

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2003-2004

17 december 2003

BELEIDSPLAN

Preventie van middelengebruik

2003-2004

ingediend door mevrouw Adelheid Byttebier,
Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen

INHOUD

	Blz.
1 Verantwoording	5
2 Hoe groot is het middelengebruik ?	6
2.1 Middelengebruik bij de globale bevolking	6
2.1.1 Alcohol	6
2.1.2 Illegale middelen	7
2.1.3 Geneesmiddelen	9
2.1.4 Tabak	10
2.1.5 Gokken	11
2.2 Middelengebruik bij jongeren	12
2.2.1 Middelengebruik	12
2.2.2 Gokken	13
3 De impact van middelengebruik op de volksgezondheid	15
3.1 Alcohol	15
3.2 Drugs en geneesmiddelen	18
3.3 Tabak	21
4 De Vlaamse Gemeenschap : preventieaanbod middelengebruik vandaag	22
4.1 Preventieaanbod vandaag	22
4.1.1 Uitgangspunten gehanteerd door de sector middelenpreventie	22
4.1.2 Aanbod en initiatieven vandaag	22
4.2 Budgettaire inspanningen van de Vlaamse Gemeenschap	29
4.3 Vaststellingen vanuit de sector	31
4.3.1 De Vlaamse bevolking	31
4.3.2 Maatschappelijke sectoren	31
5 Uitgangspunten voor beleidsbijsturing	32
5.1 Duidelijkheid in het beleid	32
5.2 Gezondheid en welzijn	32
5.3 Evidentie	32
5.4 Kosten-effectiviteit	33
5.5 Geloofwaardigheid	33
5.6 Aliniëren op internationaal beleid	34
6 Pijlers voor beleidsbijsturing	35
6.1 Preventie	35
6.2 Hulpverlening	35
6.3 Harm reduction	36
6.4 Repressie	36
7 Concrete actiepunten : een verfijning en uitdieping van het huidig beleid	37
7.1 Herformuleren gezondheidsdoelstelling	37

7.2	Programmamanagement bestaande aanbod	37
7.3	Inclusief en probleemgericht	38
7.3.1	Arbeidsomgeving sensibiliseren	38
7.3.2	Tabakspreventie via het onderwijs	39
7.4	Een gecoördineerd beleid	39
7.5	Aanbodsbepierking legale middelen	40
7.6	Harm reduction	41
8	Conclusie	43
	Literatuurlijst	44

1 Verantwoording

Het Vlaamse parlement pleit in een motie van aanbeveling voor een duidelijk en versterkt Vlaams preventiebeleid rond middelengebruik¹. Vanuit de alcohol- en drugsector komen regelmatig vragen naar een visie op middelengebruik en naar een preventiebeleid dat hierop een sluitend antwoord biedt. Persberichten en publieke reacties verraden een grote maatschappelijke bekommernis aangaande middelen en middelengerelateerde problemen.

Deze nota wil een beleidsantwoord bieden op deze vragen. Zij biedt een globale visie op de middelenproblematiek. Een degelijk onderbouwd preventiebeleid vormt een belangrijke pijler binnen deze totaalvisie.

Middelen en middelenpreventie worden benaderd vanuit een gezondheidsperspectief. De doelstelling is gezondheidswinst, gewonnen, gezonde levensjaren. Schadelijk middelengebruik is het vertrekpunt. Het legaal of illegaal karakter van een product bepaalt, net als de culturele en maatschappelijke acceptatie van een middel, mee de modaliteiten van een preventief gezondheidsbeleid, maar kan niet het exclusieve uitgangspunt zijn. Alle middelen (alcohol, tabak, illegale drugs, geneesmiddelen met het risico op verslaving en gokken) worden benaderd vanuit het risico op gezondheidsschade. Een geïntegreerd drugbeleid, een beleid waarin alle producten kritisch benaderd worden, laat toe producten het gewicht te geven dat zij “verdienen”. Tabak en illegale drugs behouden daarin een belangrijke plaats. Overmatig alcoholgebruik blijft de grootste bedreiging voor onze gezondheid. Uiteraard houdt de keuze voor gezondheidswinst als invalshoek het besef in dat gezond omgaan met middelen ook meer welzijn, minder criminaliteit en een groter subjectief veiligheidsgevoel bij de bevolking genereert.

In een eerste deel wordt de omvang van het middelengebruik beschreven. Daarna wordt een beeld geschetst van de gezondheidsschade, veroorzaakt door middelengebruik. Nagegaan wordt wat preventie van middelengebruik in Vlaanderen concreet inhoudt, wat de Vlaamse Gemeenschap daar vandaag in investeert en welke vaststellingen de sector zelf signaleert. Uitgangspunten (duidelijkheid, gezondheid, evidentie, ...) vormen de vertrekbasis voor een beleidsbijsturing. Die bijsturing steunt op een aantal pijlers. Zwitserland, met een evenwichtig beleid gestoeld op preventie, hulpverlening, harm reduction en repressie, wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie als voorbeeld gesteld. Evaluatie van het Zwitsers beleid toont aan dat de vier pijlers efficiënt en kosteneffectief zijn.

Gekozen wordt voor een geïntegreerd en inclusief preventiebeleid. Kosteneffectiviteit vormt de leidraad en zal een belangrijke parameter zijn waaraan preventiestrategieën, in het voortraject naar een gezondheidsconferentie, getoetst zullen worden.

¹ Tot besluit van het op 7 februari 2001 in plenaire vergadering 28 gehouden actualiteitsdebat over de gevolgen van de federale drugsnota voor het Vlaamse drugpreventiebeleid:

- motie van aanbeveling van mevrouw Patricia Ceysens en mevrouw Ria Van Den Heuvel en de heren Guy Swennen en Herman Lauwers, goedgekeurd op de plenaire vergadering 32 van 21 februari 2001;
- motie van aanbeveling van mevrouw Trees Merckx-Van Goey, goedgekeurd op de plenaire vergadering 32 van 21 februari 2001.

2 Hoe groot is het middelengebruik?

2.1 Middelengebruik bij de globale bevolking

2.1.1 Alcohol

Uit de huishoudbudgetenquête van het Nationaal Instituut voor de Statistiek blijkt dat een Vlaams gezin in het jaar 2000 gemiddeld 426 euro besteedde aan de *aankoop* van alcohol in winkels. Dit is zo'n 1,2% van het beschikbare inkomen. De gemiddelde uitgaven aan alcohol namen met 10% toe ten opzichte van 1999 en met 17% ten opzichte van 1997.

	1997	1998	1999	2000
Sterke drank	52,31	51,56	48,18	51,96
Wijn en aperitief	196,13	200,45	238,81	263,31
Bier	115,52	114,30	99,51	110,93
Totaal	363,96	366,31	386,50	426,20

Tabel 1: gemiddelde uitgaven per huishouden aan alcoholische dranken (Vlaams Gewest, in euro)

Er zijn onvoldoende duidelijke gegevens beschikbaar om de totale alcoholconsumptie voor Vlaanderen te berekenen. Nemen wij de aankopen van alcohol als indicator voor de consumptie, dan kunnen wij uit de huishoudbudgetenquête afleiden dat de totale alcoholconsumptie in België *8,9 liter pure alcohol per persoon per jaar* bedraagt. Vooral de uitgaven aan sterke drank zijn geconcentreerd bij een kleine groep: 10% van de huishoudens zorgt voor 72% van de totale winkeluitgaven aan sterke drank.

	Sterke drank	Bier	Wijn
1990	3,42	120,7	24,9
1992	3,42	112,0	24,8
1994	3,33	106,0	24,0
1996	3,25	102,0	25,0
1998	3,22	98,0	19,4
2000	3,45	98,2	20,0

Tabel 2: gemiddelde consumptie van alcoholische dranken per hoofd in liter (België)

Uit de Gezondheidsenquête 2001 blijkt dat 82% van de bevolking van het Vlaams Gewest (15

jaar of ouder) in de loop van het jaar voorafgaand aan de bevraging minstens één alcoholische drank heeft gebruikt (bij mannen 90% en bij vrouwen 75%). Twintig procent van de Vlamingen drinkt minstens eens per maand 6 glazen of meer op eenzelfde dag² (33% bij mannen en 7% bij vrouwen) en 3% doet dit zelfs 3 keer of meer per week. In 1997 gaf 18% aan minstens eens per maand 6 glazen alcohol op eenzelfde dag te consumeren en 2% deed zulks drie keer per week of meer.

	% minstens eenmaal per maand overmatig gebruik	% dagelijkse gebruikers	% problematische gebruikers
GESLACHT			
<i>Mannen</i>	33,4	13,7	7,6
<i>Vrouwen</i>	6,8	8,3	2,3
LEEFTIJD			
<i>15-24</i>	23,7	1,0	2,9
<i>25-34</i>	25,0	4,4	5,5
<i>35-44</i>	23,3	11,2	5,2
<i>45-54</i>	24,2	16,8	5,9
<i>55-64</i>	17,5	18,6	9,0
<i>65-74</i>	7,5	18,7	3,8
<i>75-++</i>	2,6	14,2	1,8
JAAR			
<i>1997</i>	18,4	7,1	niet bevraagd
<i>2001</i>	19,7	11,2	5,2

Tabel 3: alcoholgebruik bij de Vlaamse bevolking (Gezondheidsenquête 2001)

In het Vlaams Gewest consumeert 11% van de populatie van 15 jaar of ouder dagelijks alcohol (14% van de mannen en 8% van de vrouwen). Dit is 4 procentpunt meer dan in 1997. De proportie dagelijkse gebruikers is eerder gering in de leeftijdsgroep 15-24 jaar (1%), maar neemt daarna gestaag toe tot 18,7% in de groep 65-74 jaar.

5% van de Vlamingen die alcohol gebruiken kunnen aanzien worden als *mogelijke problematische gebruiker*³. De proportie problematische gebruikers is zowel bij mannen als bij vrouwen het grootst in de leeftijdsgroep 55-64 jaar: mannen 13% en vrouwen 5%. Er is geen aantoonbaar verband tussen opleidingsniveau en aantal probleemdrinkers.

2.1.2 Illegale middelen

Exacte cijfers aangaande gebruik en verhandeling van illegale middelen zijn niet beschikbaar. Om een beeld te krijgen van de omvang van het probleem moeten wij een beroep doen op cijfers van inbeslagnames. De officiële cijfers inzake inbeslaggenomen illegale middelen die België aan Interpol en aan de Verenigde Naties voorlegt zijn afkomstig van de Algemene Politie-eenheden (APSD). Uitgedrukt in *aantallen drugs vangsten*, werden in 2000 vooral

² De Wereldgezondheidsorganisatie spreekt van overmatig alcoholgebruik vanaf 6 glazen op een dag.

³ Voor deze indicator werden 4 vragen van het CAGE-instrument (het CAGE-instrument is een bevraging van signalen die kunnen wijzen op problematisch alcoholgebruik) gebruikt. Wanneer minstens 2 vragen positief worden beantwoord, duidt dit op het bestaan van mogelijke alcoholverslaving.

marihuana, hasjiesj en XTC-pillen inbeslaggenomen: respectievelijk 8.254, 5.475 en 2.402 vangsten. Cijfers over drugsvangsten en inbeslagnames bevatten indicaties over trends en evoluties. Het zijn echter onbetrouwbare bronnen om de omvang van het gebruik van illegale middelen uit af te leiden. Zo is vaak onduidelijk of de inbeslaggenomen drugs bestemd waren voor de binnenlandse markt of België hier als doorvoerhaven functioneerde.

Cannabis is in Europa het *meest gebruikte illegale product* bij de bevolking tussen 15 en 64 jaar⁴. Het percentage volwassenen dat ooit cannabis gebruikte varieert (volgens het land) van 10% tot 25%. 1 tot 4% gebruikte ooit amfetamines, 0,5 tot 4% XTC en 0,5 tot 3% cocaïne. Minder dan 1% van de Europeanen heeft ervaring met heroïnegebruik. Het gebruik van al deze middelen ligt bij jongvolwassenen (15 tot 34 jaar) doorgaans twee keer zo hoog als in de algemene bevolking. De laatstejaarsprevalentie van cannabisgebruik in Europa wordt geschat tussen 1 en 9% van de bevolking. In de meeste EU-landen is het ooit-gebruik van cannabis in de jaren negentig gestegen.

Blijkens de Gezondheidsenquête 2001 gebruikte 9% van de bevolking van het Vlaams Gewest van 15 jaar of ouder ooit cannabis (11% van de mannen en 7% van de vrouwen). De lifetime-prevalentie neemt toe met het opleidingsniveau: van 1% bij personen zonder diploma en 2,5 % bij deze met een diploma lager onderwijs tot 9% bij personen met een opleiding hoger secundair onderwijs en bijna 15% bij degenen met een hogere opleiding.

	Gebruik van cannabis		Gebruik van XTC / amfetamines	
	Ooit	Voorbije maand	Ooit	Voorbije maand
GESLACHT				
<i>Mannen</i>	10,8	2,8	2,0	0,3
<i>Vrouwen</i>	6,8	1,1	1,2	0,1
LEEFTIJD				
<i>15-24</i>	20,2	6,0	3,2	0,1
<i>25-34</i>	17,8	3,3	4,2	0,3
<i>35-44</i>	9,9	1,4	1,4	0,0
<i>45-54</i>	4,2	0,7	0,6	0,2
<i>55-64</i>	0,4	0,0	0,1	0,0
<i>65-74</i>	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>75-++</i>	0,0	0,0	0,0	0,0
OPLEIDING				
<i>Geen diploma</i>	0,8	0,0	1,1	0,0
<i>Lager onderwijs</i>	2,5	0,3	0,7	0,0
<i>Lager secundair</i>	4,2	1,4	0,6	0,5
<i>Hoger secundair</i>	8,8	1,7	2,6	0,2
<i>Hoger onderwijs</i>	14,8	3,2	1,6	0,0
JAAR				
<i>2001</i>	8,7	1,9	1,6	0,2

Tabel 4: prevalentie (%) van cannabis en amfetaminegebruik in het Vlaams Gewest (Gezondheidsenquête 2001)

2% van de Vlamingen rapporteert tijdens de laatste maand cannabis te hebben gebruikt. De prevalentie is ook hier bij mannen hoger dan bij vrouwen (2,8% versus 1,1%). De hoogste

⁴ VAD: Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001.

prevalentie wordt waargenomen in de groep 15-24 jaar. In de drie daaropvolgende 10-jaarsgroepen wordt het cijfer telkenmale ongeveer gehalveerd.

