

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1993-1994

12 JULI 1994

BELEIDSBRIEF

Preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik

ingediend
door mevrouw L. Detiège,
Vlaamse minister van Tewerkstelling
en Sociale Aangelegenheden

INHOUD

	Blz.
INLEIDING	5
 HOOFDSTUK 1. – SITUATIESCHETS	
1.1. Overzicht van gegevens inzake gebruik	6
1.1.1. Bevolkingsonderzoek	6
1.1.2. Utilisation studies	7
1.2. Tendensen en onevenwichten	7
1.2.1. De maatschappelijke zichtbaarheid van het probleem	7
1.2.2. Media en middelengebruik	8
1.2.3. Veiligheidsgevoel als topprioriteit	8
1.2.4. Gezondheidspromotie – waar en voor wie ?	8
1.2.5. Tabakspreventie, een verhaal apart ?	8
1.2.6. Structurele versus persoongerichte preventie	8
1.3. Preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik in Vlaanderen anno 1993 – een overzicht	9
1.3.1. Tabakspreventie	9
1.3.2. Geneesmiddelenpreventie	9
1.3.3. Alcohol- en andere drugpreventie	10
1.3.3.1. Overzicht van de actoren en projecten op niveau van de Vlaamse Gemeenschap	10
1.3.3.2. De budgetten vanuit Medisch Sociaal beleid – Samenvattend over- zicht 1993	14
1.3.3.3. Overzicht van de actoren en projecten op niveau van de Vlaamse Provincies	14
 HOOFDSTUK II. – UITGANSPUNTEN VOOR EEN PREVENTIEF GEZOND- HEIDSBELEID INZAKE MIDDELENGEBRUIK	
11.1. Het beheersen van een maatschappelijk fenomeen	19
11.2. „Leren omgaan met risico's” als doelstelling	19
11.3. Een preventief beleid gericht op gebruik, alle middelen zijn het voorwerp van de in- spanningen	19
11.4. Geen exclusiviteit voor „jongeren” en „onderwijs”	19
11.5. Een beleid dat maatschappelijke uitsluiting tegengaat	20
 HOOFDSTUK III. – KNELPUNTEN EN MOEILIKHEDEN BIJ DE REALISATIE VAN DE UITGANGSPUNTEN VAN EEN PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID INZAKE MIDDELENGEBRUIK	
111.1. Een teveel aan uitgangspunten en een gebrek aan mandaten	20
111.2. Knelpunten bij de realisatie van de uitgangspunten	21
III.2.1. Op het niveau van de werkorganisatie	21
111.2.2. Preventie wordt overbevraagd	21
111.2.3. Het preventiewerk moet beter worden ondersteund	22
111.2.4. Consultatie bij experimenteel- en beginnend gebruik, een schemerzone .	22
 HOOFDSTUK IV. – BELEIDSOPTIES : 5 PIJLERS VOOR EEN PREVENTIEF GE- ZONDHEIDSBELEID INZAKE MIDDELENGEBRUIK IN VLAANDEREN	
IV.1. Een coördinatiestructuur voor een preventief gezondheidsbeleid inzake midden- gebruik	23
IV.1.1. Uitgangspunten	23
IV. 1.2. Concretisering	23

IV.2.	Een telefoonservice voor Vlaanderen	24
IV.2.1.	Uitgangspunten	24
IV.2.2.	Concretisering	24
IV.3.	Deskundigheidsbevordering	25
IV.3.1.	Uitgangspunten	25
IV.3.2.	Concretisering	25
IV.4.	Registratie : een tweesporenbeleid	25
IV.4.1.	Uitgangspunten	25
IV.4.2.	Concretisering	25
	IV.4.2.1. Registratie aan de probleemzijde	25
	IV.4.2.2. Monitoring en verzamelen van andere relevante gegevens . . .	26
IV.5.	Intersectorieel werken binnen het preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik	26
IV.5.1.	Uitgangspunten	26
IV.5.2.	Concretisering	26
BIJLAGE 1	Resolutie betreffende het algemeen Vlaams drugbeleid, Vlaamse Raad, 3 februari 1993	28
BIJLAGE 2	Overzicht cijfergegevens	29
BIJLAGE 3	Overzicht van de preventiewerkers in Limburg	41
BIJLAGE 4	Overzicht van de preventiewerkers in West- Vlaanderen	43
BIJLAGE 5	Overzicht van de preventiewerkers in Brabant	46
BIJLAGE 6	Overzicht van de preventiewerkers in Oost-Vlaanderen	49
BIJLAGE 7	Overzicht van de preventiewerkers in Antwerpen	53

INLEIDING

Naar aanleiding van het drugdebat in de Vlaamse Raad, gehouden op 02.02.1993 werd een resolutie gestemd „betreffende het algemeen Vlaams Drugbeleid”.

