik ontvang VAD-berichten

- thuis
- op het werk
- via een collega of kennis
- ik lees VAD-berichten op de website van VAD

2. Hoeveel mensen lezen uw exemplaar van VAD-berichten?

- alleen ik
- 2 à 5 mensen
- meer dan 5 mensen

3. Hoe lang leest u VAD-berichten al?

- minder dan 1 jaar
- 1 à 2 jaar
- meer dan 2 jaar

4. Wat vindt u van het aantal keer dat VAD-berichten verschijnt per jaar, namelijk 5 keer?

- te vaak
- goed
- te weinig

5. Hoeveel tijd besteedt u aan het lezen van VAD-berichten?

- minder dan 10 minuten
- tussen 10 minuten en een half uur
- meer dan een half uur

6. Hoe leest u VAD-berichten?

- ik lees het hele nummer
- ik sla soms een artikel of een rubriek over
- ik blader het door en lees soms een stukje
- VAD-berichten blijft grotendeels ongelezen

7. Raadpleegt u weleens oude nummers?

- nooit
- soms
- vaak

8. Raadpleegt u VAD-berichten specifiek voor (kruis aan wat van toepassing is):

- het vormingsaanbod van VAD in de rubriek 'Ad valvas' en op de Werkwijze®-affiche
- de aankondigingen van binnen- en buitenlandse congressen in de rubriek 'Ad valvas'
- de beleidsinformatie in de rubriek 'Brussel-Centraal'
- de nieuwe boeken in de rubriek 'Geboekstaafd'
- het nieuwe documentatiemateriaal van VAD in de rubriek 'Etalage'

9. Hangt u de Werkwijze®-affiche op?

- Ja
- Nee

10. Hoe waardeert u de inhoud van VAD-berichten?

Saai	1	2	3	4	5	Interessant
Traditioneel	1	2	3	4	5	Vernieuwend
Oppervlakkig	1	2	3	4	5	Diepgaand
Theoretisch	1	2	3	4	5	Praktisch
Onbetrouwbaar	1	2	3	4	5	Betrouwbaar
Eenzijdig	1	2	3	4	5	Gevarieerd
Achterhaald	1	2	3	4	5	Actueel
Onvoldoende alcohol- en drugspecifiek	1	2	3	4	5	Voldoende alcohol- en drugspecifiek

11. Wat denkt u over de verschillende rubrieken in VAD-berichten? Zet een kruisje in de juiste kolom. Voor het beantwoorden van deze vraag neemt u best enkele nummers bij de hand.

	Afschaffen	Beperken	Goed zoals het is	Uitbreiden
Ad valvas				
Redactioneel				
VAD in actie				
Hallo, met de DrugLijn				
Focus				
Uitgesproken				
Brussel-Centraal				
Voor u gesurft				
In dialoog				
Gewikt en gewogen				
Bijblijven				
Geboekstaafd				
Uitgelezen				
Kort genoteerd				
Etalage				
Werkwijze®-affiche				

12. Welke suggesties hebt u voor nieuwe rubrieken?

.....
.....
.....
.....

13. Zou u een bijdrage willen leveren aan of hebt u suggesties voor één of meerdere van volgende rubrieken?

Focus (in deze rubriek kunnen organisaties, projecten, ... zichzelf voorstellen)

.....
.....
.....

Uitgesproken (in deze rubriek kan u uw mening kwijt over een specifiek thema in de vorm van een opiniestuk)

.....
.....
.....

In dialoog (in deze rubriek interviewen we hulpverleners, preventiewerkers, intermediairen uit verschillende sectoren, gebruikers, ...)

.....
.....
.....

Gewikt en gewogen (in deze rubriek stellen we recente onderzoeken voor)

.....
.....
.....

Bijblijven (in deze rubriek horen verslagen van studiedagen en congressen thuis)

.....
.....
.....

Uitgelezen (in deze rubriek bespreken we interessante boeken)

.....
.....
.....

14. Welke thema's krijgen volgens u te weinig aandacht?

.....
.....
.....

15. Welke thema's krijgen volgens u te veel aandacht?

.....
.....
.....

16. Hoe waardeert u de stijl en de vormgeving van VAD-berichten?

Moeilijk leesbaar	1	2	3	4	5	Vlot leesbaar
Niet uitnodigend	1	2	3	4	5	Uitnodigend
Onvoldoende geïllustreerd	1	2	3	4	5	Voldoende geïllustreerd
Onoverzichtelijke lay-out	1	2	3	4	5	Overzichtelijke lay-out

17. Zal u VAD-berichten blijven lezen?

- ja
- misschien
- nee

Indien nee, waarom niet?

.....

.....

.....

18. Geef ons een algemeen rapportcijfer:

...../10

19. Wat u nergens anders kwijtkon:

.....

.....

.....

Bedankt voor uw medewerking!

Nuchter, maar niet rijgeschikt!

Sinds 1 oktober 1998 is in België een nieuw Koninklijk Besluit (KB) van kracht. Als autobestuurder ben je pas rijgeschikt als je aan medische minimumcriteria voldoet. Een bestuurder van een motorvoertuig is niet rijgeschikt als hij aan een lichamelijke of geestelijke aandoening lijdt die in het KB van 23 maart 1998 is opgenomen. Belangrijk voor de alcohol- en drugsector zijn de normen over het gebruik van alcohol, psychotrope stoffen en geneesmiddelen. Het is de taak, of beter de plicht van de geneesheer om de cliënt te informeren dat hij zijn rijbewijs moet inleveren als hij vaststelt dat de cliënt niet meer beantwoordt aan de vastgestelde medische normen. Hoe gaat men in de alcohol- en drugsector met deze wetgeving om? VAD vroeg het aan dr. Emmanuel Maes, psychiater-psychotherapeut in de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen.

VAD-berichten: Wat vindt u, als clinicus in de geestelijke gezondheidszorg, van dit KB?

Dr. Maes: De geest van het KB is ongetwijfeld dat je als cliënt/patiënt, arts of therapeut zowel bij lichamelijke en geestelijke aandoeningen als bij het nemen of voorschrijven van medicatie moet stilstaan bij de effecten ervan op je vermogen om met een voertuig te rijden. Het KB legt een belangrijke informatieplicht bij de arts en plaatst geestelijke aandoeningen en aan middelen gebonden stoornissen terecht op gelijke voet met oogafwijkingen of bijvoorbeeld epilepsie.

VAD-berichten: Toch lijkt u niet onverdeeld gelukkig met dit KB?

Dr. Maes: Er bestaat volgens mij een te grote discrepantie tussen de geest van de wet en de letter van de wet. Bij juridische betwistingen zal men vooral kijken naar de letter van

de wet. In de dagdagelijkse praktijk worden we echter regelmatig geconfronteerd met zowel fundamentele als praktische dilemma's. Veel clinici hadden van de wet een duidelijke leidraad verwacht bij het bepalen van iemands capaciteiten om te rijden. De invoering van dit KB zorgde, door een aantal fundamentele onduidelijkheden, eerder voor onrust onder de artsen.

VAD-berichten: Wat bedoelt u met onduidelijkheden?

Dr. Maes: Artsen voelen zich met dit KB op drie niveaus op glad ijs geplaatst. Ten eerste geeft de wet, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de DSM-IV, een zeer summier opsomming van een aantal aandoeningen (met name schizofrenie, waanstoornis, stemmingsstoornis, persoonlijkheidsstoornis, nvdr), waarmee je niet mag rijden. Al deze stoornissen worden overigens dermate vaag

omschreven dat je er eigenlijk alle kanten mee uit kan. Daardoor kunnen de gegevens, waarop je je als behandelende arts baseert om uit te maken of iemand kan rijden, achteraf bij een verkeersongeval door een aangestelde deskundige anders geïnterpreteerd worden. Je mag ook niet vergeten dat een psychiater/psychotherapeut in een gesprekskamer werkt. Hoe kan ik als psychiater tijdens een gesprek, met als enige wapens een vulpen en een blaadje papier, uitmaken of iemand al dan niet bekwaam is om te rijden? Er zijn uiteraard wel studies die aantonen dat er een verband bestaat tussen bepaalde aandoeningen of medicijnen en het vermogen om een wagen te besturen, maar er zijn geen studies over uitvoerbare testjes die toelaten hierover een concrete uitspraak te doen. Je kan toch moeilijk op het einde van elke consultatie met de cliënt/patiënt een ritje gaan maken met de wagen.

VAD-berichten: Kan u misschien een concreet voorbeeld geven?

Dr. Maes: Neem nu de 'common cold' van de psychiater, de depressie. De wet zegt dat iemand met een tijdelijke, belangrijke of regelmatig weerkerende stemmingsstoornis niet mag rijden, tenzij hij onder regelmatig toezicht staat en zes maanden recidiefvrij is. Wat is 'belangrijk', wat verstaat men onder 'regelmatig toezicht' en wat bedoelt men met 'zes maanden recidiefvrij'? Nergens refereert men naar bepaalde specifieke deelsymptomen, zoals aandachts- en concentratiestoornissen, of naar bepaalde meetinstrumenten zoals de Hamilton-D of de ZUNG.