2.1.3 Geneesmiddelen

In 2000 werden in België meer dan 30 miljoen verpakkingen van *eenvoudige pijnstillers* verkocht en 313.400 verpakkingen *narcotische pijnstillers*. Daarnaast gingen meer dan 20 miljoen verpakkingen *psychoactieve medicatie* over de toonbank. Vooral de verkoop van antidepressiva en psychostimulantia zit in de lift: in het jaar 2000 werden hiervan respectievelijk 7,6% en 20% meer verkocht dan het jaar voordien (bij de stimulantia is dit vooral toe te schrijven aan de explosieve verkoopstoeiname van Rilatine®, frequent gebruikt bij de behandeling van Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), waarvan de verkoop verviervoudigde op een jaar tijd).

	Verkochte verpakkingen
Niet-narcotische pijnstillers	30.297.900
Narcotische pijnstillers	313.400
Slaapmiddelen (hypnotica/sedativa)	5.951.100
Kalmeermiddelen (tranquilizers)	8.136.100
Antidepressiva	5.740.700
Psychostimulantia	388.300

Tabel 5: verkoop van geneesmiddelen in België in het jaar 2000 (ambulante sector)⁵

Slaap- en kalmeermiddelen worden vooral voorgeschreven aan vrouwen (2/3 van de voorschriften) en aan oudere personen. Toch is ook een ruim deel van de voorschriften voor dergelijke middelen bestemd voor jongeren: in het jaar 2000 werden 29.000 voorschriften voor slaapmiddelen en 42.000 voor kalmeermiddelen voorgeschreven aan jongeren van minder dan 20 jaar.

Bij de Gezondheidsenquête 2001 gaf 2,4% van de Vlaamse mannen en 4,4% van de Vlaamse vrouwen in de leeftijd 15-64 jaar aan in de voorbije 2 weken een (voorgeschreven) antidepressivum te hebben gebruikt. Dit is respectievelijk 0,6 en 1,3 procentpunt meer dan in 1997. Iets meer dan 2% van de mannen en 5,2% van de vrouwen in diezelfde leeftijdsgroep vermeldde het gebruik van een slaapmiddel in de voorbije 2 weken. Dit is voor beide geslachten nagenoeg het dubbele van in 1997 (0,9% en 2,9%). Ook het gebruik van kalmeermiddelen kende een toename: van 1,4% naar 2,1% bij mannen en van 2% naar 2,7% bij vrouwen.

⁵ Voorschriftenregistratie IMS-Health: verkoopgegevens op basis van 99,5% van de groothandel.

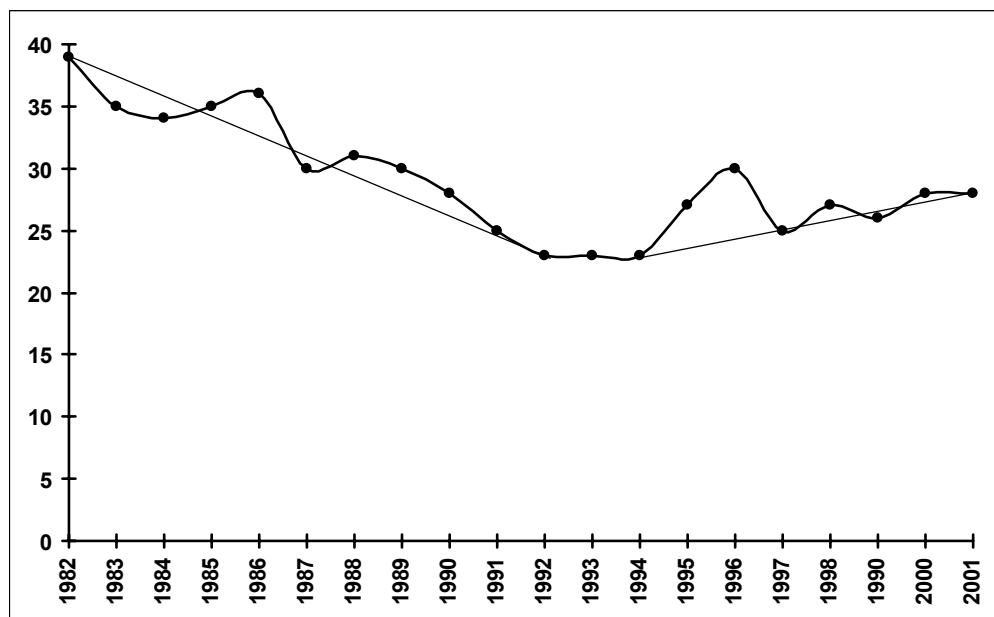
	Mannen		Vrouwen	
	15-64	65-++	15-64	65-++
Algemene pijn- en koortswerende middelen	5,2	7,1	8,9	12,1
Medicatie tegen hoest, verkoudheid e.d.	5,1	7,9	7,3	9,3
Medicatie tegen maagdarmklachten	3,2	9,3	4,3	15,3
Anti-depressiva	2,4	5,7	4,4	6,6
Anti-allergica	2,3	2,2	3,1	1,7
Slaapmiddelen	2,2	15,0	5,2	26,0
Kalmeermiddelen	2,1	6,4	2,7	12,0
Versterkende middelen (vitaminen, tonica, ...)	2,0	4,2	5,0	15,0

Tabel 6: gebruik van voorgeschreven medicatie in de voorbije 2 weken (%) (Vlaams Gewest, Gezondheidsenquête 2001)

2.1.4 Tabak

De jaarlijks Dimarso-enquête in opdracht van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties schat het *aantal rokers* in Vlaanderen op 28%. Sinds 1982 is dit een afname met 11 procentpunt. De sterkste daling situeerde zich evenwel in de jaren '80. Vanaf het midden van de jaren '90 nam het percentage rokers stilaan weer toe. Het cijfer ligt thans even hoog als in 1990.

Ook de Gezondheidsenquête raamt het percentage rokers in het Vlaams Gewest in 2001 op 28% (24% dagelijkse en 4% occasionele rokers). Het percentage ligt hoger bij mannen dan bij vrouwen (33% versus 23%). Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Het percentage actuele rokers is relatief hoog tot en met de leeftijdsgroep van 45-54 jaar (30% tot 37%). Het neemt vervolgens af tot 8% bij personen van 75 jaar en ouder. Het scharnierpunt ligt rond de leeftijd van 55 jaar. Meer dan 30% van de –55 jarigen rookt tegenover minder dan 20% van de +55 jarigen. Ofschoon er verhoudingsgewijs meer rokende mannen zijn, is de leeftijdsevolutie voor beide geslachten gelijkaardig. De belangrijkste verschillen situeren zich bij senioren. Er roken verhoudingsgewijs beduidend meer oudere mannen dan vrouwen.



Figuur 1: evolutie van het percentage rokers in Vlaanderen (%)⁶

	Nooit	Ex-roker	Occasioneel	Dagelijks
GESLACHT				
<i>Mannen</i>	33,4	33,8	5,5	27,3
<i>Vrouwen</i>	51,5	25,7	3,2	19,5
LEEFTIJD				
<i>15-24</i>	52,7	17,2	5,9	24,2
<i>25-34</i>	48,8	17,5	5,9	27,8
<i>35-44</i>	35,9	27,2	5,1	31,8
<i>45-54</i>	30,3	36,8	4,0	28,9
<i>55-64</i>	38,0	41,9	3,9	16,2
<i>65-74</i>	49,8	36,6	1,8	11,8
<i>75-++</i>	51,8	39,8	1,2	7,3
JAAR				
<i>1997</i>	46,4	24,7	4,8	23,3
<i>2001</i>	44,4	27,4	4,5	23,7

Tabel 7: rookgedrag in het Vlaams Gewest (Gezondheidsenquête 2001)

2.1.5 Gokken

Er zijn in ons land *weinig betrouwbare cijfers* beschikbaar inzake prevalentie van deelname aan gok- en kansspelen. De huishoudbudgetenquête biedt hiervoor, gezien de uitgave voor weddenschappen en spelen in dezelfde rubriek is opgenomen als vis- en jachtvergunningen, geen houvast. Volgens het Trefpunt Welzijn kampen zo'n 70.000 Belgen met een gokprobleem. De zelfhulpgroep Anonieme Gokkers raamt dit aantal zelfs op 200.000,

⁶ Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties: Dimarso-enquête 2000

waarvan 50.000 zwaar verslaafden. De gemiddelde weekomzet van alle spelen, georganiseerd door de Nationale Loterij, samen bedraagt 18,6 miljoen euro. Lotto-Joker⁷ is hierbij de grote slokop.

2.2 Middelengebruik bij jongeren

2.2.1 Middelengebruik

In het schooljaar 2000-2001 is, in het kader van een *drugbeleid op school*, een steekproef gehouden bij 15.618 leerlingen in het secundair onderwijs. Daaruit blijkt dat 75% van hen alcohol drinkt, 60% al eens medicatie gebruikt (meestal lichte pijnstillers), 36% rookt en bijna 16% drugs gebruikt (meestal cannabis)⁸.

	Nooit gebruikt		Gestopt		Gebruiker		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcohol	1.885	12,7	1.823	12,2	11.179	75,1	14.887	100
Drugs	11.336	74,9	1.459	9,6	2.349	15,5	15.144	100
Medicatie	2.550	16,8	3.555	23,4	9.065	59,7	15.170	100
Tabak	6.575	42,7	3.319	21,6	5.503	35,8	15.397	100

Tabel 8: lifetimeprevalentie en laatstejaarsprevalentie van middelengebruik bij jongeren.

Het gebruik van elk van deze vier productgroepen neemt significant toe met de leeftijd. Het verschil is het grootst tussen de groep van 12-14 jaar en de groep van 15-16 jaar: 21% meer tabaksgebruik, 29% meer alcoholconsumptie, 13% meer medicatiegebruik en 13% meer illegaal druggebruik. Ook de frequentie van het gebruik neemt toe met de leeftijd. Voor alcohol en roken is het verschil opnieuw het grootst tussen de groep van 12-14 jaar en de groep van 15-16 jaar. Bij illegale drugs doet de toename van het frequenter gebruik zich wat later voor, bij de overgang van 15-16 jaar naar 17-18 jaar. In de oudste groep kan ongeveer de helft aanzien worden als een regelmatig gebruiker van alcohol en 11% als een regelmatig gebruiker van illegale drugs⁹.

Voor *roken* bestaan er volgens deze studie *geen echte geslachtsverschillen*. Er zijn evenveel jongens als meisjes die ooit gerookt hebben en die actueel roken. Als ze roken, doen jongens en meisjes dit bovendien even vaak. De andere productgroepen tonen wel verschillen. Zo is de prevalentie van alcoholgebruik bij jongens hoger dan bij meisjes (77% versus 73%). Het grootste verschil bestaat erin dat jongens vooral vaker alcohol drinken (50% regelmatige

⁷ www.loterie-nationale.be

⁸ VAD: *Leerlingenbevraging in het kader van drugbeleid op school 2000-2001*.

⁹ *regelmatig gebruiker = minstens eens per week*.

gebruikers bij de jongens versus 33% bij de meisjes). Een gelijkaardig beeld doet zich voor bij illegaal druggebruik: jongens gebruiken meer drugs (19% versus 12%) en doen dit ook meer frequent dan meisjes (39% regelmatige gebruikers versus 29%).

Blijkens de Gezondheidsenquête rookt in het Vlaams Gewest 30% van de jongeren tussen 15 en 24 jaar. 24% procent rookt dagelijks, 6% occasioneel. 17% is reeds gestopt met roken. In deze leeftijdsgroep heeft 53% dus nooit gerookt.

In het kader van het onderzoeksproject Jongeren en Gezondheid worden leerlingen onder meer bevraagd omtrent recent *geneesmiddelengebruik*. Het percentage dat recent geneesmiddelen innam, is bij elk van de bevraagde klachtengroepen *groter bij meisjes* dan bij jongens. Het verschil is het duidelijkst bij geneesmiddelen tegen hoofd- en maagpijn. Bij meisjes neemt het gebruik van dergelijke medicatie bovendien duidelijk toe met de leeftijd: van 39% en 19% bij 11-12-jarigen tot 55% en 26% bij de 17-18-jarigen.

	Jongens				Meisjes			
Leeftijd	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Hoofdpijn	29%	32%	32%	31%	39%	41%	45%	55%
Maagpijn	14%	14%	11%	10%	19%	20%	23%	26%
Slaapstoornissen	4%	4%	3%	3%	4%	3%	5%	4%
Zenuwachtigheid	6%	7%	3%	4%	6%	5%	5%	5%
Vermageren	2%	2%	1%	1%	3%	3%	5%	5%

Tabel 9: medicatiegebruik voor diverse klachten bij jongeren in Vlaanderen

Regelmatig worden we via de media geconfronteerd met problematisch middelengebruik bij jongeren, met de al dan niet gestage toename ervan en met de cumulerende nadelige gevolgen van dit probleem. De opvattingen in de *publieke opinie* omtrent middelengebruik weerspiegelen dit: druggebruik bij jongeren komt op de tweede plaats op de lijst van meest aangehaalde problemen bij de Vlaamse bevolking¹⁰. Het feit dat 30% van de oproepen bij de Druglijn komen van ouders, bezorgd omtrent middelengebruik, ondersteunt die vaststelling.¹¹

2.2.2 Gokken

De Werkgroep Gokverslaving liet in 2000 een enquête uitvoeren bij een steekproef van 5.131 jongeren tussen 12 en 18 jaar. Ongeveer 58% gaf aan wel eens aan een kans- of gokspel deel te nemen. Het meest frequent werden slotmachines, spelen van de Nationale Loterij en

¹⁰ Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Planning en Statistiek: *Vlaamse Regionale Indicatoren 2000*, pg. 24.

¹¹ Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen: *Druglijn, jaarverslag 2001*, pg. 29-32.

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Planning en Statistiek: *Vlaamse Regionale Indicatoren 2001*, pg. 103-105.

bingotoestellen vermeld. Het maximumbedrag dat op een dag wordt verspeeld, bedraagt bij 24% van de spelers 25 euro of meer. Drie procent heeft ooit meer dan 250 euro op een dag verspeeld. Veertig procent van de spelers bevestigt dat zij soms, om verlies van de dag voordien te recupereren, 's anderendaags opnieuw speelt.

Ook de VAD peilt in haar enquêtes in het kader van een drugbeleid op school naar gokgedrag bij jongeren. Uit die bevraging blijkt dat *gokken vooral een jongenszaak* is. Significant meer jongens dan meisjes namen ooit deel aan elk van de vier bevraagde gokvormen. Jongens spelen bovendien vaker.

	Nooit	Occasioneel (<1 x/week)	Regelmatig (>= 1x/week)
Gokautomaten	80,0	16,3	3,7
Wedden voor geld	71,1	26,8	2,1
Kaarten voor geld	87,4	11,1	1,5
Spelen Nationale Loterij	70,6	25,3	4,2

Tabel 10: gokgedrag bij Vlaamse jongeren van 12 tot 18 jaar (%)¹²

¹² VAD: Resultaten van de leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school 2000-2001.