De betreffende resolutie wordt in bijlage 1 integraal overgenomen.

Als Vlaams minister bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg heb ik onmiddellijk een reeks initiatieven genomen. Deze beleidsbrief is hiervan een eerste concretisering en is tevens een verdere uitwerking van de opties genomen in de Beleidsbrief Preventieve Gezondheidszorg 1993-1997, meer specifiek van het hoofdstuk III, prioritaire deelterreinen, „III.1.2. Preventief Gezondheidsbeleid inzake Middelengebruik”

De algemene principes en uitgangspunten die gehanteerd werden bij het concipiëren van het Preventief Gezondheidsbeleid in Vlaanderen gelden onverminderd voor deze specifieke deelproblematiek.

Het is mijn overtuiging dat er een zinvol evenwicht moet worden uitgebouwd tussen enerzijds een al-

gemene gezondheidsbevorderend beleid en het meer „categoriaal” werk met betrekking tot middelengebruik.

Overeenkomstig de vermelde resolutie werd naast veel bilateraal overleg ook een Ronde Tafel georganiseerd met alle betrokkenen uit de vele sectoren actief in de preventieve gezondheidszorg inzake middelengebruik. Op deze wijze werd dit beleidsdocument opgesteld vanuit een breed overleg.

Een integraal drugbeleid moet naast gezondheidspreventieve elementen ook aspecten van zorgverlening en, zeker voor wat betreft illegale middelen, aspecten van wetgeving en criminaliteitspreventie omvatten.

De hier geldende bevoegdheden situeren zich zowel op Gemeenschap- als op Federaal niveau.

Op basis van deze beleidsbrief zal met de betrokken ministers verder overleg gepleegd worden. Op deze manier kan een globaal en geïntegreerd beleid tot stand komen.

Leona DETIEGE

De Vlaamse minister van Tewerkstelling
en Sociale Aangelegenheden

HOOFDSTUK 1 – SITUATIESCHETS

1.1. Overzicht van gegevens inzake gebruik

Het beschikken over betrouwbaar cijfermateriaal met betrekking tot middelengebruik is nog steeds een probleem.

Er wordt op veel verschillende manieren geregistreerd, de gehanteerde begrippen zijn niet steeds goed omschreven, de bronnen zijn verschillend en hun situering (binnen hulpverlening, binnen justitie, ...) vertekenen gegevens. Illegaal gebruik is moeilijk registreerbaar.

In het kader van de Intercommunautaire Coördinatiecommissie werd een samenwerking aangegaan om te komen tot meer overeenstemming in het verzamelen van gegevens die betrekking hebben op alcohol- en andere drugproblemen.

In 1991 werd voor de eerste maal voor elke gemeenschap een stand van zaken wat betreft beschikbare gegevens en resultaten opgemaakt. Dit resulteerde in het „Overzicht van epidemiologische gegevens 1980-1990”. Dit jaar werd een eerste van tweejaarlijkse aanvullingen gerealiseerd.

De hier gebruikte cijfers zijn afkomstig uit dit aanvullende rapport.

Verre van een volledig overzicht te willen geven, is dit overzichtsrapport opgemaakt aan de hand van een groot aantal gegevens die vanuit diverse federale en communautaire instanties werden bekomen : de Ministeries van Volksgezondheid, Justitie, Economische zaken, . . . alsook vanuit instellingen voor preventie, opvang, behandeling en onderzoek. Deze gegevens werden verzameld en kritisch onderzocht met het oog op een coherente integratie.

Rekening houdend met de vele beperkingen en onvolkomenheden van deze gegevens kunnen een aantal conclusies worden geformuleerd voor de Vlaamse Gemeenschap. Deze worden hierna bondig weergegeven. In bijlage 2 zijn een aantal illustratieve cijfergegevens opgenomen.

I. 1.1. Bevolkingsonderzoek

De gegevens bekomen voor de Vlaamse bevolking zijn in de eerste plaats verkregen via schoolenquêtes. De leeftijd van de bestudeerde groepen schommelt tussen (ongeveer) 11 en 18 jaar.

Alcohol

Alcohol blijkt nog altijd veruit de meest geconsumeerde drug te zijn. Afhankelijk van het onderzoek merken we dat binnen de leeftijdsgroep 12 – 18 jaar tussen 60 % en meer dan 90 % van die jongeren reeds minstens één maal alcohol hebben gebruikt. Deze percentages gaan uiteraard vooral op voor de hoogste leeftijdsgroepen. De belangrijkste leeftijd om met het drinken van alcohol te beginnen situeert zich tussen 12 en 16 jaar. Jongens drinken vaker en vroeger alcohol dan meisjes en

doen dit met een hogere frequentie. Jongens drinken vooral bier en sterke dranken, meisjes eerder wijn of aperitief. Alcohol wordt in eerste instantie vooral gedronken op café en thuis met vrienden, in familie of gezinsverband.