Dat een jonge moeder met drie kinderen na het ontdekken van een buitenechtelijke relatie van haar man en een nakende echtscheiding depressief decompenseert en in het heetst van de strijd niet mag rijden, klinkt nog aannemelijk, maar zes maanden! Maar wat als diezelfde vrouw na vier maanden intrekt bij een nieuwe vriend en met haar verhuiswagen een groep schoolkinderen van de baan rijdt? Zal men dan niet zeggen: eigenlijk mocht ze niet rijden, in jouw dossier stond toch dat ze erg depressief was? Hetzelfde geldt voor de alcohol- en drugsector. De wet zegt dat wie aan alcohol verslaafd is of zich niet kan onthouden van alcoholgebruik wanneer hij een motorvoer-

NUCHTER MAAR NIET RIJGESCHIKT



tuig bestuurt niet rijgeschikt is, tenzij er een bewezen onthouding is van zes maanden. Iemand vertelt je tijdens een ambulante sessie dat hij na vijf maanden zonder alcohol één pintje dronk en zich nadien herpakte. Wat dan? Moet je dan zeggen dat hij weer zes maanden niet mag rijden? Zal de cliënt/patiënt dan nog terugkomen of een volgende keer nog zo eerlijk zijn? Ga jij in je dossier nog opschrijven dat hij een pintje gedronken heeft en zo ja, hoe gaat een deskundige dat lezen?

Dat brengt ons bij het tweede niveau van glad ijs. Patiënten informeren is één ding, maar als behandelende arts werkelijk moeten beoordelen of iemand een rijbewijs kan (terug)krijgen zet de therapeutische band onder druk. Zo moet je een achttienjarige psychoticus overtuigen om medicatie te nemen. Mét medicatie mag hij niet rijden, maar zonder medicatie duiken de oorspronkelijke symptomen terug op, waardoor hij ook niet mag rijden. Als jij ook moet oordelen over de langverwachte aankoop van een motor, zal hij veel minder geneigd zijn om zijn symptomen ter sprake te brengen. Gelukkig biedt een goede samenwerking met het CARA (Centrum voor Rijgeschiktheid en Voertuigaanpassingen) hier een uitweg.

VAD-berichten: Over de samenwerking met het CARA zou ik het straks graag hebben. Er was ook nog een derde niveau ...

Dr. Maes: De wet legt alleen een informatieplicht op. Je hoeft zelf niemand van het rijden te weerhouden en je mag omwille van je beroepsgeheim ook niet zomaar de politiebellen, tenzij in uitzonderlijke noodgevallen. Maar hoe bewijs je dat je iemand voldoende hebt ingelicht? Is een mondelinge mededeling goed? Moet het schriftelijk? Wat moet daar dan in staan? Als iemand niet meer bekwaam is om te rijden, is die dan bekwaam om jouw voorlichting en waarschuwing te vatten? Moet je er dan getuigen bijhalen? Kortom, we bevinden ons weer op glad ijs!

VAD-berichten: Hoe past u de wet dan zelf toe?

Dr. Maes: Ik opteer in mijn praktijk voor een aantal systematische algemene waar-

schuwingen bij iedere patiënt, met eventuele bijkomende voorlichting op indicatie. Een eerste systematische waarschuwing is opgenomen in een kleine brochure, die elke patiënt meekrijgt na een eerste raadpleging. Deze brochure bevat tevens een aantal andere medico-legaal belangrijke topics als beroepsgeheim, suïcidepreventiemaatregelen en de continuïteit van zorg. Ik duid in het dossier aan dat ik de brochure meegaf. In bijzondere gevallen (buschauffeur, machinist, ...) vraag ik de patiënt om een ondertekend ontvangstbewijs, overigens een uitscheurbaar document in de brochure. Bij het maken van een voorschrift plaats ik steeds een specifieke stempel in mijn dossier én op het voorschrift dat ik aan de patiënt meegeef, waarop staat dat hij of zij werd ingelicht omtrent de invloed van de aan-doening en de medicatie op de rijvaardigheid, conform het KB van 23 maart 1998 en de richtlijnen van het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV). Het BIVV heeft een aantal richtlijnen voorgesteld met betrekking tot de invloed van medicatie op het rijgedrag en heeft de medicijnen hiervoor ingedeeld in verschillende categorieën. Deze lijst hangt overigens terinzage in mijn wachtzaal en is terug te vinden op de website van het BIVV. Ten slotte zet ik steeds een gelijkaardige vermelding in de briefwisseling met de huisarts.

VAD-berichten: Samengevat: een brochure, een stempel in het dossier en op het voorschrift, een lijst van geneesmiddelen in de wachtzaal en een vermelding in de briefwisseling?

Dr. Maes: Stricto sensu is zo'n algemene waarschuwing alleen niet voldoende, maar het getuigt toch van een goede-huisvaderattitude en de vermelding op het voorschrift is ook een goed geheugensteuntje om een gepersonaliseerde opmerking te maken op het einde van de consultatie.

In extreme gevallen, bijvoorbeeld bij recidiverend rijden onder invloed, verkeersongevallen onder invloed in de voorgeschiedenis, maak ik een bijkomende notitie in het dossier die ik laat ondertekenen door de patiënt. Bij een ambulante detox of bij het voorschrijven van een klasse-III-medicijn

(waarmee je niet mag rijden, nvdr) noteer ik expliciet 'rijverbod' op het medicatievoorschrift. Sommige apothekers noteren dit dan ook op de verpakking.

VAD-berichten: Kan u eens een voorbeeld geven van zo'n gepersonaliseerde opmerking?

Dr. Maes: Ik zeg de patiënt bijvoorbeeld dat hij de medicatie beter start in het weekend, wanneer hij niet met de auto moet rijden. Of ik vraag om de ochtendmedicatie pas op het werk te nemen en eerst na te gaan of hij zich voldoende fris voelt alvorens daar weer te vertrekken of anders mee te rijden met collega's.

VAD-berichten: Wat doet u wanneer de cliënt zich niet houdt aan de afspraken?

Dr. Maes: Discussies als "Ja, maar, dokter, ik neem mijn medicijnen voor het slapengaan." of "Er zijn zoveel mensen die eigenlijk niet mogen rijden." blok ik nogal sec af door te zeggen dat de wet zegt dat ik hen moet waarschuwen. Ik voeg er dan meestal met een kwinkslag aan toe dat ze bij mij niet moeten komen jammeren als ze bij het naar huis rijden op iemands bumper botsen.

Bij mensen die echt niet mogen rijden stel ik het CARA voor als reddende engel: "Ik vind dat u niet mag rijden, maar als u zich tot het CARA wendt en blijkt dat u van hen wel mag rijden, dan kan noch ik, noch uw verzekeraar, noch de politierechtbank u iets in de weg leggen." Mensen met toch nog wat gezond verstand laten het daar dan bij en doen hun termijn uit, zoals bijvoorbeeld iemand met alcoholdependentie die zich liet behandelen (zes maanden, nvdr). Een jonge psychoticus die per se een scooter wil voor zijn achttiende verjaardag, zal ook bij het CARA op een 'njet' botsen. Ik kan me zo op gelijke voet plaatsen met mijn patiënt door te stellen dat we beiden aan handen en voeten gebonden zijn en dat we snel werk moeten maken van een goede behandeling.

VAD-berichten: Wanneer verwijst u een cliënt door naar het CARA?

Dr. Maes: Als mensen echt niet mogen rijden, maar dat van mij niet aannemen of wanneer ik om therapeutische redenen beter buiten schot blijf, dan verwijs ik door. Dat zijn mensen waarvan ik hoop dat het CARA hen niet aan het stuur laat.

Daarnaast gaat het om mensen, waarvan ik vind dat ze wel kunnen rijden, maar waarvan ik veronderstel dat ze er op papier maar

zwakjes voorstaan. Een toelating van het CARA biedt hen bijkomende rechtszekerheid. Voorbeelden zijn een verpleegkundige met gestabiliseerde schizofrenie, die astronomische dosissen psychofarmaca neemt en een chronische psychiatrische patiënt met een IQ van 69, die al dertig jaar zonder brokken met een Dajje rondtuft. Ze werden beiden zonder problemen door het CARA goedgekeurd. Ten slotte zijn er de personen met een rijbewijs uit groep II (professionele chauffeurs, nvdr), van wie ik vermoed dat zij niet goed opgevolgd worden door de arbeidsgeneesheer of van wie ik vermoed dat het bedrijf ze niet systematisch naar een arbeidsgeneesheer stuurt bij een werkherovating. Als de arbeidsgeneesheer vindt dat die personen kunnen rijden, is het voor mij okee. Anders heb ik toch graag het fiat van het CARA.