3 De impact van middelengebruik op de volksgezondheid

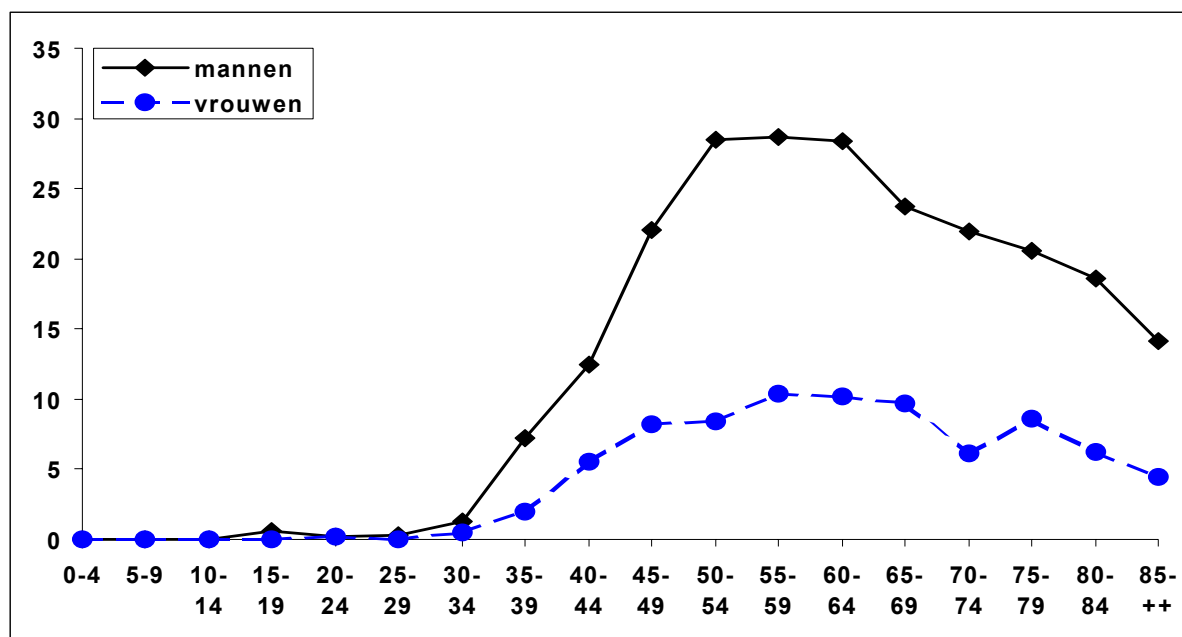
Middelengebruik heeft een impact op diverse levensterreinen: op arbeidsprestaties, op gedrag in het verkeer, op het welzijn en de gezondheid van betrokkenen. De nadelige effecten van middelengebruik zijn op al deze levensterreinen significant. Gezondheidsschade is evenwel meer meetbaar dan schade op de meeste andere terreinen. In wat volgt focussen wij ons daarom op gezondheidsschade en leggen wij de link naar verkeersslachtoffers.

3.1 Alcohol

Alcohol wordt aanzien als het grootste probleem in het kader van problematisch middelengebruik. Toch bestaat er geen algemene, internationaal aanvaarde indicator die met *overmatig alcoholgebruik* gerelateerde morbiditeit of mortaliteit samenvat. Het feit dat overmatig alcoholgebruik een negatief effect heeft op verschillende aspecten van de gezondheid en bijgevolg in een groot aantal ziektebeelden en doodsoorzaken een rol speelt is hieraan wellicht niet vreemd.

In het jaar 2000 stierven er in Vlaanderen 449 personen aan een direct met alcohol gerelateerde oorzaak¹³, 69% onder hen waren mannen. Zowel bij mannen als bij vrouwen situeert ongeveer 2/3 van deze sterfte zich in de leeftijdsgroep 45-69 jaar. Geaggregeerd over de driejaarsperiode 1998-2000 maakt de *direct met alcohol gerelateerde sterfte* bij mannen 1,2% van de totale sterfte uit en bij vrouwen 0,5%. De hoogste proportionele sterfte wordt waargenomen bij veertigers: respectievelijk 6,8% en 4,2% van de sterfgevallen in die leeftijdsgroep is direct met overmatig alcoholgebruik gerelateerd.

¹³ Oorspronkelijke doodsoorzaak (ICD(International Classification of Diseases)-10) = alcoholische pseudo-Cushing (E24.4), psychische stoornis of gedragsstoornis door alcohol (F10), alcoholische degeneratie van het zenuwstelsel (G31.2), alcoholgeïnduceerde epilepsie (G40.5), alcoholische polyneuropathie (G62.1), alcoholische cardiomyopathie (I42.6), slokdarmvarices (I85, I98.2), alcoholische gastritis (K29.2), alcoholische leverziekte (K70), chronische alcoholische pancreatitis (K86.0), foetale gevolgen van alcoholgebruik door de moeder (P04.3), foetaal alcoholyndroom (Q86.0), accidentele alcoholintoxicatie (X45), zelfmoord primair met alcohol (X65), alcoholintoxicatie met niet gekende intentie (Y15) en alcoholbetrokkenheid bij overlijden (Y90-Y91).



Figuur 2: leeftijdsspecifieke sterfte door direct met overmatig alcoholgebruik gerelateerde oorzaken (Vlaams Gewest 1998-2000).

De direct met overmatig alcoholgebruik gerelateerde sterfte kan goed worden samengevat aan de hand van 2 *ziektebeelden* die in beide geslachten 90% van deze sterfte dekken: alcoholisch leverlijden (mannen 64%, vrouwen 69%) en door alcohol geïnduceerde psychische stoornissen (mannen 26%, vrouwen 21%).

Vanzelfsprekend tonen sterftecijfers slechts het topje van de ijsberg van de alcoholproblematiek. Afhankelijkheid van alcohol is bij mannen de belangrijkste oorzaak van verlies van “gezonde” levensjaren door ziekte, invaliditeit of voortijdig sterven (18% van de DALYs¹⁴). Bij vrouwen is het de derde belangrijkste oorzaak (7,4% van de DALYs), na algemene beperkingen in de dagelijkse activiteiten en reuma.

Alcohol is het meest geregistreerde product bij personen met middelengerelateerde problemen in de hulpverlening. De *gespecialiseerde drughulpverlening*¹⁵ zag in 1999 7.578 personen met een alcoholprobleem. Dat is bijna de helft (49%) van de cliënten die door deze instellingen werden begeleid. Voor 88% onder hen was alcohol tevens het voornaamste product waarvoor ze in behandeling waren.

Blijkens de Gezondheidsenquête 2001 kan 5% van de alcoholgebruikende Vlamingen (15 jaar of ouder) aanzien worden als *mogelijk problematische gebruiker*¹⁶. In beide geslachten is de

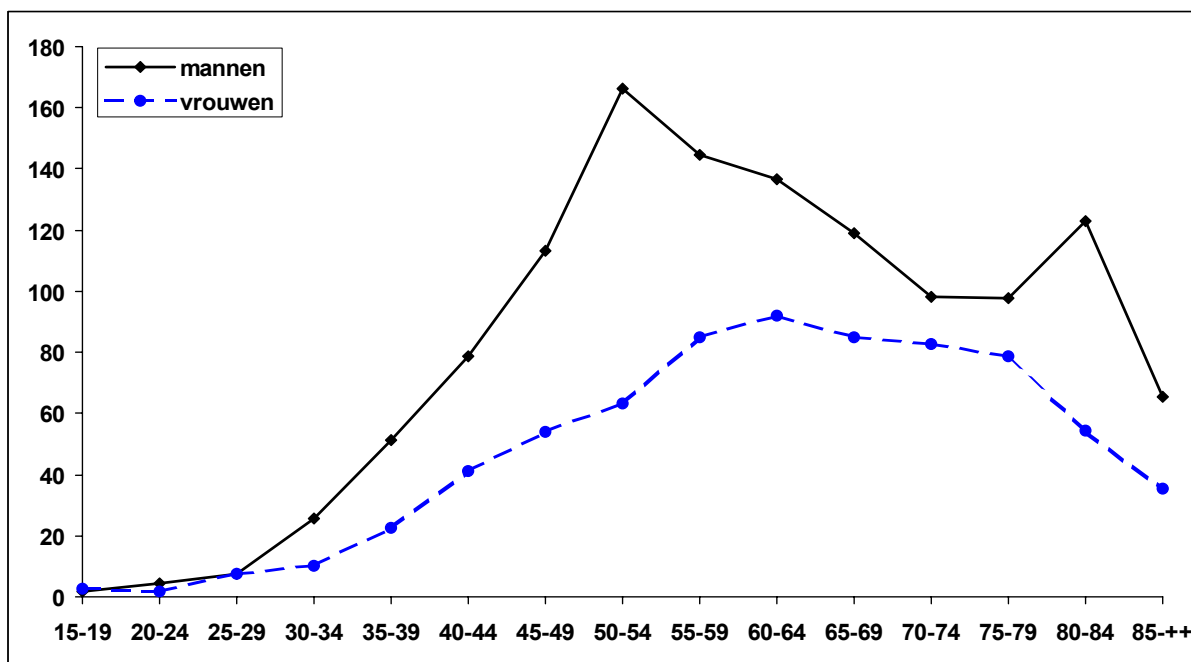
¹⁴ DALYs: Disability-adjusted life years

¹⁵ Aan de registratie van 1999 participeerden de PZ-PAAZ, de therapeutische gemeenschappen, de crisisinterventiecentra, de dagcentra, centra geestelijke gezondheidszorg en het straathoekwerk.

¹⁶ Voor deze indicator werden 4 vragen van het CAGE-instrument gebruikt. Wanneer minstens 2 vragen positief worden beantwoord, duidt dit op het bestaan van mogelijke alcoholverslaving.

proportie problematische gebruikers het grootst in de leeftijdsgroep 55-64 jaar: mannen 13% en vrouwen 5%.

In het jaar 1998 werden bij inwoners van het Vlaams Gewest (15 jaar of ouder) 2.925 ziekenhuisopnamen omwille van chronisch leverlijden genoteerd. De leeftijdsspecifieke incidentie is bij mannen het hoogst in de leeftijdsgroep 50-54 jaar (166 per 100.000 inwoners), bij vrouwen in de groep 60-64 jaar (92 per 100.000).



Figuur 3: leeftijdsspecifieke hospitalisatiegraad omwille van chronische leverziekten (Vlaams Gewest, 1998, per 100.000 inwoners)

Alcohol speelt een belangrijke rol in *verkeersongevallen en de medische gevolgen* daarvan. Bij de “Belgian Toxicology and Trauma Study”¹⁷ bleek dat van alle voertuigbestuurders (fiets of motorvoertuig, 14 jaar of ouder) die na een ongeval opgenomen werden in een spoedgevallendienst, er 29% een bloedalcoholgehalte vertoonde dat de wettelijke limiet van 0,5 promille overschreed. Tweederden daarvan vertoonden een bloedalcoholgehalte van meer dan 1,5 promille. Het risico op ernstige letsels (injury severity score > 16) lag in deze laatste groep 50% hoger dan bij bestuurders die binnen de wettelijke limiet bleven en hun risico op een slechte prognose (ASCOT¹⁸ survival probability <50%) was 4 keer hoger. In diezelfde studie vertoonde 16% van de mannen en 5% van de vrouwen een bloedspiegel van carbohydraat-deficiënt-transferrine die suggestief was voor chronisch alcoholmisbruik¹⁹. De prevalentie was het hoogst in de leeftijdsgroep 40-44 jaar (24%), maar zelfs in de jongste

¹⁷ Meulemans, Hooft & Van Camp: Report of the Belgian Toxicology and Trauma Study 1995-1996, 1996

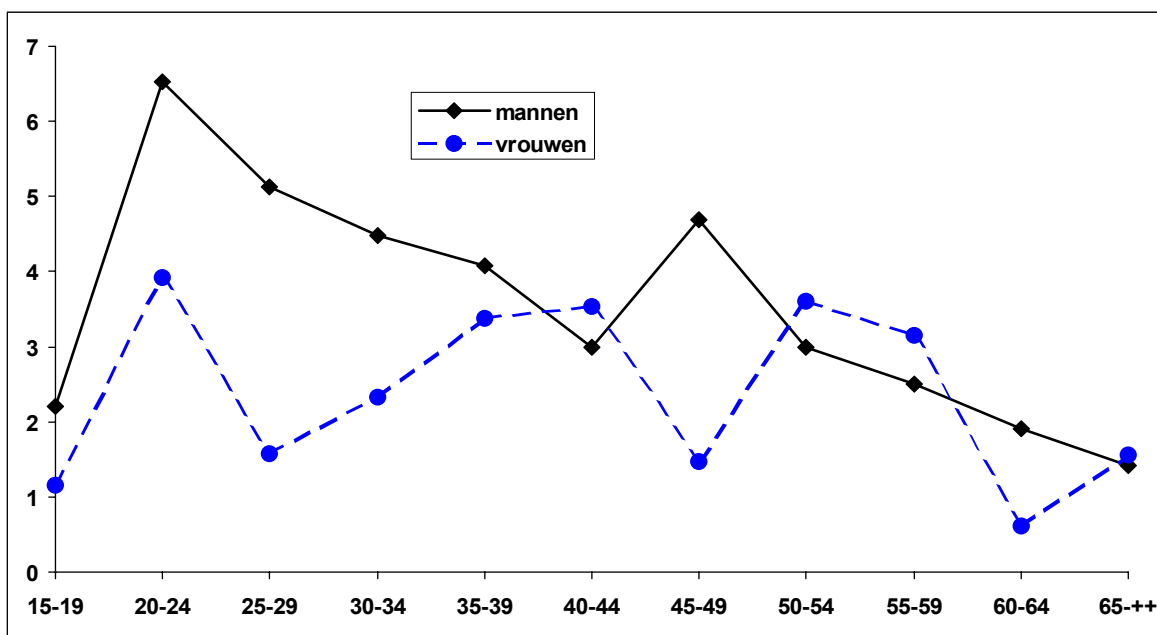
¹⁸ ASCOT (A Severity Characterisation of Trauma) is een schaal, gebaseerd op diverse scoringssystemen en variabelen, waarmee de ernst van trauma's gemeten kan worden.

¹⁹ CDT bloedspiegels boven 20 E/l bij mannen en 26 E/l bij vrouwen zijn zeer suggestief voor langdurig buitenmatig alcoholgebruik (het equivalent van een fles wijn per dag gedurende tenminste een week).

groep van 14-19 jaar vertoonde 7% een CDT-spiegel die suggestief was voor chronisch excessief drinken.