Tabak

Hier beschikken we, via bevolkingsenquêtes, ook over gegevens met betrekking tot volwassenen (> 18 jaar). 25 % van de Belgische bevolking rookt dagelijks/regelmatig. In het Vlaamse gewest zijn dat er 23 %, van de leeftijd + 15 jaar.

Het percentage mannelijke rokers daalde de jongste 25 jaar met 1/3. Het percentage vrouwelijke rokers daalde veel minder sterk.

Bij de jongeren hebben 46 % van de 15-jarige jongens en 42 % van de 15-jarige meisjes reeds minstens één sigaret gerookt. Risicoleeftijd om te beginnen roken situeert zich tussen 10 en 12 jaar.

De W.G.O. schat het aantal sterften ten gevolge van roken jaarlijks op ongeveer 18.500. (17.000 mannen en 1.500 vrouwen).

Medicatie

Op 18-19 jaar is 32 % van de ondervraagde jongeren „gebruiker” van geneesmiddelen. De frequentie van dit gebruik varieert van minder dan één maal per maand (voor de jongens tot 18-19 jaar 14,5 % wat betreft pijnstillers) tot meer dan één maal per maand (voor de meisjes tot 18-19 jaar 20 %). Het gebruik van hoofdpijnmedicatie neemt toe met de leeftijd. Afhankelijk van het onderzoek heeft tussen 10 en 20 % van de leerlingen ooit opwekkende, kalmerende of slaapmiddelen gebruikt. Meisjes gebruiken meer en vaker geneesmiddelen dan jongens. Het gebruik van kalmeer-middelen en opwekkende medicatie is het meest gebonden aan de examenperiode.

Illegale drugs

De consumptie van illegale drugs ligt op een veel lager niveau dan de consumptie van alcohol. Het ooit gebruiken van drugs gebeurt afhankelijk van het onderzoek bij 5 tot 17 % (dit laatste percentage vormt een sterke discrepantie met resultaten van de meeste onderzoeken tot op heden) van de bevraagde jongeren tot 18-19 jaar. Regelmatig gebruik stelt men vast bij 1,5 % van de jongeren. Zowel het experimenteren met als het regelmatig consumeren van illegale drugs is meer verspreid bij jongens dan bij meisjes.

Reeds vanaf 14 jaar (en vroeger) wordt met het druggebruik begonnen. De leeftijd waarop de meeste jongeren met het gebruik van illegale drugs beginnen is 16 jaar. Het eerste contact met illegale drugs vindt over het algemeen later plaats dan het contact met alcohol.

Het gebruik neemt toe met de leeftijd maar dit is enkel het geval voor de jongens.

De meest gebruikte producten zijn cannabispreparaten, gevolgd door XTC. Het gebruik van heroïne

ne, cocaïne, LSD, amfetamines en snuifmiddelen blijft zeer beperkt. Cannabisgebruik wordt vooral aangetroffen bij de jongens. Drugs worden voornamelijk gebruikt op fuiven en op café.

1.1.2. Utilisation studies

Deze cijfers dienen gerelativeerd ; ze hebben betrekking op mensen die in verband met hun gebruik of met ermee samenhangende aspecten hulp zochten. Vanuit „utilisation studies” specifiek voor de drughulpverlening komen volgende tendenzen naar voor.

De personen die hulp zoeken bij één of andere hulpverleningsinstantie zijn vooral gebruikers van illegale drugs (opiaten), gevolgd door alcohol, stimulantia, dempende medicatie. Een overgrote meerderheid van de cliënten is polytoxicomaan op het moment van de contactname.

De cannabisgebruikers zijn de jongste groep, gevolgd door de opiatengebruikers, de stimulantia-gebruikers, de cocaïnegebruikers, de alcoholgebruikers en de gebruikers van dempende medicatie.

De leeftijd waarop het gebruik van het voornaamste produkt is begonnen ligt het laagst voor de cannabisgebruikers, gevolgd door dempende medicatie, alcohol, opiaten, stimulantia en tenslotte cocaïne .

Tussen één derde en meer dan de helft van de gebruikers leeft van één of ander vervangingsinkomen. Bijna één vijfde van de gebruikersgroep heeft een inkomen uit beroepsarbeid. Een ander vijfde heeft geen inkomen. Het opleidingsniveau is overwegend laag te noemen : 70 % heeft hoogstens lager secundair onderwijs voltooid. Afhankelijk van het onderzoek wonen tussen 22 % en iets minder dan 50 % van de personen nog thuis. én op vier à één op zes woont samen met zijn partner, één op drie à één op zeven woont alleen.