VAD-berichten: Daarstraks had u het ook over praktische problemen?

Dr. Maes: Deze wet is niet verenigbaar met een aantal andere overheidsrichtlijnen, zoals daghospitaal, methadonsubstitutie, hulpverlening in de alcohol- en drugsector, gedwongen opname, ...

Langs de ene kant dwingt de overheid ons terecht om daghospitelen of poliklinische hulpverlening uit te bouwen, maar door dit KB geraken deze mensen daar niet. We willen deze mensen opnieuw integreren in hun huishouden, de zorg voor de kinderen, deeltijds werk, maar ze moeten dit allemaal zonder wagen doen. Let wel, ik heb het niet over de mensen die inderdaad niet kunnen rijden, maar over het gros van de mensen die in realiteit wél kunnen rijden, maar dit omwille van één of andere termijn in de wet niet mogen! En laat ons eerlijk zijn: het openbaar vervoer biedt weinig soelaas.

Hetzelfde voor methadon: ingevoerd om mensen aan het werk te laten en verder te kunnen in het reguliere leven, maar zonder auto?

Iemand met een alcoholprobleem die de moed heeft om zich te laten behandelen, kijkt automatisch aan tegen een rijverbod van zes maanden, terwijl iemand die zich niet laat behandelen vrijuit gaat. Misschien

zou men de termijn toch ook afhankelijk moeten maken van het al dan niet bereid zijn tot behandeling. Wellicht biedt de nakende studie met het alcohol-lock (auto die

pas start als je een nuchtere ademtest hebt afgelegd, nvdr) een tussenoplossing.

Idem voor mensen onder een gedwongen-opnamestatuut. Vaak verblijven deze mensen thuis, zijn ze gewoon aan het werk, zijn ze enkel nog verplicht om onderhoudsmedicatie te nemen. Verder zijn ze zo gezond als u en ik. Door één of

andere richtlijn mogen deze mensen niet rijden, terwijl ze daar perfect toe in staat zijn. Op termijn zullen mensen dit aangrijpen als argument om de gedwongen maatregel stop te zetten, met minder opvolging, meer kans op recidieve van hun aandoening en meer kans op ongevallen, ... Want slimme mensen zullen dan heel lang wachten alvorens er weer met een arts over te praten.

VAD-berichten: Ziet u ook oplossingen?

Dr. Maes: Ik heb ondertussen begrepen dat de overheid de wet binnenkort discipline per discipline gaat evalueren en gaat vergelijken met andere landen. De neurologen komen het eerst aan de beurt. Ik hoop dat de psychiaters spoedig volgen en dat men oog zal hebben voor deze fundamentele en praktische dilemma's.

Desalniettemin hoop ik dat ondertussen ook de eigen beroepsgroep, eventueel per subdiscipline, zelf richtlijnen uitwerkt om met deze wet om te gaan. Als alle alcohol- en drugvoorzieningen over een gemeenschappelijk protocol zouden beschikken, zou dat bij een juridische kwestie toch een zekere houvast bieden. Het al dan niet in behandeling zijn, onverwachte alcoholcontroles, labotesten, contactname met familie, ... men zou het er allemaal in kunnen verwerken. Wellicht is zo'n protocol bespreekbaar met het CARA en kan het door de overheid worden overgenomen. Hetzelfde zou men kunnen doen voor de psychosenzorg, voor mensen die antidepressiva nemen,

enzovoort.

Als er een aantal relevante klinische tests zou worden ontwikkeld die predictief zijn voor rijgedrag, zouden heel wat artsen gelukkig zijn. Zo'n test zou los kunnen staan van de aandoening. Aandacht, concentratie en oordeelsvermogen zijn in orde: u mag rijden, of u nu depressief, burn-out of verslaafd bent. Dat zou mooi zijn.

VAD-berichten: U klinkt nochtans niet erg optimistisch?

Dr. Maes: Het opmaken van zo'n protocol zal veel overleg vragen, kost tijd en wie zal er zijn nek uitsteken? Bovendien kan je het ook niet als uithangbord gebruiken: "Wij zijn centrum X en wij hebben een protocol waarmee u mag blijven rijden tijdens uw behandeling!" Het zal mensen eerder afschrikken en andere centra zwijgen deze topic misschien liever dood, waardoor het gras daar groener lijkt ...

Ook het ontwikkelen van kleine klinische testjes zal veel tijd en energie kosten. Voor elke aandoening moet je de relevante symptomen opsporen en de correlatie ervan zoeken met rijvaardigheid en dan een klinische test ontwikkelen die ook weer gevalideerd wordt. Ook daarmee valt niet veel, lees financiële, eer te halen. Ook de farmaceutische industrie, de voornaamste sponsor van wetenschappelijk onderzoek in onze sector, zal niet staan springen om hier geld in te pompen, vrees ik, aangezien dit soort onderzoek niet zal leiden tot meer medicatiegebruik.

Vooraf de overheid zal dit alles moeten aansturen, denk ik. En daarmee zijn we weer bij de beroepsgroep of verenigingen als VAD of VVP (Vlaamse Vereniging voor Psychiaters), die de overheid hierop attent moeten maken, niet?

VAD-berichten: Ik heb de boodschap begrepen. Mag ik u danken voor dit gesprek?

Deze wet is niet verenigbaar met een aantal andere overheidsrichtlijnen, zoals daghospitaal, methadonsubstitutie, hulpverlening in de alcohol- en drugsector, gedwongen opname, ...

Als alle alcohol- en drugvoorzieningen over een gemeenschappelijk protocol zouden beschikken, zou dat bij een juridische kwestie toch een zekere houvast bieden.

Meer info is te verkrijgen of te downloaden bij het BIVV, Haachtsesteenweg 1405, 1130 Brussel, 02 244 15 11, info@bivv.be, www.bivv.be.

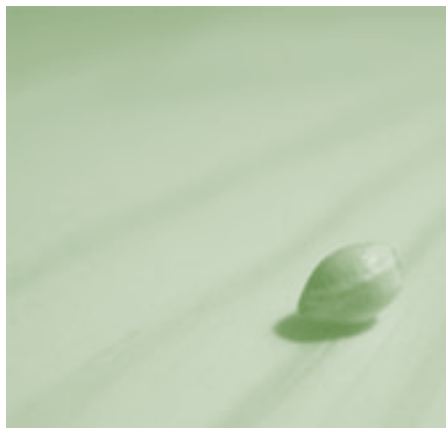


Cannabis opnieuw onder de loep genomen

Cannabis lijkt de laatste jaren niet uit de actualiteit te verdwijnen. Eerst was er de aanloop naar de aanpassing van de drugwetgeving, waarover de regering sinds 2000 luidop plannen maakte. De publicatie in het Belgisch Staatsblad van de feitelijke aanpassing van de drugwetgeving (Koninklijk Besluit en ministeriële omzendbrief) liet op zich wachten tot 2 juni 2003. Nauwelijks een jaar later, op 20 oktober 2004, vernietigde het Arbitragehof artikel 16 van diezelfde wet, het artikel dat handelt over cannabis. Sindsdien is de rechtsonzekerheid compleet.

België was niet het enige land waar een polemiek ontstond over cannabis. Ook in verschillende andere Westerse landen zorgde de zich wijzigende maatschappelijke positie van cannabis ervoor dat het product op vele politieke en ook wetenschappelijke agenda's terechtkwam. Nooit tevoren werd zoveel onderzoek gedaan naar cannabis.

De hoogste tijd dus om het cannabisdossier grondig te actualiseren. We trakteren u alvast op een proevertje.



Cannabis in onze maatschappij

3% van de mannen en 1% van de vrouwen van vijftien jaar en ouder hebben recent cannabis gebruikt. Een groot deel van hen is jonger dan 35 jaar. In de jaren negentig is het cannabisgebruik bij leerlingen in het secundair onderwijs gestegen. Sinds 2000 is dit cijfer gestabiliseerd. Hetzelfde fenomeen deed zich voor in de meeste andere Europese landen.

Cannabis in de hersenen

De werkzame stof in cannabis, THC (tetrahydrocannabinol), werkt in op de hersenen via de cannabinoïde receptoren. Het menselijk lichaam maakt zelf ook cannabinoïden aan, de endocannabinoïden. Die staan in voor de regeling van de signaaloverdracht tussen zenuwcellen. Ze beïnvloeden de activiteit van de meeste neurotransmit-

ters en stimuleren of onderdrukken op die manier veel verschillende functies.

Er bestaan nauwe banden tussen de neurotransmittersystemen waarlangs cannabis op het lichaam inwerkt en die waarlangs andere psychoactieve middelen inwerken. Net zoals andere drugs verhogen cannabinoïden de dopamine-activiteit in bepaalde neuronale circuits.