3.2 Drugs en geneesmiddelen

In het jaar 2000 stierven in Vlaanderen 140 personen als gevolg van middelengerelateerde oorzaken²⁰, inclusief intoxicaties met geneesmiddelen (3,4 per 100.000 mannen en 2,3 per 100.000 vrouwen). Deze sterfte treft vooral jonge mensen: de piek van leeftijdsspecifieke sterfte ligt op 20-24-jarige leeftijd.



Figuur 4: direct met middelengebruik gerelateerde sterfte naar leeftijd (Vlaams Gewest 2000, per 100.000 inwoners)

De meeste sterfgevallen betreffen het gelijktijdig gebruik van meerdere middelen (2 op 3 van de 'drugsdoden'). Zelfmoord is de belangrijkste groep binnen de sterfte door middelengebruik: bij vrouwen 84% (49 op 58) en bij mannen 55% (45 op 82). Zelfmoord buiten beschouwing gelaten, is het aantal verloren potentiële levensjaren dat toe te schrijven is aan middelengebruik gering: bij mannen 0,6 jaren per 1.000 persoonsjaren (0,5% van het totaal) en bij vrouwen 0,16 (0,2% van het totaal).

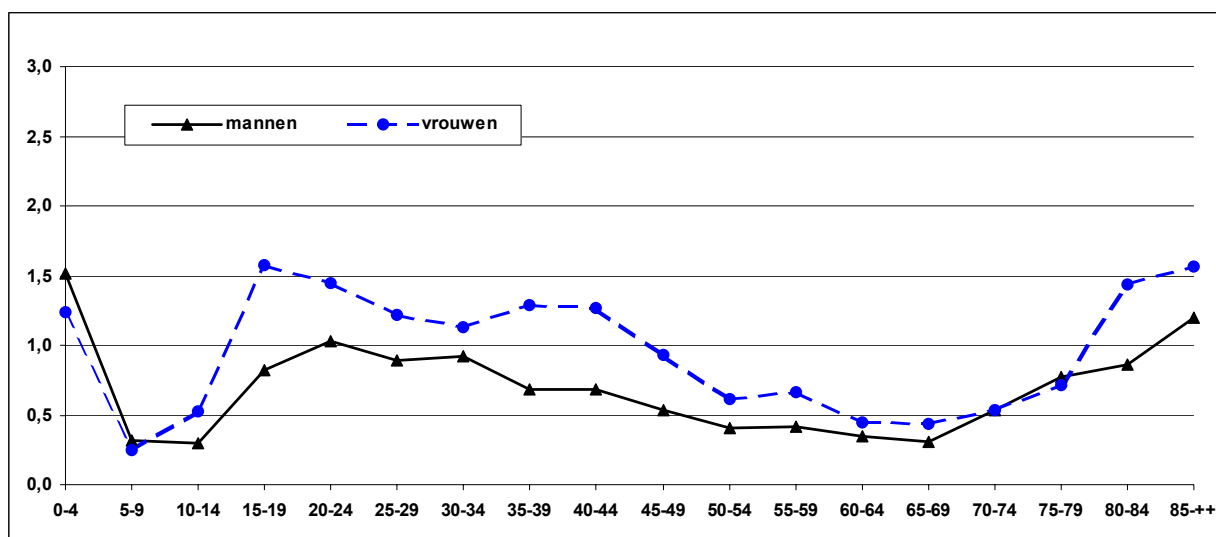
In de Belgian Toxicology and Trauma Study werden bij de na een ongeval in het ziekenhuis opgenomen voertuigbestuurders (fiets of motorvoertuig, 14 jaar of ouder) ook toxicologische

²⁰ Direct met middelen gerelateerde oorzaken = psychose en verslaving (F11-F19), accidentele intoxicatie (X41-X44, X4. met T42.3-7 of T43.6-9), zelfmoord (X61-X64, X6. met T42.3-7 of T43.6-9), intoxicatie met ongekende intentie (Y11-Y14, Y1. met T42.3-7 of T43.6-9).

analyses uitgevoerd met betrekking tot medicatie en drugs. Negentien procent werd positief bevonden voor één of meerdere producten. De prevalentie van benzodiazepines, barbituraten, medische opiaten neemt toe met de leeftijd, terwijl amfetamines, cannabis en cocaïne vooral bij jongere bestuurders werden aangetroffen. Bij 14-17 jarigen werden sporen van cannabis teruggevonden bij nagenoeg 9% van de ongevalsslachtoffers, bij de 18-24 jarigen bij 12%. Voor alle onderzochte producten was het risico op ernstige letsels bij de ‘positieven’ duidelijk verhoogd, evenals het risico op een slechte prognose.

	Prevalentie (%)
Benzodiazepines	8,5
Opiaten	7,5
<i>Waarvan medisch</i>	5,5
<i>Waarvan niet-medisch</i>	2,0
Cannabis	6,0
Amfetamines	3,0
Barbituraten	1,3
Cocaïne	0,7
Methadon	0,4

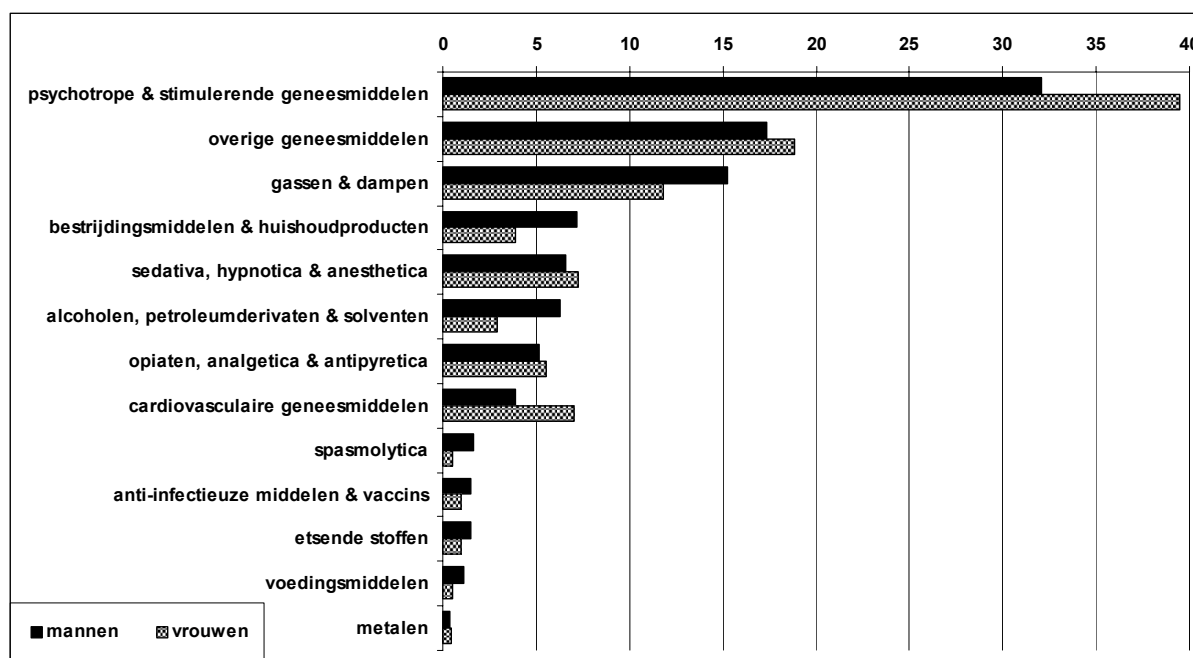
Tabel 11: prevalentie van toxicologisch positieve stalen bij voertuigbestuurders-slachtoffers van een verkeersongeval



Figuur 5: leeftijdsspecifiek hospitalisatierisico omwille van intoxicatie (Vlaams Gewest, 1998, per 1000 inwoners)

Uit de Minimale Klinische Gegevens kan worden afgeleid dat in 1998 bij inwoners van het Vlaams Gewest 4.817 opnamen in algemene ziekenhuizen plaatsvonden omwille van een intoxicatie (0,3% van het totaal aantal opnamen). Het hospitalisatierisico is bij vrouwen in alle

leeftijdsgroepen groter dan voor mannen, behalve bij jonge kinderen en 70-79-jarigen. De curve wordt bij volwassenen in grote mate bepaald door zelfmoord(pogingen) en intoxicaties met ongekende intentie.



Figuur 6: procentuele verdeling van de hoofdreden (hoofddiagnose) van hospitalisatie omwille van intoxicatie (Vlaams Gewest, 1998)

Bovenstaande figuur geeft een beeld van de (belangrijkste) stoffen die ten grondslag liggen aan hospitalisaties omwille van intoxicatie. De hoofdmoot wordt gevormd door *psychotrope en stimulerende middelen* (antidepressiva, tranquilizers, analeptica, hallucinogenen), die bij mannen 32% van de hospitalisatieredenen uitmaken en bij vrouwen 39,5%. Deze groep wordt op ruime afstand gevolgd door *slaapmiddelen en sedativa*, met 6,6% bij mannen en 7,2% bij vrouwen. De verdeling moet evenwel met voorzichtigheid worden benaderd, zeker wat het aandeel van alcohol betreft. De ICD-9 classificatie die voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens wordt gebruikt, brengt immers niet alle intoxicaties onder in de groep “traumatische letsels en intoxicaties” (codes 800-999). Hospitalisaties omwille van drugmisbruik zonder afhankelijkheid, farmacodependentie, alcoholisme en dronkenschap moeten normalerwijze worden geregistreerd bij de mentale stoornissen (codes 303-305).

3.3 Tabak

Roken heeft een nadelige impact op de gezondheid. In het jaar 2000 waren niet minder dan 8.981 *sterfgevallen* bij Vlamingen van 35 jaar of ouder toe te schrijven aan roken (30% van de sterfte door ziekte *bij mannen* van 35 of ouder en 4,4% *bij vrouwen*). Bij vrouwen is het aandeel van de aan roken toe te schrijven sterfgevallen in de totale sterfte door ziekten bij 35-plussers de voorbije 5 jaar toegenomen met 0,8 procentpunt, bij mannen afgenomen met 4,3 procentpunt.

	Sterfgevallen	Tabaksgerelateerd	Procentueel
Mannen			
<i>Longkanker</i>	2.976	2.778	93,3
<i>Aërodigestieve kanker</i>	621	419	67,4
<i>Andere kanker</i>	5.394	795	14,7
<i>COPD</i>	1.781	1.312	73,7
<i>Hart- en vaataandoeningen</i>	9.871	1.680	17,0
<i>Andere ziekten</i>	5.514	839	15,2
Totaal door ziekten	26.157	7.822	29,9
Vrouwen			
<i>Longkanker</i>	554	308	55,6
<i>Aërodigestieve kanker</i>	151	30	20,1
<i>Andere kanker</i>	5.691	51	0,9
<i>COPD</i>	821	318	38,7
<i>Hart- en vaataandoeningen</i>	11.486	216	1,9
<i>Andere ziekten</i>	7.646	236	3,1
Totaal door ziekten	26.349	1.159	4,4

Tabel 12: tabaksgerelateerde sterfgevallen²¹ (Vlaams Gewest, 2000)

²¹ Voor definitie van tabaksgerelateerde sterfte, zie Gezondheidsindicatoren 2000, p. 41.

4 De Vlaamse Gemeenschap: preventieaanbod middelengebruik vandaag

4.1 Preventieaanbod vandaag

4.1.1 Uitgangspunten gehanteerd door de sector middelenpreventie

De sector maakt geen onderscheid tussen legale of illegale drugs. Het *voorkomen van gezondheidsschade* veroorzaakt door alcohol, tabak, psychoactieve geneesmiddelen, illegale drugs of gokken is de centrale doelstelling. Het onderscheid tussen legale of illegale drugs is hierbij secundair.

De sector middelenpreventie kiest voor een *inclusief beleid*. Dit beleid krijgt gestalte door *preventiewerkers* die over heel Vlaanderen worden ingezet. Zij richten zich niet rechtstreeks tot de bevolking maar werken via sleutelfiguren (intermediairen) in verschillende maatschappelijke sectoren. Deze *sleutelfiguren* functioneren als brug naar de doelgroep, zij staan garant voor een structurele inbedding en maken continuïteit mogelijk. De betrokken sectoren (onderwijs, vrijetijdssector, bedrijven, gezondheidssector, politie, justitie, ...) dragen op die manier bij tot de implementatie van het preventiebeleid.

Voor deze inclusieve aanpak worden in en door de sector een aantal werkingsbeginselen gehanteerd. Er wordt tegelijk *persoons-, omgevings- en middelengericht* gewerkt. Hierbij krijgen niet alleen middelen en de gevolgen van gebruik aandacht, maar gaan ook inspanningen naar draagkrachtverhoging (onder andere door het aanleren van sociale vaardigheden) en draaglastvermindering (via het werken aan omgevingsfactoren) van individuen en groepen. Bij voorkeur wordt gestreefd naar een *intersectorale aanpak* doorheen *alle maatschappelijke sectoren*. Lokale samenwerking en afstemming staan hierbij centraal. *Continuïteit* vormt de leidraad. Continue aandacht is nodig voor de verschillende ontstaansfactoren van problematisch gedrag. Duurzame gedragsverandering en een ondersteunende omgeving kunnen slechts op *lange termijn* gerealiseerd worden. Via *participatief* werken wordt de steun van alle lokale partners nagestreefd om het preventiebeleid af te stemmen op concrete noden en problemen. Een beleid op maat, waarin oplossingen worden geboden, vormt de basis voor een efficiënt en effectief beleid. Participatie van de lokale partners en de lokale bevolking is van essentieel belang voor het welslagen van preventie.

4.1.2 Aanbod en initiatieven vandaag

4.1.2.1 Achtergrond

Het Vlaams regeerakkoord stelt dat “Er wordt gestreefd naar een gecoördineerd geheel van projecten, dat gebaseerd is op duidelijke en haalbare doelstellingen en methodes. Een coherent preventiebeleid wordt onder meer gerealiseerd door een betere intersectorale afstemming en coördinatie van sectoroverschrijdende thematieken.”²² In deze optiek past een integraal preventiebeleid van middelengebruik. Deze aanpak wordt gerealiseerd onder impuls van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen. Binnen andere

²² Een regering voor de Vlamingen, juli 1999, pg.25-26.

bevoegdheidsdomeinen (onderwijs, tewerkstelling, sport, vrije tijdsbesteding, jongeren, verkeer) staat middelenpreventie minder centraal. Toch gaat vooral onderwijs expliciete engagementen aan in deze materie.