Wat de justitiële situatie betreft heeft bijna de helft onder één of andere vorm contact (gehad) met justitie.

Onderzoeken naar de kenmerken van gebruikers die in contact komen met justitie

Ook hier dienen de cijfer, gezien de specifieke bron gerelativeerd te worden.

Personen die in contact komen met justitie zijn overwegend jonge mannen. Iets meer dan één op tien is jonger dan 18 jaar.

Cannabis, heroïne en amfetamines zijn de meest gebruikte produkten. Het gebruik van LSD (met uitzondering van gerechtelijk arrondissement van Gent), snuifmiddelen en methadon is quasi onbestaande. De meerderheid zegt slechts één produkt te gebruiken. Er is een verband tussen de leeftijd en het aantal vroegere contacten met justitie.

Meer dan de helft van de gebruikers onder de 25 jaar gebruikt cannabis. Boven de 25 jaar neemt dit gebruik duidelijk af. Bij cocaïnegebruik is er een constant stijgend gebruik met een hogere leeftijd.

Bij heroïne wordt een stijgend gebruik vastgesteld tot de leeftijdscategorie 25-29 jaar, waarna het gebruik daalt. Bij LSD is het vooral de groep tussen 16 en 20 jaar die dit produkt lijkt te gebruiken. Wat amfetaminegebruik betreft ligt de piek tussen 18 en 24 jaar.

Procentueel gezien gebruiken meer vrouwen dan mannen amfetaminen. Cannabisgebruik is dan weer meer in trek bij mannen. Bij de minderjarigen zijn cannabis, LSD en medicatie het meest in trek. Cocaïne, heroïne en amfetaminen worden vooral door meerderjarigen gebruikt. Polytoxicomanie is niet leeftijdsgebonden.

Intraveneus Druggebruik en HIV

De V.A.D. ging in samenwerking met Free clinic de aanwezigheid in de drughulpverlening in Vlaanderen na van (injecterende) druggebruikers die besmet zijn met het HI-virus.

De resultaten wijzen in de richting van een tot op heden vrij geringe besmetting van deze populatie. Dit wil echter niet zeggen dat de preventieve aandacht voor deze doelgroep kan worden afgezwakt. Cijfers van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie maken echter duidelijk dat voor de jongere leeftijdscategorieën deze verspreiding in belangrijke mate toeneemt.

In bijlage 2 vindt men een ruimer overzicht van epidemiologisch materiaal, dit onder tabelvorm met beperkte commentaar.

1.2. Tendensen en onevenwichten

1.2.1. De maatschappelijke zichtbaarheid van het probleem

Een eerste tendens betreft het complexe fenomeen waarbij we merken dat een aantal randfenomenen van gebruik van allerhande psychotrope middelen invloed uitoefenen op activiteiten of sectoren van het sociaal maatschappelijk gebeuren die in eerste instantie niets met het middel hebben te maken.

Deze „maatschappelijke verdichting” heeft niet alleen te maken met een toenemend gebruik maar is meestal het gevolg van een samenspel van op elkaar ingrijpende processen ; veranderde cultuur met betrekking tot gebruik, demografische evoluties, wegvallen of herinstalleren van maatschappelijke taboes, veranderende vraag- en aanbodsrelaties, ...

Een aantal „verdichtingspunten” zijn voor veel betrokkenen reeds voldoende gekend en vormen voor beleidsmensen extra uitdagingen, we geven een niet limitatieve opsomming :

- verkeersongevallen, week-end doden ;
- kleine criminaliteit (verwervingscriminaliteit) ;
- overlast vanwege mega-disco cultuur ;
- drugspuiters en HIV-besmetting.
- ...

1.2.2. Media en middelenpreventie

Media verspreiden heel wat boodschappen over druggebruik en drugproblemen. Dit is niet ingepast in bepaalde preventiestrategieën maar beantwoordt meestal aan mediaeigen waarden : nieuws-waarde, kijkcijfers, oplagestijging, . . . De media zijn daardoor extra gevoelig voor „probleemsituaties” soms voor sensationele berichtgeving.

Deze boodschappen hebben vaak een meningsbevestigend effect, bestaande stereotiepen en vooroordelen worden versterkt.

Onze informaticultuur blijkt steeds meer gericht op snelheid, bondigheid van berichtgeving. Nuancering en duiding komen binnen deze context vaak moeilijk aan bod.

Het is voor de media dan ook niet makkelijk om de complexiteit van het middelengebruik in een samenleving weer te geven. Nog minder evident is een samenwerking tussen media en preventieactoren om te komen tot een verantwoorde strategie.