THC-concentraties in cannabis

De fysieke en psychologische effecten van THC zijn – onder meer – dosisafhankelijk: hoe hoger de dosis, hoe groter het effect. De hoeveelheid THC kan sterk variëren van variëteit tot variëteit en van plant tot plant. Verder spelen ook omgevingsfactoren, zoals licht, CO₂-concentratie in de lucht, weersomstandigheden, een rol. Hasj bezit over het algemeen een hogere THC-concentratie dan marihuana en binnenshuis gekweekte marihuana is gemiddeld sterker dan geïmporteerde marihuana.

Omdat het marktaandeel van binnenshuis geteelde marihuana de laatste tijd is toegenomen, zal de THC-concentratie in cannabisproducten in die periode wellicht wat zijn gestegen. Maar we kunnen niet met zekerheid uitspraken doen over evoluties in THC-concentraties van cannabisproducten, omdat deze sterk kunnen variëren, maar ook en vooral omdat er zich op dit moment nog teveel methodologische problemen voordoen die dit verhinderen.

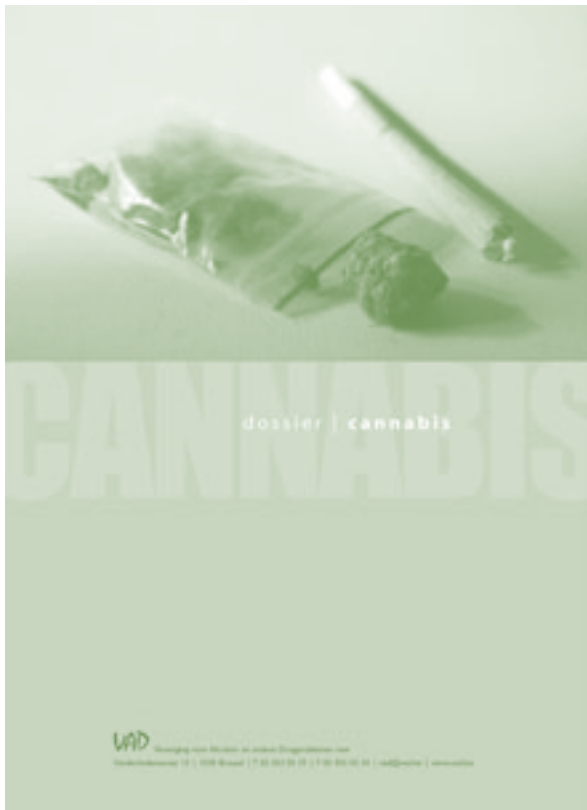
Cannabis roken op verschillende wijzen

Cannabis roken is nog ongezonder voor de longen dan tabak roken. De rook van cannabis en van tabak heeft wel ongeveer dezelfde chemische samenstelling en vergelijkbare concentraties. Maar THC is ook een bronchodilatator, wat betekent dat schadelijke partikels dieper in het ademhalingsstelsel kunnen doordringen. De meeste gebruikers inhaleren ook dieper omdat ze onterecht geloven dat ze hierdoor meer THC opnemen. Hierdoor komt tot vijfmaal meer teer en koolstofmonoxide in hun longen terecht.

Veel gebruikers denken dat het minder schadelijk is om cannabis te roken met een waterpijp of met een verdamper. De rook is op die manier wel minder heet en dus ook minder schadelijk voor de longen, maar doordat er minder THC wordt opgenomen, zal de gebruiker meer gaan gebruiken en zo toch meer teer binnenkrijgen.

Het verband tussen cannabis en tabak roken

Er bestaat een sterke samenhang tussen tabak en cannabis roken. De meeste cannabisgebruikers roken ook tabak. Dit heeft te maken met het feit dat cannabis in ons land meestal samen met tabak wordt gerookt in een joint. Voor jongeren die tabak roken is de stap naar het roken van



den die het risico op afhankelijkheid aanzienlijk vergroten. Dit risico wordt groter naarmate de gebruiker grotere hoeveelheden gebruikt, vaker gebruikt en gedurende een langere periode gebruikt. Verder lopen volgende groepen meer risico dan andere: jongeren, mannen, mensen die op jonge leeftijd zijn beginnen gebruiken, gebruikers van andere genotmiddelen (vooral tabak en alcohol) en mensen met een geschiedenis van gedragsstoornissen, gewelddadigheid en andere psychische problemen.

Ongeveer 8% van de volwassen cannabisgebruikers en 15% van de adolescente gebruikers vertonen tekenen van afhankelijkheid. Cannabisgebruik vóór de leeftijd van zestien jaar verhoogt de kans op cannabisafhankelijkheid, zeker wanneer de jongere in kwestie minstens één keer per week cannabis gebruikt.

Cannabis en psychosen

(Oraal) gebruik van een grote dosis cannabis kan, in uitzonderlijke gevallen, acute psychotische symptomen veroorzaken die meestal na enkele uren vanzelf weer verdwijnen.

De afgelopen jaren zijn er verschillende toonaangevende studies uitgevoerd naar het verband tussen cannabisgebruik en chronische psychotische stoornissen. Uit deze onderzoeken blijkt dat er geen wetenschappelijke evidentie bestaat voor de stelling dat cannabisgebruik chronische psychotische stoornissen veroorzaakt. Het is wel duidelijk dat het de ontwikkeling van psychotische stoornissen kan versnellen bij mensen die hiervoor al een zekere kwetsbaarheid bezitten. Verder kan cannabisgebruik het verloop van een aanwezige psychotische stoornis verslechteren.

Verder in het dossier ...

Dit zijn slechts enkele topics die in het geactualiseerde dossier uitgebreid aan bod komen. Nieuw zijn de hoofdstukken over

cannabisspecifieke preventie, over onderzoek naar behandelmethoden voor cannabisafhankelijkheid bij jongeren en volwassenen en over het cannabisbeleid. Voor de nieuwe hoofdstukken hebben we het werkveld schriftelijk (bevraging) en mondeling (infosessie) geconsulteerd.

Hilde Kinable

U kan het geactualiseerde cannabisdossier schriftelijk bestellen met de bestelbon op pagina 24.

cannabis vlugger gezet. Maar er zijn ook cannabisgebruikers die door cannabis te roken afhankelijk worden van nicotine en hierdoor tabak beginnen te roken. Verder blijkt dat jongeren die stoppen met roken ook minder cannabis gebruiken. In de praktijk is het erg moeilijk om te stoppen met tabak, maar niet met cannabis, omdat het roken van joints de nicotineafhankelijkheid in stand houdt.

Hoe verslavend¹ is cannabis?

In vergelijking met andere genotmiddelen is het risico op afhankelijkheid van cannabis vrij beperkt. Eén van de kenmerken die we spontaan associëren met afhankelijkheid, zijn onthoudingsverschijnselen. Onthoudingsverschijnselen bij stoppen met cannabisgebruik, zoals verlies van eetlust, angst, irritatie, spanning, slaapproblemen en depressiviteit, komen niet zo vaak voor.

Het risico op (psychische) afhankelijkheid is niet voor iedereen hetzelfde en het is waarschijnlijk zelfs gedeeltelijk genetisch bepaald. Er zijn bovendien omstandighe-

¹ Verder in de tekst gebruiken we liever de term afhankelijkheid.

KORT GENOTEERD

Dronken man belt politie voor 'gestolen' wagen

Hoe bezorg je de politie onnodig veel werk? Een man uit Aarschot kent het recept: je rijdt met de wagen naar je stamcafé om een avond stevig door te drinken, vervolgens wil je weer naar huis rijden en stel je vast dat je wagen gestolen is! Je belt de politie, maar kan helaas niet vertellen welke nummerplaat je auto heeft of om welk type het gaat. Desondanks komt de politie ter plaatse en vindt je auto om de hoek. Uiteraard moest de man uiteindelijk toch nog te voet naar huis ...

Bron: Het Laatste Nieuws, 15/11/2004

ESPAD-2003: over tabak-, alcohol- en illegaal genotmiddelengebruik bij jongeren in Europa

In 2003 werden via het European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) in 35 Europese landen 100.000 jongeren van 15 à 16 jaar bevestigd over hun tabak-, alcohol- en illegaalgenotmiddelengebruik. De algemene coördinatie van het ESPAD-project is in handen van de Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), in samenwerking met de Council of Europe (Pompidou Group).

De dataverzameling in België gebeurde door Promes van de Université Libre de Bruxelles (ULB) en de vakgroep Ontwikkelings- en Levenslooppyschologie van de Vrije Universiteit Brussel (VUB). Deze laatste stond ook in voor de coördinatie in België. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), de Vlaamse en Franstalige Gemeenschap en de Onderzoeksraad van de VUB zorgden voor de financiering. In december 2004 werden de resultaten gepubliceerd'. Hier volgen enkele cijfers.