4.1.2.2 Onderwijs

Via de *eindtermen en ontwikkelingsdoelen* legt de overheid aan het kleuter-, lager en secundair onderwijs doelen op inzake kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes. Deze worden als een maatschappelijk minimum beschouwd voor alle leerlingen, in alle scholen en opleidingsvormen kleuter-, lager en secundair onderwijs.

In het gewoon en in het buitengewoon secundair onderwijs zijn de verwachtingen inzake drugspreventie opgenomen in de vakoverschrijdende eindtermen *gezondheidseducatie*. Verwacht wordt dat de leerlingen op het einde van de eerste graad van het secundair onderwijs inzake genots- (tabak, alcohol, drugs) en geneesmiddelen weten dat het gebruik van deze middelen gevolgen heeft op de eigen gezondheid, op de gezondheid van anderen, op sport- en leerprestaties en op iemands sociale relaties. Verwacht wordt dat zij eigen standpunten tegenover roken, alcohol- en druggebruik kunnen verantwoorden, dat zij geneesmiddelen op de juiste wijze gebruiken en dat zij zich hoeden voor zelfmedicatie.

In de tweede graad van het secundair onderwijs wordt verwacht dat de leerlingen de risico's bij gebruik van genots- en geneesmiddelen kunnen inschatten en dat ze assertief kunnen reageren in verschillende aanbodsituaties.

In de derde graad dient aandacht te gaan naar het misbruik van genots- en geneesmiddelen.

In het *decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's)* krijgen de CLB's zowel een algemeen preventieve opdracht toegewezen als een preventieve taak in het kader van preventieve gezondheidszorg en de begeleiding inzake het psychisch en sociaal functioneren van leerlingen.

Het onderwijstijdschrift *Klasse* besteedt zowel in de edities voor leerkrachten, leerlingen als voor ouders regelmatig aandacht aan drugspreventie. Daarbij wordt steeds gefocust op een deelaspect (softdrugs, drugs op school, dealen, ...) en krijgen projecten, methodieken en trends de nodige aandacht.

Canon, de cultuurcel van het departement onderwijs, geeft in *Dynamo 2* projectondersteuning en stimuleert samenwerking met organisaties bij de realisatie van schoolprojecten. Voor het thema drugpreventie verwijzen zij naar verschillende verenigingen die aan scholen vormingspakketten aanbieden zoals de Centra voor Algemeen Welzijnswerk, de vzw De Kiem, De Sleutel en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. Deze verenigingen werkten verschillende methodieken uit voor zowel leerlingen als leerkrachten in alle mogelijke onderwijstypes en -vormen.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) werkte in het begin van de jaren 90 het concept 'Een drugbeleid op school (DOS)' uit als antwoord op het zich steeds uitbreidend druggebruik in onze samenleving. De school vormt, als één van de belangrijkste leefomgevingen van jongeren, een aangewezen setting om jongeren te sensibiliseren, te informeren en vaardigheden bij te brengen in het omgaan met alcohol en drugs. Vanuit dit besef tonen meer en meer scholen interesse voor de idee van een drugbeleid op school.

4.1.2.3 Werkgelegenheid

Het werkgelegenheidsbeleid is gericht op het creëren van duurzame werkgelegenheid voor iedereen. Daarbij gaat specifieke aandacht naar *bevolkingsgroepen die ondervertegenwoordigd* zijn op de Vlaamse arbeidsmarkt.

Dit diversiteitbeleid kent een verschuiving van een zogenaamd ‘categoriaal’ doelgroepenbeleid naar een geïntegreerd beleid voor verschillende kansengroepen. (Ex)verslaafden zijn mee opgenomen in deze geïntegreerde en inclusieve aanpak.

De Sleutel heeft eigen werkgelegenheidsprojecten, specifiek gericht op de reïntegratie van verslaafden en ex-verslaafden. Met haar dagcentrum richt de Sleutel zich naar beginnende druggebruikers en drugverslaafden. Met haar sociale werkplaats mikt de Sleutel voornamelijk op ex-verslaafden die bij haar in behandeling geweest zijn.

Deze en andere initiatieven en maatregelen beogen in de eerste plaats de (re)integratie van (ex)verslaafden. Het hebben van werk is immers belangrijk voor iemands sociale integratie, het biedt diverse ontplooiingskansen en biedt preventieve kansen t.a.v. middelengebruik.

4.1.2.4 Verkeer

In opdracht van de Vlaamse Gemeenschap biedt het *Steunpunt Verkeersveiligheid bij Stijgende Mobiliteit*, door fundamenteel onderzoek, het beleid ondersteuning om de groeiende verkeersonveiligheid het hoofd te bieden. De invloed van alcohol en drugs op het verkeer vormt een van de onderzochte domeinen. Vanuit dit onderzoek worden preventie- en andere aanbevelingen geformuleerd voor het Vlaams verkeersveiligheidsbeleid.

De Vlaamse Stichting Verkeerskunde heeft in het verleden publicaties en lespakketten voor het secundair onderwijs gemaakt waarin gewaarschuwd wordt voor de gevaren van alcohol in het verkeer.

4.1.2.5 Welzijn en Gezondheid

4.1.2.5.1 Initiatieven inzake tabakspreventie

Gezondheidsdoelstellingen zijn een belangrijk instrument voor het Vlaams gezondheidsbeleid. Het betreft doelstellingen t.a.v. tabaksverbruik, gezonde voeding, bewegen, borstkankerscreening en de vermindering van het aantal infectieziekten. Op dit ogenblik worden de vijf bestaande gezondheidsdoelstellingen geactualiseerd.

Concreet is in 1997 de doelstelling geformuleerd om voor eind 2002 het aantal rokers in Vlaanderen (vrouwen, mannen en zeker jongeren) met 10 % te laten dalen. Onderstaande organisaties zijn geëngageerd om deze doelstelling waar te maken.

Het *Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)* vervult op dit ogenblik op vlak van tabakspreventie de belangrijkste rol. Daarnaast werkt zij ook mee aan de gezondheidsdoelstellingen i.v.m. gezonde voeding en bewegen. Het VIG wordt door de Vlaamse overheid aangesproken om haar kennis en kunde aan te wenden voor:

- de *ontwikkeling van concepten, strategieën en instrumenten* inzake tabakspreventie en voor de ondersteuning van de implementatie ervan bij de professionelen uit de verschillende beleidsdomeinen (zoals onderwijs, arbeid, vrije tijd, gezondheid);
- *advies- en informatieverstrekking* naar professionelen en overheid;
- *kwaliteitsbeoordeling* van projecten inzake gezondheidsbevordering en preventie, georganiseerd door derden;
- *vorming* voor professionelen uit de beleidsdomeinen.

De opdracht van het VIG inzake tabakspreventie is geformuleerd in een meerjarig convenant. Daaraan is een jaarlijkse subsidie verbonden.

De 26 *LOGO's of Loco-regionale netwerken Gezondheidsoverleg en –Organisatie* staan in voor de *realisatie van de vijf gezondheidsdoelstellingen* en de *gezondheidsbevordering op lokaal niveau*. Zij verspreiden informatie naar de lokale bevolking, zetten zelf preventieactiviteiten op in functie van de gezondheidsdoelstellingen en trachten lokale actoren (zoals huisartsen, CLB's, leerkrachten, ...) te sensibiliseren voor samenwerking op lokaal vlak. De Vlaamse overheid werkt met elk LOGO samen op basis van een convenant.

De *Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK)* verzorgt de *communicatie* met de brede Vlaamse bevolking en met bijzondere doelgroepen omtrent de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen die *kankergelateerd* zijn (zoals roken). De tweejaarlijkse Kom Op Tegen Kanker-campagne staat telkens in het teken van één van de gezondheidsdoelstellingen. Roken kwam enkele jaren geleden reeds aan bod. Met de VLK is een meerjarig convenant afgesloten.

Met de *Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH)* is de samenwerking structureel verankerd op basis van een meerjarige convenant. Deze organisatie ontwikkelt algemeen toepasbare aanbevelingen en werkmodellen voor Vlaamse huisartsen, onder meer omtrent de Vlaamse gezondheidsdoelstelling rond roken.

De Diensten Gezondheidsvoorlichting en –Opvoeding van de vier *mutualistische landsbonden* (christelijke, socialistische, liberale en onafhankelijke landsbond) behartigen de gezondheidsbevordering of een deelaspect ervan op Vlaams niveau. Zij geven informatie en advies aan hun leden omtrent de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

4.1.2.5.2 Andere middelen

✓ Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen is een belangrijke partner voor de Vlaamse overheid bij de uitwerking van haar preventiebeleid t.a.v. alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Zij is zowat het Vlaams aanspreekpunt in deze problematiek. Recent sloot de Vlaamse Gemeenschap een nieuw convenant af met de VAD.

De belangrijkste bepalingen van dit convenant zijn:

1. De VAD *ondersteunt en stimuleert deskundigheid aangaande preventie van middelengebruik*. Zij verleent advies, informatie en vorming aan hulpverleners, preventiewerkers, intermediairen en aan het brede publiek. Ook de overheid en de media

kunnen een beroep doen op haar deskundigheid. Daarnaast probeert de VAD bestaande initiatieven van deskundigheidsbevordering op elkaar af te stemmen.

2. De VAD ontwikkelt *wetenschappelijk onderbouwde concepten, methodieken en werkinstrumenten* in functie van preventie van middelengebruik. Zij staat tevens in voor de promotie en de implementatie van deze concepten, methodieken en werkinstrumenten.

3. De VAD *operationaliseert* de preventie van middelengebruik. Samen met intermediairen, preventiewerkers en hulpverleners uit de alcohol- en drugsector creëert zij een zo breed mogelijk maatschappelijk draagvlak voor dit Vlaams preventieconcept. Zij kan daarbij een beroep doen op zowel de algemene als de sectorale media.

4. De VAD bevordert de *afstemming tussen preventie en hulpverlening* zowel op lokaal als op Vlaams niveau. Op Vlaams niveau houdt dat ook de ondersteuning in van de preventiewerkers binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Het convenant is afgesloten voor een periode van vier jaar (van 1 januari 2002 en tot 31 december 2005). Jaarlijkse evaluatie op basis van vooraf bepaalde indicatoren is voorzien.

De VAD werkt hiervoor op het terrein samen met heel uiteenlopende organisaties zoals buurt- en opbouwwerk, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk en voorzieningen binnen de Bijzondere Jeugdbijstand.

✓ Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Sinds 1988 werken, over de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg verspreid, 10 preventiewerkers. Vorig jaar is aan elk CGG, waar reeds een preventiewerker actief was, een extra preventiewerker toegevoegd. Daarmee is het aantal preventiewerkers binnen de CGG in 2002 van 10 naar 20 verdubbeld.

Deze medewerkers geven vanuit de CGG -als tweedelijnsdiensten, samen met anderen- uitvoering aan het Vlaamse preventiebeleid rond middelengebruik. Het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van mei 1999 wijst de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) aan als ondersteunende dienst voor de CGG, ‘teneinde de effectiviteit, uniformiteit en professionaliteit van de aanpak van de drugproblematiek te vrijwaren’.

Deze preventiewerkers staan in voor de *ondersteuning van sleutelfiguren in andere sectoren*. Zij worden hierbij gestuurd en ondersteund vanuit de VAD. Zij *ondersteunen netwerkvorming* (netwerken van preventiewerkers en hulpverleners zijn nodig om binnen een regionaal aanbod diensten op elkaar af te stemmen, krachten te bundelen en om dit globaal aanbod te verfijnen).²³

✓ Bijzondere Jeugdbijstand

De regionale (provinciale) buitendiensten van de Afdeling Bijzondere Jeugdbijstand zijn in Limburg en Antwerpen betrokken bij stedelijke en provinciale preventie-initiatieven inzake drugs.

²³ Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg: Decreet Geestelijke Gezondheidszorg, 18 mei 1999, Art. 9., Belgisch Staatsblad, 17 juli 1999.

Samen met de VAD is in enkele voorzieningen *een draaiboek* uitgewerkt voor de aanpak van drugs- en alcoholproblemen. Die draaiboeken geven duidelijk aan wat (niet) kan binnen de voorziening en welke consequenties verbonden zijn aan overtredingen. Door hun expliciete regelgeving en het bespreekbaar stellen van mogelijke drugsproblemen hebben deze draaiboeken een grote preventieve waarde. In een aantal voorzieningen zoals de gemeenschapsinstellingen “De Kempen” in Mol en “De Zande” in Ruiselede en Beernem kan je gerust spreken van een heus (preventief) drugbeleid met naast opsporing en testing, interne regelgeving en sanctionering, informatieverstrekking en duiding ook de mogelijkheid tot therapeutische opvang binnen de voorziening en doorverwijzing naar hulpverlening na ontslag uit de voorziening.

✓ Centra voor Algemeen Welzijnswerk

De *Centra voor Algemeen Welzijnswerk* (CAW) ontplooiën een hele waaier aan activiteiten. Zij worden door verschillende overheden gesubsidieerd. De federale overheid stelt, in het kader van de veiligheids- en preventiecontracten, middelen ter beschikking van de gemeenten. De gemeenten gebruiken dit geld om mensen te detacheren naar de CAW. In de praktijk worden deze middelen vaak aangewend om (vooral jongere) druggebruikers de weg naar meer reguliere hulpverlening te wijzen. Geprobeerd wordt om beginnend, experimenteel en recreatief gebruik niet te laten verworden tot regulier druggebruik.

Daarnaast fungeert het *Justitieel Welzijnswerk* (als onderdeel van een CAW) in verschillende gevangenissen als motor van preventie-initiatieven voor gedetineerden met verslavingsproblemen. Gedetineerden worden er geïnformeerd omtrent hulpverlening en ontwenningmogelijkheden na hun invrijheidsstelling. Op die manier worden herval en verdere schade voorkomen.

✓ Spuitenverdeling en -ruil

Realiteitszin leert ons dat een aantal druggebruikers hun levensstijl nauwelijks verandert. Vanuit een ‘harm reduction’ doelstelling worden strategieën ontwikkeld die erop gericht zijn *persisterend druggebruik zo veilig mogelijk* te maken. Specifieke aandacht gaat hierbij naar *injecterende druggebruikers*. Zij vormen een zeer riskante groep van gebruikers met grote gezondheidsrisico’s voor zichzelf maar ook, bijvoorbeeld door rondslingerende spuiten en naalden, voor anderen. Zo leert het HIV-register van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid dat in het jaar 2000 2,2% van de aangegeven nieuwe gevallen van HIV-infectie betrekking had op personen met een anamnese van *intraveneus druggebruik*. Tien jaar eerder bedroeg deze proportie zelfs 5%.