1.2.3. Veiligheidsgevoel als topprioriteit

Het groeiende gevoel van onveiligheid binnen onze samenleving is onmiskenbaar aanwezig en is dan ook terecht een topprioriteit van de overheid op verschillende niveau's.

Mede door de hierbovengeschetste processen van maatschappelijke verdichting werden politieke initiatieven genomen om aan dit gevoel te remediëren. Recentelijk werden heel wat middelen geïnvesteerd in de preventie ten aanzien van de criminaliteit die verband houdt met illegaal druggebruik (veiligheidscontracten). Dit betekende een duidelijke toename van mogelijkheden inzake preventieve acties op lokaal niveau.

1.2.4. Gezondheidspromotie – waar en voor wie ?

Recent ontwikkelde visies inzake gezondheidspromotie stellen dat gezondheid en gezondheidsbevorderende strategieën multi-aspectueel zijn. Dit betekent dat zoveel mogelijk rekening moet worden gehouden met de globaliteit van de situatie. Gezondheid wordt door vele clusters van factoren bepaald.

Het valt niet te miskennen dat tot nu vooral „De School” werd gehanteerd als prioritair netwerk en dit voor zeer verschillende thema's uit het preventief gezondheidsbeleid.

Nochtans is het zo dat heel wat van het middelengebruik zich net buiten de school, in het vrijetijdsgebeuren manifesteert. Daar heersen andere opvattingen, spelen andere „cultuurfactoren” een rol. Voortvloeiend, uit de gerichtheid op scholen, werden dan ook vooral jongeren benaderd als geprefereerde doelgroep.

Ook de gedachte dat jongeren sociaal psychologisch en ontwikkelingspsychologisch voor gezondheidsbevorderende strategie een belangrijke doelgroep zijn is mede oorzaak van de vele aandacht

die uitgaat naar die groep. Hier hebben we te maken met de „risicogroepen-strategie” die niet steeds de meest efficiënte blijkt te zijn bij de concretisatie van een preventief gezondheidsbeleid.

1.2.5. Tabakspreventie, een verhaal apart ?

Tabakspreventie valt steeds meer buiten initiatieven inzake middelenpreventie. Tabak, nicotine wordt steeds minder geassocieerd met de sterk waardegeladen terminologie in verband met „drugs”. Zowel beleidsmatig als in de uitwerking van initiatieven en de financiering ervan kadert tabakspreventie steeds meer in de kankerpreventie, de acties in het kader van respiratoire gezondheidsproblemen en hart- en vaatziekten.

Dit heeft wellicht grotendeels te maken met de duidelijke aangetoonde oorzakelijke relatie tussen tabaksgebruik en specifieke gezondheidsproblemen. Deze vrij éénduidige relatie tussen middel en gezondheidsrisico maakt preventief handelen op het eerste zicht makkelijk uitvoerbaar en plaatst deze initiatieven binnen het kader van de „vermijdbare ziektes en aandoeningen”.

Gedragspsychologisch, maar ook socio-cultureel beschouwd hebben we hier echter ook te maken met middelengebruik. Middelengebruik omwille van de positieve gevolgen die het middel aan de gebruiker verschaft.

Vanuit deze twee vastellingen kunnen we stellen dat tabakspreventie terecht thuishoort bij beide invalshoeken. Er moet voor gewaakt worden dat deze situatie er niet toe leidt dat dit luik van het middelengebruik binnen beide sectoren van het preventief gezondheidsbeleid het slachtoffer wordt van steeds maar minder aandacht.

1.2.6. Structurele versus Persoonsgerichte Preventie

Preventieve strategieën kunnen gesitueerd worden op een continuüm. Enerzijds interventies gericht op het verhogen van de draagkracht van individuen en anderzijds interventies gericht op verminderen van de draaglast van de individuen.

Bij deze laatste pool heeft de initiatiefnemer dan vooral aandacht voor de structuren en maatschappelijke factoren waarvan wordt verondersteld dat deze problemen veroorzaken, vergroten of bestendigen.

Bij deze structurele preventie gaat men vrij snel op beleidsvlak opereren of situeren de activiteiten zich binnen het Algemeen Welzijnswerk, kansarmoedebestrijding, urbanisatie, wetgeving,

Dit vergt andere vaardigheden en deskundigheden dan interventies die meer gericht zijn op het verhogen van draagkracht van individuen of doelgroepen (bijvoorbeeld sociale vaardigheidstraining, „drink wijs”-acties, . . .) De pogingen tot het installeren van gedrags- of mentaliteitsveranderingen sluiten veel meer aan bij technieken en deskundigheden uit de curatieve wereld.

De hierboven kort weergegeven tendensen hebben er toe bijgedragen dat er onevenwichten bestaan

binnen onze samenleving en vooral in de manier waarop de vele actoren betrokken bij de preventie inzake middelengebruik handelen. Deze onevenwichten moeten weggewerkt worden om tot een globaal geïntegreerd (preventief) gezondheidsbeleid te komen.