Het ESPAD-project heeft als doel vergelijkbare data te verzamelen over het tabak-, alcohol- en illegaalgenotmiddelengebruik van 15- à 16-jarigen in verschillende Europese landen. Periodieke surveys (om de vier jaar) moeten toelaten trends in het genotmiddelengebruik te achterhalen en deze te vergelijken tussen de verschillende landen en/of regio's. Deze gegevens zijn nuttig voor toekomstige preventieactiviteiten. Verder kunnen ze ook worden gebruikt in het kader van

het EU-actieplan inzake drugs, van de Europese verklaring van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) over jonge mensen en alcohol en uiteraard van het nationale/regionale drugbeleid. Door de Belgische deelname aan het ESPAD-project zijn er voor het eerst nationale gegevens over genotmiddelengebruik bij jongeren beschikbaar. Aangezien het de eerste keer is dat België deelnam, kan België uiteraard, net zomin als Nederland, Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland, nog niet gepositioneerd worden in het trendonderzoek. Verdere deelname

aan de volgende bevragingen zal het mogelijk maken op nationaal (en ook regionaal) niveau nauwkeurige en vergelijkbare trends vast te stellen.

Tabaksgebruik

De levensprevalentie van tabaksgebruik (dit is minstens één keer een sigaret gerookt hebben) situeert zich in bijna alle landen tussen 50 en 80%. Bij een levensprevalentie van veertig keer of meer komen vooral in de Centraal- en Oost-Europese landen hoge percentages voor (rond 40%). Groenland heeft met 42% het hoogste percentage en Turkije met 13% het laagste.

Ook voor het tabaksgebruik gedurende de laatste dertig dagen hebben dezelfde landen

de uiterste percentages: in Groenland rookte 60% van de jongeren de voorbije vier weken sigaretten, in Turkije bedraagt dit percentage 18%. België situeert zich op dit vlak met 27% in de middenmoot. In vergelijking met onze buurlanden is het percentage Belgische 15- à 16-jarigen dat al veertig maal of meer een sigaret heeft gerookt hetzelfde als in Nederland (27%), maar beduidend lager dan in Duitsland (40%). Terwijl meer Vlaamse jongens (30%) dan Waalse (24%) veertig keer of meer een sigaret hebben gerookt, zijn er andersom meer Waalse meisjes (28%) dan Vlaamse (24%) die in hun leven zoveel rookten. Voor de totale Belgische populatie is er echter geen sekseverschil. In België zegt 32% van de middenadolescenten de afgelopen vier weken gerookt te hebben. Voor 7% van de jongeren gaat het om meer dan tien sigaretten. Het percentage jongeren dat in België op zijn dertiende of eerder een eerste sigaret rookte, bedraagt 37%. Ook voor deze parameter situeert België zich in een middenpositie, waarvan de uitersten 20% (Griekenland) en 59% (Duitsland) zijn.

Internationaal zijn lichte trends waar te nemen in het sigarettengebruik van jongeren: het daalt in de meeste West-Europese en Scandinavische landen, blijft stabiel in de meeste Oost-Europese landen en stijgt in Estland, Litouwen en Roemenië. Uiteraard is het belangrijk om bij de interpretatie de prevalentie van een bepaald land mee in beschouwing te nemen. Zo is er in Roemenië een stijgende trend waar te nemen, maar behoort het land nu nog tot de landen met de laagste prevalentie (20%).

Alcoholgebruik

In twee derde van de onderzochte landen heeft meer dan 90% van de 15- à 16-jarigen al minstens éénmaal alcohol gedronken. Dit betekent niet dat al deze jongeren ook op regelmatige basis drinken. De jongeren die aangeven reeds veertig maal of meer alcohol te hebben gedronken, kunnen als meer regelmatige gebruikers worden beschouwd. In Denemarken gaat het om 50% van de jongeren, waarmee dit land de kroon spant. Turkije bevindt zich met 7% van de jongeren aan het andere uiteinde van de rangschikking.

België situeert zich met 36% bij de subtop, al dient gezegd dat het vooral de jongens zijn die regelmatig alcohol drinken (46%

¹ Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm: The Swedish Council for information on Alcohol and other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe and the authors.

van de jongens versus 27% van de meisjes). Een genderverschil (meer jongens dan meisjes) is zo goed als in alle landen aanwezig wat de consumptie van bier betreft; alleen in het hoge noorden (Groenland en IJsland) is er geen verschil. In vergelijking met onze buurlanden scoort België (36%) hoger dan Frankrijk (22%), maar beduidend lager dan Nederland (45%) en het Verenigd Koninkrijk (43%). Het percentage jongeren dat al veertig keer of meer alcohol dronk ligt in Vlaanderen hoger (40%) dan in Wallonië (32%). Het Vlaamse alcoholgebruik komt sterk overeen met dat in Nederland, dat tot de groep landen behoort met de hoogste prevalenties.



Uitgaande van gegevens over meer recent alcoholgebruik (dit is gedurende de voorbije maand) staat België op de derde plaats wat betreft het tien keer of meer alcohol drinken. Met 20% laten we alleen Nederland (25%) en Oostenrijk (21%) voorgaan. Ook hier sluit Vlaanderen (23%) zeer nauw aan bij Nederland.

De schatting van het gemiddelde verbruik van bier, wijn of sterke drank - uitgedrukt in centiliter pure alcohol - bij de recentste drinkgelegenheid werpt een ander licht op het alcoholgebruik. België haalt een gemiddeld verbruik van 4,7 cl, wat onder het algemeen gemiddelde van 5,4 cl voor alle deelnemende landen ligt. Er zijn grote verschillen tussen de landen geconstateerd: jongeren uit de 'toplanden' (waaronder de Faroëreilanden met 8,3 cl en Denemarken met 7,5 cl) drinken beduidend meer dan jongeren uit de landen met de laagste consumptie (bijvoorbeeld Roemenië en Portugal met 3,3 cl).

Eveneens opmerkelijk is dat in 30 van de 35 landen een meerderheid van de 15- à 16-jarigen aangeeft al minstens één keer dronken geweest te zijn. Denemarken, Ierland, het eiland Man, het Verenigd Koninkrijk, Estland en Finland noteerden de hoogste percentages (25%) van jongeren die twintig maal of meer dronken geweest zijn. België scoort met 7% bij de tien Europese landen waar dit problematisch gebruik van alcohol het minst voorkomt. In een meerderheid van de onderzochte landen zijn er meer jongens dan meisjes die dronkenschap rapporteren, alhoewel in de Noord-Europese landen (Finland, IJsland, Noorwegen, Zweden) hun aantal bijna evenredig is.

Het onderzoek peilde ook naar 'binge drinking', dit is minstens vijf alcoholische dranken na elkaar drinken. Voor België geeft 50% van de jongeren aan dat ze dit gedurende de voorbije maand minstens één keer hebben gedaan. Voor 22% van de Belgische jongeren kwam dit drie keer of meer voor. Met deze percentages bevindt België zich in de subtop, maar binge drinking is in vergelijking met de meeste buurlanden (Nederland en Duitsland 28%, het Verenigd Koninkrijk 27%) minder omvangrijk, met uitzondering van Frankrijk (9%).

Vergelijking van de ESPAD-gegevens van 2003 met deze van 1999 wijst op een toename van het alcoholgebruik, voornamelijk in Oost-Europa. Inachtnemend dat een aantal West-Europese landen, waaronder België, niet over trendgegevens beschikt, stellen we in een beperkt aantal andere West-Europese landen (Denemarken, Griekenland en het Verenigd Koninkrijk, landen waar de prevalentiecijfers van veertig keer of meer alcoholgebruik ook het hoogst liggen) een dalende tendens vast. Een belangrijke conclusie uit het onderzoek is dat in vergelijking met de vorige bevraging dronkenschap en binge drinking toegenomen zijn in bijna de helft van de landen. De landen waar de toename van binge drinking zich het sterkst voordoet, liggen verspreid over Europa en kenmerken zich door lage prevalentiecijfers.

Voor België kunnen we besluiten dat de 15- à 16-jarigen relatief hoog scoren wat hun alcoholgebruik betreft. De iets gematigder resultaten voor dronkenschap en hoeveelheid alcohol verbruikt tijdens de recentste drinkgelegenheid wijzen evenwel in

de richting van een meer gecontroleerd omgaan met alcohol van Belgische jongeren in verhouding tot sommige van hun Europese leeftijdsgenoten. Dit mag echter geen aanleiding zijn om het relatief hoge alcoholgebruik te veronachtzamen. Zeker niet nu blijkt dat meer jongeren positieve (50%) dan negatieve (20%) gevolgen van alcoholgebruik verwachten. Hoewel de meerderheid wel inziet dat stevig drinken aanleiding geeft tot allerlei ongelukken en moeilijkheden, verwacht slechts 2 à 4% het optreden van (persoonlijke, relatie-, seksuele of delinquentie-) problemen naar aanleiding van alcoholgebruik.