	Nieuwe gevallen HIV	IVD-man	IVD-vrouw	% IVD/HIV
1990	810	35	6	5,1
1991	803	26	12	4,7
1992	977	29	8	3,8
1993	943	29	2	3,3
1994	802	31	7	4,7
1995	765	10	5	2,0
1996	717	10	4	2,0
1997	690	12	6	2,6
1998	750	7	4	1,5
1999	796	7	5	1,5
2000	922	16	4	2,2

Tabel 13: evolutie van het aantal nieuwe gevallen van HIV in relatie tot een anamnese van intraveneus druggebruik (IVD)²⁴

Om intraveneuze druggebruikers beter te bereiken en om hen aan te moedigen tot gedragsverandering werd gezocht naar nieuwe methodieken. Het project ‘spuitenverdeling en -ruil in Vlaanderen’ is daar een exponent van. Spuitenruilprogramma’s willen in de eerste plaats gezondheidsrisico's, die verbonden zijn met het spuiten, verminderen door *steriel injectiemateriaal* ter beschikking te stellen van gebruikers. Daartoe zijn recent *laagdrempelige distributiecentra* uitgebouwd. Deze centra functioneren tegelijkertijd als onthaal- en gespreksforum voor deze vaak *marginale druggebruikers*. Zo worden signalen en vragen naar hulpverlening vroegtijdig opgevangen en wordt gericht doorverwezen.

✓ Early Warning System

De samenleving moet tijdig geïnformeerd worden omtrent het op de markt brengen van nieuwe producten. Om die reden werkt Vlaanderen mee binnen een *Europees netwerk* dat haar leden informeert omtrent nieuwe producten en trends op de drugmarkt. Binnen dit Early Warning System (EWS) wordt informatie uit de praktijk op landelijk en Europees niveau verzameld en teruggekoppeld naar het werkveld. In Vlaanderen bestaat het EWS-netwerk uit 350 contactpersonen. Naast de VAD zijn deze gerecruteerd binnen o.a. eerstelijnsdiensten, spoedopnamediensten en belangengroepen voor drugsgebruikers. Het Early Warning System

²⁴ *Belgian Information Reitox Network: Belgian National Report on Drugs 2001*

laat tevens toe *informatie genuanceerd en op maat gesneden* te verspreiden. Dit systeem heeft reeds meermaals zijn nut bewezen.

4.1.2.5.3 Lokale en bovenlokale initiatieven

Op lokaal vlak zijn er *gemeenten* met een *lokaal alcohol- en drugoverleg*, met een voortrekker of gangmaker inzake drugpreventie of met een eigen preventiedienst. In 2000 waren er in Vlaanderen 148 dergelijke initiatieven werkzaam. Bijna alle preventiewerkers binnen deze initiatieven zijn gefinancierd met federale middelen. Verschillende van deze initiatieven hebben jammer genoeg een tijdelijk karakter.

Daarnaast waren er in 1999 48 *straathoekwerkers* werkzaam in 19 straathoekwerkprojecten. Straathoekwerkers richten zich tot restgroepen (niet of moeilijk bereikbare mensen). Drugs, alcohol en gokken zijn regelmatig weerkerende problemen bij deze bevolkingsgroep. Straathoekwerkers bouwen een vertrouwensrelatie op, stimuleren tot reflectie en afweging, motiveren voor verandering en ondersteunen hierbij. Er wordt een wijkgebonden netwerk gemobiliseerd dat op alle problemen reageert.

In het verleden waren vooral de *provincies* actief op een *bovenlokaal niveau*. De werking van de *provinciale preventieplatforms* werd de voorgaande jaren afgestemd op de sterk verschillende noden en behoeften per provincie. Daarnaast namen zij een coördinerende rol op zich en ondersteunden zij lokale en Vlaamse preventie-initiatieven.

4.2 Budgettaire inspanningen van de Vlaamse Gemeenschap

De Vlaamse Gemeenschap levert, over de verschillende bevoegdheidsterreinen verspreid, belangrijke preventie-inspanningen t.a.v. drugs en ander middelengebruik. Het is evenwel heel moeilijk daar een concreet budget aan te verbinden. Preventie-inspanningen t.a.v. drugs en andere middelen zitten meestal ingebed in een ruimere maatschappelijke opdracht. Dit geldt o.a. voor het preventiewerk van de Centra voor Leerlingenbegeleiding binnen onderwijs, voor het werk binnen de Welzijnssector (Centra Algemeen Welzijnswerk, Bijzondere Jeugdbijstand) en voor de inspanningen binnen een werkgelegenheidsbeleid. Omschrijven welke budgetten binnen deze onderscheiden departementen naar drugpreventie gaan is bijgevolg heel moeilijk. Voor gezondheidszorg is deze oefening gemaakt. Onderstaande tabel illustreert hoe, binnen gezondheidszorg, het budget tussen 1998 (2.714.000 euro) en 2002 (4.080.000 euro) met ongeveer de helft (1.366.000 euro) vermeerderd is.

	1998	1999	2000	2001	2002
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen	1.491.008	1.973.232	1.923.654	1.953.897	2.033.148
Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie	245.663	223.600	223.600	206.991	195.326
Projecten	223.723	104.115	/	/	/
Samenwerking drugpreventie en hulpverlening – provincies	148.736	/	/	/	/
Provinciale Preventieplatforms	223.104	170.427	309.867	309.867	/
Spuitenruil en –verdeling	/	/	272.683	272.683	272.683
LOGO's	/	527.594	614.166	656.000	695.594
Vlaamse Liga Tegen Kanker	/	54.537	54.537	54.537	52.000
Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen	/	24.789	25.026	25.026	31.483
Vier mutualistische landsbonden	19.832	19.832	19.832	19.832	19.832
Preventiewerkers binnen Centra Geestelijke Gezondheidszorg	361.866	373.058	386.988	401.438	780.262
TOTAAL	2.713.932	3.471.184	3.830.353	3.900.271	4.080.328

Tabel 14: budgettaire inspanningen van de Vlaamse Gemeenschap (in euro)

Achter deze budgettaire inspanningen schuilen twee beleidsopties. In vergelijking met 2001 is de toelage (VIG en VLK) enigszins verminderd in 2002. Met deze middelen zijn extra personeelsleden binnen de administratie aangeworven. Dit maakt het mogelijk meer beleidsvoorbereidend werk door de administratie uit te laten voeren. Al bij al is op vier jaar tijd een substantiële verhoging van het preventiebudget gerealiseerd. Het budget van 1998 (2,714mlj. euro) is in 2002 (4,080mlj. euro) met de helft (1,356mlj. euro) vermeerderd.

Een andere optie was om meer middelen te concentreren bij organisaties met ruime expertise

en om in hoofdzaak structureel te werken. Dit verklaart o.a. het verdwijnen van subsidies voor projecten en de blijvende subsidiestijging voor de VAD.

Het grote verschil in budget bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg tussen 2001 en 2002 (bijna een verdubbeling) is te wijten aan de verdubbeling van het aantal preventiewerkers binnen de CGG in 2002 (van 10 naar 20).

4.3 Vaststellingen vanuit de sector

De sector heeft ter voorbereiding van deze beleidsnota een werkdocument gemaakt. Daarin zijn een aantal vaststellingen geformuleerd. Zij worden hieronder bondig samengevat.

4.3.1 De Vlaamse bevolking

De sector neemt akte van de *grote bezorgdheid van de Vlaamse bevolking* rond druggebruik. Hij signaleert de massieve reacties bij de bevolking rond de aangekondigde wetswijziging inzake cannabisgebruik. De bezorgdheid van ouders t.a.v. illegale drugs wordt aangestipt terwijl de jongeren het risico minimaliseren.

De *media* berichten op een sensationele manier. Deze vorm van berichtgeving bemoeilijkt een genuanceerde aanpak en een open communicatie. Bovendien worden daardoor problemen die geassocieerd worden met illegaal druggebruik door jongeren overbelicht. De aandacht van politici en opvoeders wordt op dit probleemterrein gefocust. De sector, belast met preventiewerk, is hier niet gelukkig mee. Gezondheidsproblemen ten gevolge van alcohol en rijden onder invloed worden ondergewaardeerd.

4.3.2 Maatschappelijke sectoren

De preventiewerkers richten zich in hun werking naar een aantal maatschappelijke sectoren, met name de sectoren arbeid, gezondheid, onderwijs, welzijn, vrije tijd en cultuur, politie en justitie en overheidsinstanties op gemeenschaps-, lokaal en provinciaal niveau. Ook wordt ruimte vrijgemaakt voor intersectoraal overleg. Dit is belangrijk voor afstemming en gecoördineerde samenwerking.

Het leeuwenaandeel van de activiteiten van de registrerende preventiewerkers²⁵ zijn gericht op het *onderwijs*. Dankzij deze inspanningen hebben bijna de helft van de secundaire scholen één of andere vorm van drugbeleid. Ook de *gezondheids- en welzijnssector* zijn belangrijke partners voor de preventiewerkers. Binnen de gezondheidssector valt vooral het ruime aanbod op naar *huisartsen*, binnen de welzijnssector zijn vooral het *intersectoraal overleg* en het vormingsaanbod voor OCMW, Algemeen Welzijnswerk, bijzondere jeugdzorg en opbouwwerk belangrijk. De vrijetijdssector kent veel vertakkingen (horeca, sport, sociaal-culturele verenigingen, ongeorganiseerde vrijetijdsbesteding) met nogal wat alcohol- en druggebruik. Preventiewerkers besteden terecht ruime aandacht aan deze sector, hoofdzakelijk in het kader van het jeugdwerk. Uiteindelijk krijgt in meer en meer grote en middelgrote bedrijven een alcohol- en drugbeleid vorm.

²⁵ Dit zijn registrerende preventiewerkers uit de CGG, de VAD, een aantal C.L.B.'s, provinciale coördinatoren, lokale preventiewerkers, leefsleutels,...

5 Uitgangspunten voor beleidsbijsturing

5.1 Duidelijkheid in het beleid

De bevoegdheden op het vlak van middelenbeleid zijn versnipperd. Toch heeft de burger, en niet in het minst de jongeren onder hen, recht op een klare en duidelijke visie van de overheid - of beter: de overheden - op de manier waarop deze wil omgaan met middelen in de samenleving.

Daartoe moet in eerste instantie een maximale *consensus* gezocht worden tussen de verschillende bevoegde overheden. Het samenwerkingsakkoord (zie 7.4) dat daartoe werd afgesloten creëert alleszins het instrument om een structurele samenspraak tussen de verschillende beleidsverantwoordelijken en experts op te bouwen.

Deze samenspraak moet een *consistente en duidelijke* communicatie naar de bevolking mogelijk maken.

5.2 Gezondheid en welzijn

Deze beleidsnota gaat ondubbelzinnig uit van het principe dat ‘gezondheid en welzijn voor allen’ het na te streven maatschappelijk doel moet zijn. Dit impliceert het zoveel mogelijk elimineren of neutraliseren van risicofactoren voor ieders gezondheid en welzijn en iedereen in staat stellen om zoveel mogelijk gezondheids- en welzijnsbevorderende keuzen te maken. Met andere woorden, het middelenbeleid moet gericht zijn op het behalen van *gezondheids- en welzijns*winst voor iedereen.

Dat overmatig en excessief middelengebruik gezondheidsschade aanricht wordt aangetoond door de gegevens en bevindingen die worden voorgesteld in deel 2 en 3. Op termijn leidt dit in veruit de meeste gevallen ook tot schade op het vlak van welzijn. De effecten op de gezondheid zijn product- en dosisgebonden. Dat matig gebruik van welbepaalde middelen (alcohol) ook een gezondheidsbevorderend effect kan hebben, wordt meer en meer aangenomen en vergt dus nuancering in de standpuntbepaling.

5.3 Evidentie

Met deze beleidsnota willen wij uit polemische welles-nietes-discussies blijven. Daarom hechten wij er heel veel belang aan om stellingen en beleidslijnen te funderen op een *solide gegevensbasis*. Deze gegevens moeten worden geput uit de internationale wetenschappelijke literatuur of uit eigen Vlaams onderzoek dat de kwaliteitstoets heeft doorstaan en als dusdanig wordt erkend.

Deze beleidsnota heeft, met andere woorden, de ambitie om een aanzet te geven tot een *evidence-based* preventiebeleid inzake middelengebruik.

Dat de wetenschap nog vaak in het duister tast betreffende de kennis over verslavende middelen en de psychologische en biochemische processen die aan de grondslag liggen van

- al dan niet zelfdestructief - verslavingsgedrag is evenzeer een feit en noopt dus tot omzichtigheid en, waar nodig, het aangeven van het hypothetische karakter van bepaalde bevindingen.

5.4 Kosten-effectiviteit

Preventieve acties werden tot dusver in het algemeen te weinig geëvalueerd op hun effectiviteit en op de verhouding hiervan tot de kosten die zij vergen. Dat is niet anders inzake middelengebruik.

Evaluatie van bestaande programma's en, meer bepaald, het aftoetsen van het resultaat aan de kosten van het programma moeten ingebouwd worden in iedere beslissing die aanleiding geeft tot het aanwenden van schaarse gemeenschapsgelden met het oog op preventie van middelengebruik. De methodologische problemen die onmiskenbaar opduiken bij het meetbaar maken van zowel het beoogde als van het behaalde resultaat mogen geen voorwendsel zijn om de programma's niet aan een analyse op vlak van kosten-effectiviteit te onderwerpen.

5.5 Geloofwaardigheid

Wil de overheid haar geloofwaardigheid behouden dan moet zij *waakzaam omgaan* met voorstellen tot sponsoring vanuit industrietakken die gelinkt zijn aan de tabaks-, alcohol- en gokindustrie. Deze industrietakken kunnen niet lichtzinnig geaccepteerd worden als *financier* van onderzoeksprojecten of van preventiecampagnes. De overheid mag niet blind zijn voor het conflict tussen gezondheids- en welzijnszorg enerzijds en commerciële belangen anderzijds. Zoniet loopt zij het risico industrietakken met belangen in de middenindustrie, een forum te bieden voor hun commerciële belangen. Deze industrietakken engageren zich niet zonder eigenbelang in preventie. Internationaal onderzoek wijst uit dat grootse campagnes, met weinig of geen impact, hun voorkeur genieten.²⁶

Beleidsvoerders hebben bovendien, naast sportlui en andere bekende Vlamingen, een belangrijke individuele *voorbeeldfunctie*. Een preventiebeleid verliest haar geloofwaardigheid wanneer het gedrag van mediafiguren hiermee niet congruent is. Waarschuwen tegen de risico's van cannabis komt niet ernstig over wanneer iets later een toonaangevend mediafiguur het roken van cannabis bagatelliseert. Waarschuwingen tegen tabak en overmatig alcoholgebruik worden ongeloofwaardig wanneer deze producten achteraf rijkelijk geconsumeerd worden in soaps en andere T.V.-programma's.