Onevenwicht 1 :

Illegale middelen, produkten opgenomen in de lijst van de wet van . . . krijgen op preventief en curatief vlak zowel qua visieontwikkeling als beleidsvoering momenteel meer aandacht dan een aantal legale en cultuureigen middelen. Vanuit het perspectief van gezondheidsbedreigend effect en gebruiksvolume is dit een niet terechte situatie.

Onevenwicht 2 :

Het preventief gezondheidsbeleid wordt niet alleen stiefmoederlijk behandeld wanneer men dit plaatst tegenover de totaliteit van het gezondheidsbeleid. (Voor een cijfermatige illustratie hiervan verwijzen we naar de „Beleidsbrief Preventieve Gezondheidszorg 1993-1997” p. 9)

We zien momenteel eenzelfde scheeftekening wanneer we het preventieve gezondheidsbeleid confronteren met de middelen vrijgemaakt voor de criminaliteitspreventie. Momenteel is het zo dat er heel wat extra middelen werden vrijgemaakt voor dit laatste aspect van het preventieve beleid.

Een algemeen preventief beleid moet worden opgebouwd uit de verschillende facetten : welzijn, gezondheidspreventie, hulpverlening en criminaliteitspreventie.

Onevenwicht 3 :

School en jongeren krijgen als netwerk en doelgroep veel meer „preventieve” aandacht dan andere (leeftijds-) groepen en netwerken. Zowel wat betreft middeleninvestering als methodiekontwikkeling moet ten aanzien van andere leeftijdscategoriën en netwerken dringend worden geïnvesteerd. Het „intersectorieel” werk moet uitgebouwd worden.

Onevenwicht 4 :

Het is nog steeds zo dat heel wat „preventiewerkers” actief zijn vanuit een curatieve opleiding of vanuit organisaties met een reeks curatieve doelstellingen. Dit doet het globaal beeld van het preventiewerk in Vlaanderen overslaan naar de persoonsgerichte pool. Op termijn moet er meer geïnvesteerd worden in structurele preventie. De filosofie van „gezondheidspromotie” moet verruimd worden met de inbreng vanuit het Algemeen Welzijnswerk en Kansarmoedebestrijding. Op lokaal niveau betekent dit dat er zal aansluiting moeten worden gezocht met o.a. de V.F.I.K.-projecten en met bepaalde meer structuurgerichte initiatieven binnen de gemeentelijke veiligheidscontracten. In functie van dit laatste zal ook overleg opgestart worden met het aan Binnenlandse Zaken verbonden Vast Secretariaat voor Preventie.

1.3. Preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik in Vlaanderen anno 1993 – een overzicht

1.3.1. Tabakspreventie

In een vorig hoofdstuk (1.25. Tabakspreventie, een verhaal apart ?) werd reeds gewezen op de ambivalente situatie m.b.t. dit facet : tabakspreventie situeert zich op verschillende deeltherreinen van de preventieve gezondheidszorg.

Vanuit het carcinogeen karakter van tabaksgebruik wordt heel wat geïnvesteerd in tabakspreventie vanuit de algemene kankerpreventie. Dit gebeurt zowel op bevolkingsniveau (cfr. „Kom op tegen Kanker” -sensibilisatiecampagnes) als op het niveau van secundaire en tertiaire preventie binnen medische consultaties, via rookstopmethodes enz...

Het Vlaams beleid inzake gezondheidspromotie wordt grotendeels geregeld via het Besluit Vlaamse Executieve 31 juli 1991 inzake gezondheidspromotie, programma 42.2. : Medisch-Sociaal Beleid, basisallocatie 33.58. In dit kader wordt het Koördinatiecomité Algemene Tabakspreventie (K.K.A.T.) erkend als B-voorziening van het Vlaams Instituut Gezondheidspromotie.

Dit impliceert een betoelaging op jaarbasis van 2,5 mio. Daarnaast wordt het project „Tabakspreventie bij Kinderen” van het Koördinatiecomité betaald voor 1,5 mio voor 1993.

Het K.K.A.T. heeft als doel het verwezenlijken en coördineren van activiteiten van tabakspreventie voor de gehele bevolking en/of risicogroepen in de Vlaamse Gemeenschap.

1.3.2. Geneesmiddelenpreventie

In het kader van het B.V.E. 31 juli 1991 betreffende de gezondheidspromotie “werden projecten goedgekeurd met betrekking tot deze deelthematiek van de middelenpreventie.