Illegaal genotmiddelengebruik

Bij het illegaal genotmiddelengebruik domineert cannabis in nagenoeg heel Europa. Voor de meerderheid van de ondervraagde jongeren die toegeven ooit illegale drugs te hebben gebruikt, gaat het om marihuana of hasj. Tsjechië is koploper in Europa met 44% van de middenadolescenten die ooit cannabis hebben gebruikt. Ook Zwitserland, Ierland, het eiland Man, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, België, Nederland, Slovenië, Duitsland, Groenland, Italië en Slowakije zijn landen waar meer dan een kwart van de ondervraagde jongeren cannabis heeft gebruikt. Het illegale genotmiddelengebruik is hoger in West-Europa (met uitzondering van Scandinavië) dan in de Oost-Europese landen (met uitzondering van Tsjechië). België behoort tot de subtop, zowel voor cannabis als voor andere illegale genotmiddelen. Vergeleken met België (33%) is het ooit-gebruik van illegale genotmiddelen lager in Nederland (29%) en Duitsland (30%) en hoger in Frankrijk (38%) en het Verenigd Koninkrijk (38%). Er is weinig verschil in levensprevalentie van cannabisgebruik tussen Vlaanderen (31%) en Wallonië (34%). Bekeken over de laatste dertig dagen voor de bevraging geeft 17% van de Belgische jongeren toe dat ze in die periode nog marihuana/hasj hebben gebruikt. Hier is wel een verschil tussen Vlaamse (14%) en Waalse (20%) jongeren vastgesteld. Jongens (20%) doen het ook meer dan meisjes (13%), een genderverschil dat zich duidelijker manifesteert in Vlaanderen dan in Wallonië. In de meeste Europese landen gebruiken trouwens meer jongens dan meisjes illegale genotmiddelen (voornamelijk cannabis). Enkel Ierland (dat een hoge prevalentie vertoont)

en bepaalde Scandinavische landen (met lage prevalentiegegevens) vormen hierop een uitzondering. In geen enkel land komt cannabisgebruik meer voor bij meisjes dan bij jongens.

Andere illegale genotmiddelen, zoals amfetamines, LSD, cocaïne, heroïne en XTC, zijn duidelijk minder in trek. Het ESPAD-gemiddelde voor deze andere illegale genotmiddelen is 6% met een range van 2 tot 11%. Voor België geeft 8% van de jongeren het gebruik aan van een ander illegaal genotmiddel. Dit percentage lijkt sterk op dat van onze buurlanden.

Het snuifmiddelengebruik is het hoogst in Groenland (22%) en het laagst in Roemenië (2%). België (7%) behoort hier samen met Nederland (6%) tot de staartgroep van de Europese landen. De andere Belgische buurlanden, met uitzondering van Luxemburg dat niet deelnam aan ESPAD 2003, kennen

een hogere prevalentie (11 à 12%).

Er is een aantal duidelijke trends waar te nemen in het illegaledruggebruik. Tussen 1999 en 2003 nam de prevalentie toe in negen Europese landen, waarvan twee (Tsjechië en Ierland) in 1999 reeds tot de top behoorden. In zes ESPAD-landen wordt een gestage toename geconstateerd van 1995 tot 2003, met in sommige landen een verdrievoudiging van de cijfers. Hoewel we in drie landen een daling vaststellen tussen 1999 en 2003, is er geen enkel land dat over de drie meetmomenten (1995, 1999 en 2003) een dalende trend vertoont. In een meerderheid van de Europese landen is er een status-quo. Wanneer cannabis buiten beschouwing gelaten wordt, is er geen enkel land met een significante toename tussen 1999 en 2003, vier landen tekenen zelfs lagere prevalenties op.

Het ESPAD-rapport bevat naast gegevens over het tabak-, alcohol- en illegaal genotmiddelengebruik van de Europese 15- à 16-

jarigen ook informatie over variabelen die mogelijk aan dit gebruik gerelateerd zijn, zoals het waargenomen gebruik van 'peers' of leeftijdgenoten, ouderlijke controle, economische situatie en spijbelen.

Caroline Andries
Hoofddocent

Patrick Lambrecht
Wetenschappelijk medewerker
Vakgroep Ontwikkelings-
en Levensloopsychologie
VUB

Het lijvige rapport van dit onderzoek kan u bestellen bij de vakgroep ONLE (VUB) aan 60€ of downloaden via www.vub.ac.be/downloads/bijlagen/espad.pdf.

Voor meer informatie kan u terecht bij Patrick Lambrecht, tel. 02 629 25 27 of 02 476 97 81, Patrick.Lambrecht@vub.ac.be.

ABSTRACT VERPAKT



Cannabisgebruik verhoogt de kans op psychose, ook bij jongeren zonder kwetsbaarheid op dit punt

In een prospectieve studie met follow-up na vier jaar (Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen J. et al., *Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people*, BMJ, 1 december 2004) werd bij jongeren de M-CIDI afgenomen om de predispositie voor psychose te onderzoeken. Na vier jaar bleek dat jongeren die cannabis gebruikten meer kans liepen op psychose. Dit verband was sterker bij verhoogde vatbaarheid voor psychose, maar was ook aanwezig bij jongeren zonder kwetsbaarheid op dit punt. Anderzijds bleek er geen verband tussen een kwetsbaarheid voor psychose en de neiging om cannabis te gebruiken. Dit spreekt de automedicatie-hypothese tegen.



Jonge gokkers en comorbiditeit

Via telefonische at-randominterviews werd een verband gezocht tussen de beginleeftijd van het gokprobleem en de aanwezigheid

van andere psychiatrische pathologie. Alle gokkers die er op jonge leeftijd mee waren begonnen, rapporteerden meer middelenmisbruik en -afhankelijkheid dan niet-gokkers. Adolescente gokkers vertoonden ook meer depressieve symptomen.

Bij gokkers die na de adolescentie begonnen zijn, is het verband met andere psychiatrische problematiek minder sterk (Lynch, W.J., Maciejewski, P.K., Potenza, M.N., *Psychiatric Correlates of Gambling in Adolescents and Young Adults Grouped by Age at Gambling Onset*, Arch Gen Psychiatry/Vol 61, 1116-1122, nov 2004).



Rechtstreeks verband tussen alcoholabusus en partnermishandeling

Uit onderzoek (Bell, N., Harford, T., McCa-
roll, J., Senior, L., *Drinking and Spousal Abuse Among U.S. Army Soldiers*, Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 28(12):1890-1897, December 2004) bij Amerikaanse mannelijke soldaten bleek dat zware drinkers (22 of meer glazen per week) 66% meer kans maakten daders te zijn van partnergeweld dan geheelonthouders. Matige en lichte drinkers bleken, als zij tot partnermishan-



deling kwamen, dat ook doorgaans onder invloed van alcohol te doen.



Alcoholafhankelijkheid wordt vaak gecombineerd overgeërfd

Over de mate waarin alcoholisme erfelijk is, werd reeds vaker onderzoek verricht, onder meer door Cloninger die een overerfbare vorm onderscheidde die geassocieerd is met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis. In dit onderzoek (Nurnberger, J., Wiegand, R. et al., *A Family Study of Alcohol Dependence*, Arch Gen Psychiatry/Vol 61, 1246-1256, dec 2004) werd gezocht naar andere psychiatrische stoornissen. De kans op een alcoholprobleem bij de nakomelingen van alcoholisten is tweemaal groter dan bij kinderen van niet-alcoholisten. Er is echter ook een verdubbelde kans op een afhankelijkheid van andere drugs. Daarnaast is er een verhoogde kans op een combinatie met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis, of met angst- of stemmingsstoornissen. De onderzoekers vermoeden dat er verschillende fenotypes zijn die verdere genetische studies vergen.

Frieda Matthys

Peers voor peers: Ervaringsnamiddag 'peer support' — 6 december 2004, Antwerpen

In Vlaanderen bestaat heel wat expertise op het vlak van peer-supportinitiatieven. Er zijn verschillende soorten projecten, zowel in het kader van preventie als van harm reduction. Voor de laatste groep van werkers organiseerden het Steunpunt Druggebruikers, het Vlaams Straathoekwerkoverleg (Vlastrov), Spuitenruil Vlaanderen, het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) en het Straathoekwerk Oostende op 6 december 2004 een ervaringsuitwisselingsnamiddag.

De namiddag ging van start met een uiteenzetting van Franz Trautmann (Trimbos-instituut), die het concept peer support historisch kaderde en omschreef. Zo leerden we dat de Amerikaanse socioloog Howard Becker de term 'peers' al in de jaren vijftig hanteerde in de betekenis die hij nu nog altijd heeft: jongeren die bepaalde kenmerken met elkaar delen. Becker stelde dat peers de invloedrijkste personen zijn in de omgeving van jongeren.