²⁶ Norman Giesbrecht: *Science, Public Policy and the Alcohol Industry : Coalition Building, Diversion or Co-option*, 2002

5.6 Aliniëren op internationaal beleid

Op wereldvlak is de *Wereldgezondheidsorganisatie* de toonaangevende organisatie. Zij wil bijdragen tot een betere algemene gezondheid voor de ganse wereldbevolking. Het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde in 1999 een beleidskader voor Europa, "Health 21: health for all in the 21st century".²⁷

Doelstelling 12 betreft het verminderen van schade ten gevolge van middelengebruik en wordt als volgt omschreven: "Tegen het jaar 2015 moeten de negatieve effecten van het gebruik van verslavende middelen zoals tabak, alcohol en psychoactieve drugs op de gezondheid significant verminderd zijn in alle lidstaten. Meerbepaald:

- moet in alle landen het aandeel niet-rokers ten minste 80% van de +15-jarigen en bijna 100% van de -15-jarigen benaderen;
- mag in alle landen de per capita alcoholconsumptie het volume van 6 liter zuivere alcohol per jaar niet overschrijden en moet de alcoholconsumptie bij -15-jarigen vrijwel nihil zijn;
- moet in alle landen de prevalentie van illegaal middelengebruik met ten minste 25% en de mortaliteit met ten minste 50% verminderd worden".

De resoluties en aanbevelingen van de *Europese Unie* onderschrijven de doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie.²⁸ Binnen dit kader worden specifieke klemtonen gelegd op aspecten van het middelengebruik en bepaalde risicogroepen.

De Europese Unie benadrukt in het bijzonder het belang van:

1. *Informatie* : de globale drugbestrijdingstrategie van de EU moet steunen op een regelmatige beoordeling van de aard en de omvang van het druggebruik onder de bevolking en de gevolgen daarvan, alsmede op onderzoeksgegevens en ervaringen met eerdere programma's;
2. *Actie gericht op terugdringing van de vraag* : Uitgaande van vergelijkbare methoden van onderzoek en gegevensverzameling op communautair niveau zijn voor de EU twee hoofddoelstellingen vastgesteld die voor 2004 moeten worden geëvalueerd :
 - in 5 jaar tijd het gebruik van illegale drugs door jongeren tot 18 jaar sterk terugdringen ;
 - in 5 jaar tijd het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen sterk verlagen.

Vlaanderen vormt een kruispunt van personen en goederen in het hart van Europa. Als echte transitregio is een eenzellige aanpak van de middelenproblematiek bij voorbaat tot mislukking gedoemd. Daarom is het aliniëren van het Vlaams en federaal beleid op de internationale aanbevelingen zonder meer noodzakelijk.

²⁷ *Wereldgezondheidsorganisatie: Health 21: health for all in the 21st century, uitgave 1999.*

²⁸ *Europese Unie: Actieplan ter bestrijding van drugs 2000-2004, 1999*

6 Pijlers voor beleidsbijsturing

Er is nood aan een evenwichtig gebalanceerde aanpak van middelen en middelengerelateerde problemen. Diverse beleidsdomeinen zijn daarbij betrokken. Daarom is gekozen voor een heel ruime benadering, de eigen bevoegdheid overstijgend. Daarbij zijn vier pijlers weerhouden: preventie, hulpverlening, harm reduction en repressie. Een evenwichtige benadering, met oog voor deze vier pijlers, is noodzakelijk.

Hierbij is veel inspiratie gevonden in Zwitserland. Het Zwitsers beleid²⁹ wordt door de WHO geprezen omwille van zijn efficiëntie. Evaluatie door de Zwitserse overheid van het gevoerde beleid heeft bovendien aangetoond dat de evenwichtige combinatie van de vier pijlers niet alleen efficiënt maar ook heel kosteneffectief is.

Om een evenwichtige spreiding van inspanningen over de vier pijlers te realiseren zal, gezien de actuele bevoegdheidsverdelingen, onderhandeld moeten worden met andere beleidsniveaus. De Cel Gezondheidsbeleid Drugs en de Algemene Cel Drugs (zie 7.4) bieden hiervoor een forum.

6.1 Preventie

Preventie-activiteiten moeten gezondheids- en welzijnsschade voorkomen en de mogelijkheden van elk individu om een gezond leven te leiden bevorderen en promoten. Preventie moet deel uitmaken van het dagelijkse leven en als dusdanig ook geïntegreerd worden in de bestaande structuren zoals de school, de arbeidsplaats en de ruimere sociale omgeving van het individu.

Drie doelstellingen worden nagestreefd:

- het *verhinderen van middelengebruik*, vooral bij jongeren en bij kinderen in het bijzonder;
- het *vermijden van problemen en negatieve effecten van middelengebruik* op het individu en op de samenleving;
- het *voorkomen van de overgang van middelengebruik naar -misbruik en afhankelijkheid/verslaving*.

Preventie, gezondheids- en welzijnsbevordering moeten uitgaan van het voorkomen van gezondheids- en welzijnsschade. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen legale en illegale middelen. Preventieactiviteiten, gericht naar specifieke middelen, vormen enkel een aanvulling op deze benadering.

6.2 Hulpverlening

De doelstellingen van deze pijler zijn:

²⁹ Swiss Federale Office of Public Health: Swiss Drugs Policy, 2000

- het *verslavingsprobleem van gebruikers aanpakken*;
- het verbeteren van hun *fysieke en mentale toestand*;
- het verzekeren van hun *sociale reïntegratie*.

Om deze doelstellingen te realiseren bestaat een brede waaier aan residentiële en ambulante hulpverleningsmogelijkheden, die een gedifferentieerde benadering van elke hulpvrager toelaten. Daarbij horen zowel residentiële ontwenningfaciliteiten als ambulante programma's (via het AWW, de CGG, de MSOC's, ...). Naast bestaande werkvormen, zoals methadonbehandelingen, moeten andere, in het buitenland bestaande programma's, op hun waarde getoetst worden.

6.3 Harm reduction

Initiatieven van harm reduction moeten *gezondheids- en welzijnsschade door middelengebruik* beperken. Daarbij wordt in de eerste plaats gedacht aan straathoekwerk en spuitenruil. Beide methodieken willen de mogelijkheden van gebruikers om met gebruik te stoppen, aanspreken en versterken. Projecten spuitenruil en –verdeling richten zich voornamelijk op injecterende gebruikers, die een reële kans lopen op HIV- en hepatitisbesmetting.

Harm reduction moet aangevuld worden met gerichte sociale hulp op vlak van *tewerkstelling, huisvesting en begeleiding* inzake de organisatie van dagelijkse en vrijetijdsactiviteiten. Intensieve samenwerking met huisvestings- en tewerkstellingsprojecten en projecten naar verslaafde vrouwelijke sekswerkers is noodzakelijk.

6.4 Repressie

Een repressief luik richt zich op illegale drugs en wil:

- het *aanbod* beperken;
- de *illegale drugshandel* en de daarbij horende illegale financiële transacties (witwaspraktijken) bestrijden;
- de *georganiseerde misdaad* overwinnen.

In de realisatie van deze doelstellingen wordt de klemtoon gelegd op de producenten, de trafikanten en de verspreiders (dealers) van illegale drugs, niet op de gebruikers zelf. Repressie richt zich voornamelijk naar de eerste en laatste schakel in het drugstraject, namelijk de aanmaak van drugs en het witwassen van het door handel verkregen drugsgeld.

7 Concrete actiepunten: een verfijning en uitdieping van het huidig beleid

7.1 Herformuleren gezondheidsdoelstelling

Vijf gezondheidsdoelstellingen staan tot dusver centraal in het Vlaams preventief gezondheidsbeleid. Zij moeten helpen gezondheidsschade en vroegtijdig overlijden te voorkomen. Een van de gezondheidsdoelstellingen is gericht op tabakspreventie. Het herformuleren van deze gezondheidsdoelstelling moet helpen om ook gezondheidsschade, veroorzaakt door alcohol, illegale drugs, medicatie of door gokken, tegen het jaar 2015 drastisch te verminderen.

Dit moet gebeuren op een correcte en onderbouwde manier. Dit betekent met een gezondheidsconferentie waar voorstellen van preventiestrategieën worden goedgekeurd waarmee de bevoegde minister verdere stappen kan zetten. In het *voortraject* naar deze gezondheidsconferentie zullen *preventiestrategieën* geselecteerd worden op basis van *effectiviteit en efficiëntie*. Daarbij zullen zowel in Vlaanderen reeds gebruikte als nieuwe strategieën onderworpen worden aan een *kosten-effectiviteitsanalyse*. Op basis van de geselecteerde strategieën kunnen *haalbare doelstellingen* geformuleerd worden. De voorbereiding van deze gezondheidsconferentie is voorzien vanaf 2004.

Een decretale basis voor het organiseren van een dergelijke gezondheidsconferentie en voor het ontwikkelen van een voorstel van een nieuwe of te herziene gezondheidsdoelstelling kan gelegd worden zodra het Vlaams parlement het voorontwerp van decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid goedkeurt. Dat geldt eveneens voor het nemen van overheidsinitiatieven met het oog op het voorkomen of beperken van gezondheidsschade door middelengebruik. Dit voorontwerp van decreet wordt de komende maanden behandeld door het Vlaams parlement.

Kostprijs voortraject en organisatie Gezondheidsconferentie: 600.000 euro.

7.2 Programmamanagement bestaande aanbod

In het kader van het voortraject naar een Gezondheidsconferentie zullen preventiestrategieën geanalyseerd worden. Voor *bestaande organisaties* zoals de VAD, het VIG, de preventiewerkers binnen de CGG en Vlastrov wordt daar niet op gewacht. Voor de meeste van deze actoren is een jaarlijkse evaluatie op basis van *vooraf bepaalde indicatoren* voorzien. Waar mogelijk, zal deze evaluatie aangevuld worden met een berekening van de *kosteneffectiviteit* van gebruikte methodieken. Daarbij kan een beroep gedaan worden op externe deskundigen. Het bestaande aanbod moet bovendien duidelijk afgestemd worden op de behoeften. Vraaggestuurd en klantgericht werken moeten herkenbare accenten worden. Waar nodig zal *bijgestuurd* worden.

Kostprijs: huidig subsidieaanbod (4.080.328 euro) vermeerderd met kosten effectiviteitsmeting.

7.3 Inclusief en probleemgericht

Preventie krijgt in *vele beleidsdomeinen* (onderwijs, arbeid, welzijn, vrije tijd) reeds op één of andere manier vorm. *Evaluatie* is evenwel niet ingebouwd. In het kader van een gezondheidsconferentie zullen deze preventieactiviteiten in kaart gebracht worden en aan een kwaliteitsvolle evaluatie inzake efficiëntie en kosteneffectiviteit onderworpen worden.

Daarnaast zal, gezien de huidige aanpak niet volstaat om alle maatschappelijke sectoren te bewegen tot een duidelijk preventiebeleid, een accentverschuiving plaatsvinden naar een *probleemgerichte en vraaggestuurde aanpak*. Nu reeds kunnen organisaties (scholen, bedrijven, ...) preventiewerkers binnen de CGG en de VAD zelf contacteren voor ondersteuning bij het uitstippelen van een “beleidsplan middelengebruik” of met een concrete hulpvraag naar aanleiding van een individueel probleem. Een sterkere koppeling tussen beide is aangewezen. Preventiewerkers moeten individuele hulpvragen gebruiken om op organisatieniveau een bewustwordingsproces op gang te brengen waarbij het ontbreken van een preventiebeleid als een tekort erkend wordt. Dit moet de deur openen naar de ontwikkeling en implementatie van een duidelijk preventiebeleid op organisatieniveau waarmee gesignaleerde problemen in de toekomst onmiddellijk en adequaat kunnen opgevangen en voorkomen worden. Ook deze aanpak zal, in het kader van de komende Gezondheidsconferentie, geëvalueerd en indien nodig bijgestuurd worden.

Actuele initiatieven onderbouwen deze aanpak t.a.v. het onderwijs en t.a.v. de bedrijfswereld. Opgevolgd zal worden in welke mate deze initiatieven het bestaande preventieaanbod binnen beide sectoren aanvullen.

7.3.1 Arbeidsomgeving sensibiliseren

Binnen de bedrijfswereld worden wij geconfronteerd met diverse problemen ten gevolge van probleemgebruik: twee tot zes keer hoger ziekteverzuim, 25% prestatievermindering, een hogere kans op bedrijfsongevallen, enz...

Via concrete initiatieven en via een *decreet betreffende de bedrijfsgezondheidszorg* wil de Vlaamse overheid bijdragen tot een werkklimaat waarbinnen gezondheidsschade veroorzaakt door middelengebruik voorkomen wordt. In dit decreet, dat vandaag nog in voorbereiding is, wordt de gezondheid van werkers op een holistische manier benaderd. Dit wil zeggen dat wordt rekening gehouden met de gezondheid van de werker in al zijn aspecten, inclusief levensstijl. Op die manier kan de werkomgeving als hefboom gebruikt worden om werkgevers en werknemers aan te zetten tot een gezonde levensstijl en verantwoorde attitudes t.a.v. middelen.

De VAD heeft de opdracht gekregen voor eind 2003 een video te ontwikkelen die intermediairen in bedrijven moet helpen om signalen van middelengebruik beter te onderkennen. Deze video zal op een realistische en genuanceerde manier heel diverse druggerelateerde aspecten aan bod brengen. Verschillende drugs (alcohol, illegale drugs, psychoactieve geneesmiddelen), verschillende bedrijfstakken (er wordt speciale aandacht geschonken aan sectoren waarbinnen gebruik van een werknemer ook gevolgen kan hebben voor de gezondheid en veiligheid van zijn collegae), verschillende niveaus in een bedrijf (lager, midden en hoger kader; vrouwen/mannen; bedienden/arbeiders) en verschillende

settings (verkeerssituatie, productie, administratie, ...) zullen behandeld worden. De VAD kan met deze video en ander materiaal bedrijven helpen beleidsmatig middelengerelateerde problemen te voorkomen.

Kostprijs ontwikkeling video: 50.000 euro.

7.3.2 Tabakspreventie via onderwijs

Een aantal scholen hebben de wetgeving op roken op openbare plaatsen zoals de schoolomgeving reeds aangevuld met een actief beleid van tabakspreventie. Ook andere schoolgemeenschappen zouden binnen hun algemeen schoolreglement een bindend en uitgeschreven rookbeleid moeten ontwikkelen. Een totaal rookverbod biedt hierbij de meest efficiënte bescherming tegen passief roken. Het vormt bovendien de ideale basis voor de promotie van een tabaksvrije levensstijl. De voorbeeldfunctie van de leerkrachten kan niet voldoende onderstreept worden. Hiervoor zal samengewerkt worden met het departement onderwijs.