- Een project : „Adequaat gebruik van Geneesmiddelen” uitgevoerd door het Wijkgezondheidscentrum „Botermarkt” in Gent. (500.000 F. op b.a. 33.58).
- Een project van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisatie (O.I.V.O.) waarbij een publicatie werd gerealiseerd die aan intermediairen heel wat informatie verschaft inzake de complexe wereld van de farmaceutische produkten, aanmaak, consumptie, . . . (500.000 F. op b.a. 33.58)

Op het programma 12.22., „Medisch Sociale Projecten” worden heel wat middelen vrijgemaakt voor een 3-jarig programma uitgevoerd door Werkgroep Gezondheidsvoorlichting vzw, „Project Farmaka”.

Het globale programma loopt onder de naam „Kwaliteitsbenadering en kostenbesparing in de Gezondheidszorg door beïnvloeding van het voorschrijfgedrag van de huisarts en het consumptiegedrag van de patiënt.”

Een eerste luik voorziet in het opmaken van een draaiboek dat kan dienen als handleiding voor de huisarts bij de afbouw van langdurig en dagelijks gebruik van benzodiazepines.

Een tweede luik voorziet in kwaliteitsbevordering en kostenbesparing door toepassing van een geneesmiddelenformularium bij bejaarden in rusthuizen en in de huisartsenpraktijk.

Het betreft hier een globale investering van 10.329.000 over 3 jaar gespreid.

1.3.3. Alcohol- en andere drugpreventie

De hiernavolgende gegevens zijn gebaseerd op het beleidsvoorbereidend onderzoeksrapport van prof. Brice De Ruyver. Door de snel wijzigende toestand zullen een aantal gegevens reeds niet meer correct zijn en moeten worden aangepast. Het is een overzicht geldend voor medio 1993.

1.3.3.1. Overzicht van de actoren en projecten op niveau van de Vlaamse Gemeenschap.

MINISTERIE VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

- VAD als B-voorziening :
 - binnen het Vlaams Instituut Gezondheidspromotie : **2,5** mio
- VAD-projecten :
 - Coördinatie van preventiewerk voor alcohol- en andere drugproblemen
 - 3 coördinatoren : 1 FT en 2 HT en 1 HT Administratie : 4.610.000
 - Middelen en Werk
 - 1 FT Coördinator : **2.700.000**
 - HIV en drugsputters : hier bestaat een samenwerkingsverband tussen Free Clinic en V.A.D. Op het totale project worden 2 veldwerkers en 1 HT onderzoeker betoelaagd.
- Proges :
 - 'De Uitdaging' : Training naar leerkrachten + materiaalontwikkeling : **2.280.000**

MINISTERIE VAN ONDERWIJS MINISTERIE VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

- Gezamenlijk project binnen VAD :
 - Drugbeleid op school : 1 FT projectmedewerker : **2 x 1** mi0

MINISTERIE VAN WELZIJN EN GEZIN

- VAD-project :
 - Drugpreventie in de Comités Bijzondere Jeugdzorg : 1 FT projectmedewerker : 4,35 mi0 voor 3 jaar

- Subsiëring van 10 preventiewerkers verbonden aan Centra Geestelijke Gezondheidszorg (2 per prov.) met een regionale opdracht inzake middelenpreventie.

MINISTERIE VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

VAD-project - Coördinatie van preventiewerk voor alcohol- en andere drugproblemen

Recente (inter)nationale tendensen hebben het drugpreventiewerk inhoudelijk en methodisch verruimd. Hiertoe werd bijgedragen door wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de complexiteit van de problematiek en de evaluatie van preventieve activiteiten.

Mede onder deze impuls werden verschillende preventieprojecten opgestart. Deze preventie activiteiten betroffen echter veelal éénmalige en weinig gestructureerde initiatieven.

In 1988 werd door de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid een structuur uitgewerkt waarbinnen verschillende medewerkers moesten instaan voor een meer gesystematiseerde aanpak van drugpreventieactiviteiten. Hiertoe werden per provincie 2 preventiewerkers binnen de centra geestelijke gezondheidszorg en 2 coördinatoren binnen de Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen tewerkgesteld.

Vanuit dit preventiewerk geopteerd voor een systematisch preventiebeleid voor gans Vlaanderen, met omkadering van bestaande initiatieven. De gemeenschappelijke werkopties zijn gebaseerd op „de registratiegegevens met betrekking tot de problematiek onderzoeksgegevens omtrent de effectiviteit van preventiestrategieën voor alcohol- en andere drugproblemen, de noden van bepaalde groepen en sectoren en een gemeenschappelijke langetermijnvisie op preventie.“

De oprichting van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) biedt volgens deze drugpreventiewerkers interessante perspectieven door de aansluiting bij de globale aanpak van gezondheidspromotie. „Efficiënt preventiebeleid alcohol en drugs bestaat immers uit het drieluik : sensibiliseren en vorming, beleidsmaatregelen, en opvang en begeleiding“.*

De doelstellingen van het project zijn veelvuldig, hieronder wordt een beknopte samenvatting weergegeven³ :

¹ X, 'project : Coördinatie van de preventie van alcohol- en andere drugproblemen in Vlaanderen', VAD-berichten, 1992, nr. 1, p. 8.