Trautmann legde ook de overeenkomsten en verschillen uit tussen peer support en peer education. De gemeenschappelijke kenmerken zijn: het gebruik van peers om andere peers te beïnvloeden, het aanwenden van peer-invloeden om kennis over te dragen en om normen en waarden te beïnvloeden. Peer education verschilt van peer support in de zin dat peer education uitgaat van een verschil tussen de 'opvoedende peer' en de 'op te voeden peer'. Verder is peer education ontwikkeld door professionele 'opvoeders' om hun bereik te vergroten en hun professionele werk te ondersteunen. Bij peer support ligt de nadruk op wederzijdse steun, op gemeenschappelijkheid en gelijkheid. 'Support' is een breder begrip dan 'education'. Peer support maakt in feite gebruik van de alledaagse realiteit die er voordien ook al was: druggebruikers die - naast de rivaliteit die er ook vaak is - elkaar toch ook steunen en voor elkaar zorgen (elkaars harde leven delen) in een vijandige omgeving.

Trautmann ging ook dieper in op een aantal belangrijke keuzes die je moet maken als je aan de slag wil met peer supporters: peers als werknemer van de hulpverlening of als gebruiker in de peergroep, betaald of onbetaald werk, enkel actieve gebruikers of ook ex-gebruikers, gericht op een beperkter of uitgebreider terrein, ... Verder moet

je nadenken over training, deskundigheidsbevordering, supervisie, ondersteuning en begeleiding van peer supporters en over de wijze waarop je zal samenwerken met andere organisaties (bijvoorbeeld voor eventuele doorverwijzing). Hij stond ook telkens stil bij mogelijke valkuilen op al deze terreinen.

Trautmann besloot met te zeggen dat peer support complementair is aan andere methodieken voor gezondheidsbevordering en dat het zeker niet hun plaats kan innemen. De meerwaarde die peer-supportprojecten kunnen bieden ligt erin dat je moeilijker bereikbare of beïnvloedbare groepen kan bereiken, dat je ze bovendien bereikt in hun eigen leefwereld, dat je niet alleen kennis overdraagt, maar ook resultaten boekt op het vlak van attitudes, waarden en normen en dat je de eigen verantwoordelijkheid, de zelfredzaamheid van druggebruikers stimuleert.

Na de boeiende uiteenzetting van Trautmann konden de deelnemers kiezen uit vier workshops. We brengen van twee verslag uit.

Peer support in Oostende

We kregen in deze workshop een mooi voorbeeld van hoe een peer-supportproject kwa-

litatief en gestructureerd kan plaatsvinden over een langere tijdsperiode en met intensieve inleiding, opleiding en begeleiding van peers door professionelen.

Naast de visie en de meerwaarde die dit project kan hebben werd uitgebreid stilgestaan bij een stappenplan om zowel met peer support als met belangenbehartiging van start te gaan.

Het activeringsproject in Antwerpen

Het activeringsproject is als dusdanig eigenlijk geen echt peer-supportproject, maar biedt onrechtstreeks wel mogelijkheden om aan peer support te doen. De doelstelling van het project is om hard-core druggebruikers, die in de Antwerpse atheneumbuurt rondhangen en soms voor overlast zorgen, een zinvolle vrijetijdsbesteding te bieden. Of liever gezegd, met hen op te bouwen. Want de gebruikers zelf worden actief betrokken en worden aangemoedigd om zelf ideeën aan te brengen. Daarnaast staan communicatie met de buurt en overleg en afstemming met de hulpverlening centraal. Het project loopt sinds september.

In het project wordt wekelijks een activiteit georganiseerd, zoals bowling, een picknick in het park, pooling, uit eten gaan, enzovoort. De activiteit is er voor iedereen en ze is gratis.

Om de deelnemers aan de workshop voeling te geven met de dagelijkse realiteit van het project, kozen Marein Wellens en Rune Donckers ervoor om met de aanwezigen over een aantal stellingen te discussiëren in plaats van de obligate presentatie te houden. Onder de aanwezigen waren enkele buurtbewoners en

PEER SUPPORT



enkele druggebruikers uit het project, wat de discussie zeker verlevendigde.

Besluit: peer support voor peer-werkers


De ervaringsnamiddag beantwoordde zeker aan een bestaande nood. De gelegenheid om

ervaringen met collega's uit te wisselen is voor veel veldwerkers verfrissend en ondersteunend. Eigenlijk een vorm van peer support voor peer-werkers dus.

Hilde Kinable
Geert Verstuyf

Voor meer informatie kan u terecht bij
Stijn Goossens, Vlastrov
03 340 49 25 / 0479 98 22 71
Stijn.Goossens@steunpunt.be

GEBOEKSTAAFD


 Korf, D.J., Nabben, T. & Benschop, A. (2004). **Antenne 2003. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.** Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Antenne is bedoeld om de trendgevoelige drugmarkt op te voet te volgen en te begrijpen. In deze elfde editie worden de laatste ontwikkelingen in het gebruik van alcohol en drugs geschetst aan de hand van interviews met een panel van insiders. De nadruk ligt daarbij op trendsetters in het uitgaansleven. Belangrijke thema's voor 2003 zijn: krijgt het Amsterdamse uitgaansleven een nieuw elan, dienen zich nieuwe drugs aan, zet de verzadiging van de ecstasymarkt verder door, heeft cocaïnegebruik haar piek bereikt en hoe zit het met de populariteit van narcosemiddelen als GHB en ketamine?

Naast kleurrijke verhalen uit het Amsterdamse uitgaansleven bevat Antenne 2003 een schat aan kwantitatieve gegevens. Voor de derde keer zijn clubbezoekers ondervraagd. De onderzoekers gaan uitvoerig in op het gebruik van allerlei middelen, afzonderlijk en naast elkaar. Ook brengen ze trends in druggebruik in de afgelopen jaren in kaart. Speciale aandacht is er voor de verscherpte maatregelen in het uitgaansleven, zoals

extra controle bij de ingang op het bezit van drugs.

Samen met de panelstudie dringt zich het beeld op van een 'nieuwe nuchterheid'. Maar dit betekent niet dat druggebruik uit het uitgaansleven verdwijnt. Kenmerkend hiervoor zijn de hoeveelheden drugs die bij de ingang van clubs in beslag worden genomen. Er tekent zich een diversiteit aan scènes af, de ene meer gedomineerd door ecstasy, de andere door cocaïne.

 McGill, T. (2004). **Als je kind aan de drugs raakt. Een gids voor ouders en hulpverleners.** Houten: MOM.

Eén van de grootste nachtmerries van een ouder is dat zijn kind aan drugs verslaafd raakt. Als dat gebeurt, staat de wereld op zijn kop, stort het gezinsleven in en volgt een lange strijd tegen de verslaving van je kind. Genotmiddelen zijn in ons land vrij gemakkelijk te verkrijgen en vroeg of laat zal je kind er dan ook mee in aanraking komen. Hoe reageert het daarop?

In 'Als je kind aan de drugs raakt' krijg je als ouder een antwoord op de volgende vragen: Welke drugs zijn er zoal? Welke drugs zijn verslavend en welke zijn eigenlijk vrij onschadelijk? Hoe kun je zien of je kind drugs gebruikt? Hoe kun je je kind wijzen op de

gevaaren van drugs? Wat kun je doen als het druggebruik van je kind uit de hand dreigt te lopen? Waar kun je als ouder terecht voor professionele hulp?

 GGZ Nederland (2004). **Richtlijn gedwongen ontslag. Een best practice document uit de verslavingszorg.** Amersfoort: GGZ Nederland.

Over hoe om te gaan met patiënten die zich misdragen of zich niet aan de behandeling houden ligt weinig vast. Vaak worden ad hoc beslissingen genomen, die het karakter dragen van sancties die de behandelrelatie kunnen ondermijnen, met alle gevolgen van dien.

Deze richtlijn beoogt duidelijkheid te geven bij de keuzemomenten zonder de ruimte voor de patiënt en de zorgaanbieder onnodig te beperken, door het belang van de patiënt zoveel mogelijk te behartigen en door wijziging van het behandelplan of van de behandellocatie de behandeling waar mogelijk verder te zetten. Slechts in het uiterste geval wordt de behandeling tijdelijk stopgezet. Belangrijke overweging in deze richtlijn is het waarborgen van de veiligheid van medewerkers en medepatiënten en de bestending van het afdelingsklimaat.

UITGELEZEN

Handboek Preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid

De tijd dat preventie als specifiek vakgebied stiefmoederlijk werd behandeld is gelukkig voorbij. Het thema preventie staat tegenwoordig volop in de aandacht. De gedachte dat preventie van psychische of afhankelijkheidsproblemen beter is dan genezen of bestrijden daarvan is niet nieuw. Tot voor kort kon men echter moeilijk hard maken dat preventieprogramma's een (duurzaam) effect hebben.