7.4 Een gecoördineerd beleid

De aanpak van drugproblemen vraagt om een *gecoördineerd beleid*. Regelmatig vindt dan ook overleg plaats tussen diverse overheden. Recent zijn inspanningen gedaan om dit overleg structureel te verankeren.

Zo werd in 2001 de *Cel Gezondheidsbeleid Drugs* opgericht. Zij bestaat uit vertegenwoordigers van de ministers die binnen de verschillende regeringen in België verantwoordelijk zijn voor het gezondheidsbeleid. Deze cel moet het beleid inzake preventie van middelengebruik en het beleid aangaande hulpverlening aan mensen met middelengerelateerde gezondheidsproblemen op elkaar afstemmen. Daarnaast bereidt zij de oprichting van de Algemene Cel Drugbeleid voor.

De *Algemene Cel Drugbeleid* wordt een overlegplatform tussen alle beleidsverantwoordelijken in België die met middelen (alcohol, tabak, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken) en middelengerelateerde problemen geconfronteerd worden. Dit overlegplatform moet zowel gezondheidsproblemen als criminele, juridische, internationale en wetenschappelijke aspecten behandelen.

De *preventieve rol van de politie* is zo'n probleem. Van Vlaamse kant worden bindende afspraken met politiediensten gevraagd in verband met preventie. De politie moet zorgen voor een duidelijke en herkenbare normstelling. In het kader daarvan kunnen preventieve taken opgenomen worden. Daarbij hoort voorlichting omtrent het vervolgingsbeleid. Andere preventieve taken, zoals de (mede)uitvoering van pedagogische projecten en het geven van voorlichting, horen niet tot de opdrachten van de politie en creëren rolverwarring.

Het stimuleren van een betere wederzijdse *afstemming tussen justitie en hulpverlening*, met respect voor ieders identiteit, deontologie en beroepscultuur, vormt in deze context een ander belangrijk item. Sluitende afspraken tussen de onderscheiden overheden omtrent het functioneren van de toekomstige justitiële case-managers en omtrent de mogelijkheid beroep te doen op vs. het verlenen van therapeutisch advies kunnen hiertoe bijdragen.

Kostprijs: De Vlaamse Gemeenschap draagt 22% bij van het totaalbudget (250.000 euro) voor

de Algemene Cel Drugbeleid en 23,4% van het totaalbudget (173.525,50 euro) voor de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Voor 2004 komt dit neer op een totaalbedrag van 95.605 euro (respectievelijk 55.000 en 40.605 euro).

7.5 Aanbodsbeperving legale middelen

Internationaal onderzoek beschrijft *aanbodsbeperving als uitzonderlijk effectief* ter preventie van overdadig gebruik van legale middelen (alcohol, tabak, medicatie en gokken).

Daartegenover staat de nonchalance waarmee tabakswaaren en alcohol aan de man (het kind, de jongere) gebracht worden. Deze leidt tot een banalisering van de gezondheidsproblemen die beide producten veroorzaken. In grootwarenhuizen en bij kruideniers zijn zij voor iedereen vrij verkrijgbaar, in zelf te bepalen hoeveelheden. Rookwaaren vind je vlakbij de kassa, uitdagend geëtaled. Het ongebreideld aanbod van alcopops en breezers maakt jongeren ongemerkt vertrouwd met de smaak van alcohol. Buitenlandse onderzoeken wijzen er nochtans op dat leeftijdsbegrenzungen om producten te kunnen aankopen, verminderen van verdeelpunten en verkleinen van vrij verkrijgbare dosissen effectieve strategieën van aanbodsbeperving zijn.³⁰ Hierbij is overleg en samenwerking op lokaal, nationaal en internationaal vlak belangrijk.³¹

Onderzocht moet worden of onze regelgeving terzake moet worden aangepast. Overleg met de federale overheid dringt zich op. Wettelijke initiatieven hieromtrent worden best aangevuld met bewustmakingscampagnes. Beide aspecten zullen kritisch geëvalueerd worden in het kader van de komende Gezondheidsconferentie.

Gezien het specifieke van geneesmiddelen (met risico op afhankelijkheid) gaan wij op deze problematiek dieper in.

Kostprijs: de kost van mogelijke bewustmakingscampagnes.

✓ Oordeelkundig gebruik van geneesmiddelen met risico op afhankelijkheid

Psychoactieve geneesmiddelen (slaapmiddelen, kalmeermiddelen, psychostimulantia en antidepressiva) houden een direct risico op afhankelijkheid in. Ook het gebruik van pijnstillers, vermageringspillen en substitutiemiddelen bij verslaving kan tot afhankelijkheid leiden.³²

België behoort tot de grootste consumenten van geneesmiddelen in Europa. Extra waakzaamheid dringt zich op. Artsen moeten gesensibiliseerd en gevormd worden aangaande voorschrijfgedrag van afhankelijkheid opwekkende middelen. Daarnaast wordt van hen verwacht dat zij in hun praktijk ook niet-medicamenteuze benaderingen overwegen. Op

³⁰ Henk Garretsen & Ien Van De Goor: *Towards Evidence-Based Alcohol Policy*, Addiction Research Institute Universities of Rotterdam, Tilburg and Maastricht, 2002

³¹ Norman Giesbrecht: *Science, Public Policy and the Industry*, Maryland USA, Toronto Canada, 2002

³² VAD: *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken : Recente ontwikkelungen in Vlaanderen 2001, 2002*

beïnvloeding vanuit de farmaceutische industrie moet toegezien worden. Reclame voor geneesmiddelen wordt bij voorkeur beperkt tot objectieve, wetenschappelijke voorlichting. Apothekers dienen op een gelijkaardige manier gesensibiliseerd te worden. Beleidsverantwoordelijken uit de federale regering moeten hierover aangesproken worden. De kosteneffectiviteit van deze actiepunten zal gemeten worden.

7.6 Harm reduction

Wij kunnen het ons niet veroorloven mensen, voor wie stoppen met gebruik op korte termijn geen realistische doelstelling is, aan hun lot over te laten. Initiatieven, gericht op harm reduction, moeten helpen aan de noden van deze groep tegemoet te komen. Het betreft hier methodieken die druggerelateerde schade verminderen zonder noodzakelijkerwijs het gebruik van drugs te verminderen.³³ Daarnaast willen zij het sociaal welzijn en de maatschappelijke status van gebruikers verbeteren. Hulp bij het onderhouden van sociale contacten en bij het zoeken naar werk moet voorkomen dat zij verder afglijden in de marginaliteit. In de nabije toekomst worden drie initiatieven, gericht op harm reduction, gesubsidieerd.

De voorbije jaren zijn binnen de Medisch Sociale Opvangcentra (MSOC's) *projecten rond spuitenruil* gegroeid. Deze projecten vormen een mooi voorbeeld van de wijze waarop verschillende overheden uiteenlopende bevoegdheden op elkaar kunnen afstemmen. Deze spuitenruilprojecten zijn door federale regelgeving juridisch mogelijk gemaakt en door de Vlaamse Gemeenschap opgestart. De Vlaamse Gemeenschap wil hen, door het afsluiten van een convenant, continuïteit garanderen.

Kostprijs: 272.683,00 euro per jaar.

Vlastrov (Vlaams Straathoekoverleg) moet, als koepel van het straathoekwerk, individuele straathoekwerkers sturen in hun contact met cliënten. Oog hebben voor gezondheidsaspecten is hierbij belangrijk. Daarenboven werkte Vlastrov, als ondersteunende dienst en vanuit haar deskundigheid in het werken met restgroepen, de voorbije jaren een specifieke vorming uit rond gezondheidspreventie. Met dit vormingsaanbod richt het zich naar straathoekwerkers en aanverwante werksoorten zoals preventiewerkers, jeugdhuiswerkers, jongerenwerkers, hulpverleners, buurtwerkers en integratiewerkers. Aan Vlastrov wordt alvast in 2003 opdracht gegeven dit gezondheidsthema systematisch te integreren in haar vormingsaanbod naar alle relevante intermediairen toe.

Kostprijs: 50.000 euro / jaar.

In het kader van de uitvoering van het strategisch plan voor de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden zal de Vlaamse regering de VAD vragen (in samenwerking met de bevoegde federale diensten) *een draaiboek te ontwikkelen voor de lokale drugpreventie in de gevangenissen* in Vlaanderen. Bijzondere aandacht zal gaan naar de voorbereiding op de postpenitentiaire behandeling en het verminderen van druggerelateerde gezondheidsschade na vrijlating.

Kostprijs: 20.000 euro.

³³ *Tim Stockwell: Harm reduction: the drugification of alcohol policies and the alcoholisation of drug policies, National Drug Research Institute, Curtin University, Perth, Australia, 2002*

Deze drie projecten (spuitenruil, straathoekwerk en preventie-initiatieven in de gevangenissen) krijgen op die manier de kans hun waarde te bewijzen. Net als initiatieven in het buitenland zullen zij op hun waarde gemeten worden.

8 Conclusie

De *Vlaamse Gemeenschap* levert reële inspanningen in het kader van een preventief gezondheidsbeleid. Ook via preventiewerk in het onderwijs, de bedrijfswereld en de welzijnssector engageert zij zich verregaand. Toch blijven de cijfers, zowel aangaande *gebruik* als aangaande *gezondheidsschade*, bij jongeren én bij volwassenen verontrustend.

Beleidsbijsturing dringt zich op. Gemeenschapsgelden moeten in de toekomst nog doelmatiger aangewend worden. Uitgaven moeten gebaseerd zijn op een doordacht beleid. Kosteneffectiviteit en wetenschappelijke onderbouw zijn hierbij essentiële uitgangspunten. Preventie-inspanningen moeten gezondheidswinst opleveren, het welzijn bevorderen en sociale en economische schade voorkomen. Initiatieven t.a.v. probleemgebruikers moeten, naast gezondheids- en welzijnswinst, helpen bepaalde risicogroepen sociaal en economisch te rehabiliteren.

Preventie-initiatieven dienen, samen met harm reduction, hulpverlening en repressie gekaderd te zijn in een *harmonieus gespreid totaalconcept*. Zinnvolle initiatieven kunnen, in functie hiervan, gewogen worden binnen het *voorbereidingstraject naar een Gezondheidsconferentie*.

Budgettaire inspanningen zullen nodig zijn. De aanwerving van nieuwe preventiewerkers in de CGG en de betoelaging van de initiatieven spuitenruil zorgen voor jaarlijks terugkerende uitgaven. Belangrijke eenmalige inspanningen zijn de organisatie en voorbereiding van een gezondheidsconferentie en de effectiviteitsmeting van bestaande en nieuw voorgestelde initiatieven. Deze werkwijze garandeert wetenschappelijk onderbouwde beleidskeuzes. Het draagvlak voor noodzakelijke extra inspanningen kan er enkel door groeien.

Literatuurlijst

1. *Beleidsvoorbereidende werkgroep preventie: Een globaal drugpreventiebeleid in Vlaanderen 2002-2010, VAD, Brussel, uitgave september 2001*
2. *Belgian Information Reitox Network: Belgian National Report on Drugs 2001, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, Brussel, 2002*
3. *Europese Unie: Actieplan ter bestrijding van drugs 2000-2004, mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's, 26 mei 1999*
4. *Henk Garretsen en Ien Van De Goor: Towards evidence-based alcohol policy, voordracht in het kader van het symposium "From Science to Action? 100 years later – alcohol policies revisited" op 28-29 oktober 2002, Bern Zwitserland*
5. *IMS Health: Market Profile for Belgium 2000, IMS Health, Verenigd Koninkrijk, 2001*
6. *Meulemans, Hooft en Van Camp: Report of the Belgian Toxicology and Trauma Study 1995-1996, Besedim, BLT en BIVV, Brussel, 1996.*
7. *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg, entiteit Beleidsondersteuning: Statistiek van de doodsoorzaken 1999, Brussel, uitgave 2001*
8. *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg, entiteit Beleidsondersteuning: Gezondheidsindicatoren 2000, Brussel, uitgave juli 2002*
9. *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg: Decreet Geestelijke Gezondheidszorg van 18 mei 1999, artikel 9, Belgisch Staatsblad, 17 juli 1999*
10. *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Planning en Statistiek: Vlaamse Regionale Indicatoren 2000, Brussel, uitgave 2001*
11. *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Planning en Statistiek: Vlaamse Regionale Indicatoren 2001, Brussel, uitgave 2002*
12. *Ministerie van Economische Zaken, Nationaal Instituut voor de Statistiek: Huishoudbudgetonderzoek 2000, NIS, Brussel, 2001*
13. *Norman Giesbrecht: Science, Public Policy and the Alcohol Industry : Coalition Building, Diversion or Co-option, voordracht in het kader van het symposium "From Science to Action? 100 years later – alcohol policies revisited" op 28-29 oktober 2002, Bern Zwitserland*
14. *Onderzoeks- en informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties: Dimarso-enquête 2000, OIVO, Brussel, 2001*
15. *Patricia Ceysens, Ria Van Den Heuvel, Guy Swennen en Herman Lauwers: motie van aanbeveling naar aanleiding van het actualiteitsdebat over de gevolgen van de federale drugsnota voor het Vlaamse drugpreventiebeleid, goedgekeurd op de plenaire vergadering 32, Vlaams Parlement, Brussel, 21 februari 2001*

16. *Swiss Federale Office of Public Health: Swiss Drugs Policy, SFOPH, Bern, 2000*
17. *Tim Stockwell: Harm reduction: the drugification of alcohol policies and the alcoholisation of drug policies, voordracht in het kader van het symposium "From Science to Action? 100 years later – alcohol policies revisited" op 28-29 oktober 2002, Bern Zwitserland*
18. *Trees Merckx-Van Goey: motie van aanbeveling naar aanleiding van het actualiteitsdebat over de gevolgen van de federale drugsnota voor het Vlaamse drugpreventiebeleid, goedgekeurd op de plenaire vergadering 32, Vlaams Parlement, Brussel, 21 februari 2001*
19. *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen: Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken: recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001, VAD, Brussel, uitgave 2002*
20. *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen: Bevraging van de leerlingen in het kader van een Drugbeleid op School, syntheserapport schooljaar 2000-2001, VAD, Brussel, uitgave 2002*
21. *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen: Druglijn: jaarverslag 2001, VAD, Brussel, uitgave 2002*
22. *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen: Vlaamse Registratie Middelengebruik: registratiegegevens 1999, VAD, Brussel, uitgave 2001*
23. *Wereldgezondheidsorganisatie: Health 21: health for all in the 21st century, WHO, Denemarken, uitgave 1999*
24. *Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid: Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001, WIV, Brussel, 2002*