Sinds een jaar of tien is er een duidelijke kentering waar te nemen: preventie is een

wetenschap geworden. Op grond daarvan zijn de bestaande preventieprojecten en

-programma's nauwkeurig getoetst op hun effectiviteit. Ook tekent er zich een duidelijke internationalisering van het preventieveld af. Veel in Nederland (en bij uitbreiding in Vlaanderen) toegepaste preventiestrategieën hebben hun wortels in buitenlandse initiatieven, voornamelijk in Australië, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten. In deze landen zijn in de afgelopen tien jaar steeds meer belangrijke literatuuroverzichten, handleidingen, protocollen en dergelijke samengesteld. Na enkele omzet-

tingen en toetsingen kunnen deze zeer goed bruikbaar worden gemaakt voor de Nederlandse en Vlaamse context.

Jaap van der Stel schreef met 'Handboek Preventie' een bijzonder lijk én interessant boek. Van der Stel is ruim vijftien jaar werkzaam geweest op het terrein van de preventie in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg en is nu onderzoeker. Eerder promoveerde hij cum laude op een proefschrift over de geschiedenis van de drankbestrijding en de alcoholhulpverlening in Nederland (ook in de VAD-bibliotheek).

Het preventiehandboek biedt wetenschappelijk ondersteunde en in de praktijk getoetste referentiekaders aan professionals die betrokken zijn bij de uitvoering van preventieprogramma's vanuit de geestelijke gezondheidszorg en de alcohol- en drugsector. Het boek beschrijft de grondslagen en de uitgangspunten van het vak 'preventie'.

Het boek is als volgt opgebouwd. In een inleidend hoofdstuk bespreekt van der Stel de achtergronden en de doelstellingen van het boek, situeert hij de ontwikkeling van preventie en brengt het in verband met het beleid terzake. Hierna volgen drie delen: 'Context', 'Fundamenten' en 'Praktijk'. Af en toe wordt een onderwerp toegelicht in de vorm van een excursie. In de verschillende hoofdstukken vind je ook teksten met een opiniërend karakter. De talloze boxen houden het midden tussen verdiepingen en verduidelijkingen.

Context

In het eerste deel ('Context') verduidelijken drie hoofdstukken de ruimere context van het preventiewerk. In 'Psyche en psychische problematiek' gaat de auteur nader in op enkele resultaten van het moderne hersenonderzoek, waardoor we een steeds beter inzicht krijgen in de kenmerken van psychische problemen en stoornissen. In 'Geschiedenis psychiatrie en verslavingszorg' wordt de historische context besproken van waaruit in de jaren zeventig en vooral tachtig (van de vorige eeuw) in zowel de geestelijke gezondheidszorg als de alcohol- en drugsector het preventiewerk tot ontwikkeling is gekomen. 'Openbare en preventieve gezondheidszorg' bespreekt de rol van gemeenten op het vlak van openbare (geestelijke) gezondheidszorg. Nieuwe concepten

over gezondheidsrisico's en gedragsverandering komen aan bod.

Fundamenten

Het tweede deel, niet toevallig 'Fundamenten' (hoofdstukken 5 tot en met 8) genoemd, is bijzonder boeiend. Vooreerst wordt 'Preventie als wetenschap' besproken, met een belangrijke uitwijding over het 'evidence based' werken. Hier wordt ook uitvoerige aandacht besteed aan het beheersen van ongewenste effecten van interventies. Zo maakt men bijvoorbeeld in het kader van 'impact assessment' onderscheid tussen nuttige en schadelijke functies en hun onderlinge wisselwerking. In hoofdstuk 6 is er aandacht voor 'Risicofactoren en beschermende factoren' gerelateerd aan het functioneren van onze samenleving. In het zevende hoofdstuk bespreekt de auteur een zestal 'Typen interventies' die allen een min of meer uitgesproken preventief doel dienen: interventies zoals de bevordering van de geestelijke gezondheidszorg of specifieke preventieprogramma's zijn hierbij eerder het werkterrein van gespecialiseerde preventiewerkers. De bespreking van interventies in of via gemeenschappen, vroegtijdige interventie, psycho-educatie, socialevaardigheidstrainingen en terugvalpreventie is veelal in samenwerking met hulpverleners uitgewerkt.

Dit deel wordt besloten met een relevant hoofdstuk over ethiek van preventie en verantwoording van bemoeizorg. Preventie vindt immers plaats in een historisch bepaalde sociaal-maatschappelijke context en kan niet los worden gezien van normen en waarden in een maatschappij. De relatie tussen privacy en bemoeizorg komt uitgebreid aan bod.

Praktijk

De hoofdstukken 9 tot 12 (deel 3) gaan in op de 'Praktijk' van het preventiewerk. Vooreerst wordt er ingegaan op de kenmerken van het preventiebeleid en de voorwaarden om een beleid in de praktijk om te kunnen zetten. Zo wordt onder meer het onderscheid tussen projecten (unieke, éénmalige activiteiten waarvan de uitkomst omgeven is door onzekerheden) en programma's (herhaalbare activiteiten waarvan de uitkomst goed kan worden voorspeld) aangekaart. In hoofdstuk 10 gaat de auteur in op de ken-



merken van gestructureerd en gefaseerd voorbereiden en uitvoeren van preventie in praktijksituaties. Aan de hand van drie concrete thema's (jongeren en drugs, kinderen van ouders met psychiatrische of afhankelijkheidsproblematiek en schizofrenie) bespreekt hij de actuele (on)mogelijkheden van preventie en de te verwachten ontwikkelingen. Tegen de achtergrond van het Nederlandse drugbeleid gaat hij in hoofdstuk 11 in op de kenmerken van de evaluatie van preventie: evaluatie als, moet het nog worden gezegd, integraal onderdeel van preventiewerk, verschillende vormen van evaluatieonderzoek en de vraag in welke mate beleid effect heeft. In het laatste hoofdstuk overloopt hij belangrijke informatiebronnen voor preventie. Deze internetadressen zijn ook terug te vinden op www.vangorcum.nl/handboekpreventie.

Kortom

Deze publicatie is goed gedocumenteerd, wetenschappelijk onderbouwd, actueel, met tal van interessante inzichten. Het is een absolute aanrader voor al wie in de geestelijke gezondheidszorg en de alcohol- en drugsector werkzaam is.

Marie-Claire Lambrechts

Stel, J.C. van der (2004). *Handboek Preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Gorcum: Koninklijke Van Gorcum BV.



Paul Lauwers

Paul Lauwers is sinds 15 november 2004 onze halftijdse collega voor de boekhouding. Hij stelt een nieuw boekhoudprogramma op punt dat eveneens een budgettaire en analytische module bevat - tegenwoordig een must voor het juiste beheer van een organisatie. Daarvoor was Paul werkzaam in de boekhouding van de dienstensector en groothandel en ook vandaag runt hij nog steeds zijn eigen boekhoudbedrijf.



Laura Hermans

Laura Hermans vervoegt sinds 17 januari het VAD-team. Zij is bij VAD terechtgekomen via de Druglijn, waar ze als vrijwilliger en als vaste medewerker heeft gewerkt. Haar takenpakket is erg gevarieerd, ze zal zich onder andere bezighouden met de update van de websites 'a cool world' en 'gratis drank' en met het cocaïnedossier. Laura is van opleiding biologe, gespecialiseerd in de fysiologie van de hersenen.

ETALAGE

Meest gestelde vragen. Cocaine

Steeds meer mensen komen in aanraking met cocaïne of met gebruikers van cocaïne. De DrugLijn krijgt hier dan ook meer en meer telefoontjes over. Tijd dus om de reeks 'Meest gestelde vragen' uit te breiden. De folder beantwoordt de volgende vragen: Wat is cocaïne? Wat doet het? Hoe wordt het gebruikt? Wat kan er mislopen

als je onder invloed bent? Wat in combinatie met andere drugs? Wat kan er fout gaan bij langdurig cocaïnegebruik? Is stoppen moeilijk? Hoe 'deal' je met een cocaïnegebruiker? Waar kan je hulp en informatie vinden?

© 2004, bestelcode DLF16, € 0,40



BESTELBON

Naam publicatie	bestelcode	eenheidsprijs	aantal	totaal
■ Meest gestelde vragen. Cocaine.	DLF16	€ 0,40		
■ Syntheserapport leerlingenbevraging schooljaar 2003-2004	ONV01	€ 7,50		
■ Dossier cannabis	ADD03	€ 7,50		
			Totaal	

Naam:

Leveringsadres:

Facturatieadres:

Tel.: Datum bestelling:

Handtekening:

De prijzen zijn exclusief verzendingskosten en eventuele verpakkingskosten.

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

Terugsturen naar:
VAD, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel,
fax 02 423 03 34 • e-mail vad@vad.be