² X, 'project : Coördinatie van de preventie van alcohol- en andere drugproblemen in Vlaanderen', VAD-berichten, 1992, nr. 1, p. 8.

³ X, 'project : Coördinatie van de preventie van alcohol- en andere drugproblemen in Vlaanderen', VAD-berichten, 1992, nr. 1, p. 8 en 9.

- inhoudelijke coördinatie van de alcohol- en andere drugpreventie in Vlaanderen onder meer omvattende een begeleiding van de planning en prioriteitenkeuze van de preventiewerkers en logistieke- en kwaliteitsondersteuning ;
- inhoudelijke vorming met betrekking tot alcohol en andere drugs ;
- registratie van alcohol- en andere drugsproblematiek in Vlaanderen : aard, omvang en spreiding ;
- evaluatie van het preventiewerk met jaarlijkse bijsturing van opties en planning ;
- deelname aan de Stuurgroep van het preventiewerk voor alcohol- en andere drugproblemen ;
- adviesverstrekking aan de overheid en aan het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) met betrekking tot alcohol- en andere drugpreventie : nationale en internationale contacten.

De preventiewerkers leggen de nadruk op het belang van de continuïteit van het huidig uitgewerkte preventiebeleid⁴. Dit preventiebeleid is volgens de auteurs uitgetekend in een lange termijnsopzet, waarbij in het preventiewerk alcohol en drugs voortdurende aandacht moet gegeven worden aan diverse factoren :

- de (internationale) evoluties in het gebruiksgedrag ;
- de regionale tendensen en mogelijkheden tot samenwerking ;
- vormingsmogelijkheden rond de problematiek aan intermediairen ;
- ondersteuning van regionale acties.

MINISTERIE VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

VAD-project : Middelen en werk

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen organiseert zowel conferenties en cursussen bedoeld voor een ruim (bedrijfs-)publiek, als opleidingen voor specifieke doelgroepen. Opleidingen voor drugpreventie naar bedrijven toe werden reeds ingericht voor bedrijfsartsen van interbedrijfsgeneeskundige diensten, bedrijfsmaatschappelijk werkers en -verpleegkundigen.

De huidige werking van het project situeert zich voornamelijk in de bedrijven zelf. Bij het uitbouwen van het preventiebeleid wordt een procesmatige begeleiding geboden. Deze werkwijze heeft volgens de preventiewerkers het voordeel dat een 'ideaal model' geconcretiseerd kan worden en dat implementatieproblemen in de mate van het mogelijke kunnen opgevangen worden.

Vooraleer in een bedrijf een alcoholbeleid kan uitgestippeld worden is het noodzakelijk dat een aantal uitgangspunten in aanmerking genomen worden :

- het bedrijf dient maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de veiligheid en de gezondheid van de werknemers te nemen ;
- alcoholgebruik of -misbruik moet bespreekbaar gesteld worden ;
- voorlichting moet gegeven worden omtrent dit onderwerp ;
- een intern reglement dient opgesteld te worden t.a.v. intern alcoholgebruik en alcoholproblemen ;
- een concreet hulpverleningsaanbod moet uitgewerkt worden ;
- interventies van het bedrijf dienaangaande dienen beperkt te worden tot de effecten van dit gebruik op de arbeidsprestatie.

De preventiewerkers situeren het kader waarbinnen het alcoholbeleid binnen de bedrijven plaats vindt **rond**⁶ :

- voorlichting en vorming, deze mogen niet éénmalig plaatsvinden ;
- signaleren en opvangen van alcoholproblemen, waaronder het uitwerken van een intern hulpverleningsaanbod ;
- reglementering met als centraal uitgangspunt werkbehoud. Alcoholproblemen worden behandeld zoals andere problemen inzake veiligheid en gezondheid van werknemers.

Verschillende knelpunten worden door de auteur naar voor gebracht, waarvan enkele hieronder vermeld worden⁷ :

- alcoholpreventiebeleid kan niet herleid worden tot acties welke opgestart worden n.a.v. concrete alcoholproblemen ;
- het betrekken van alle partijen binnen een onderneming is noodzakelijk ;
- ook binnen bedrijven dient een langetermijnsvisie ontwikkeld te worden ; preventiemaatregelen leiden niet tot onmiddellijk succes ;
- voor de bedrijven vormt het alcoholbeleid vrijwel nooit een topprioriteit.

MINISTERIE VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

Project : „HIV-preventie bij injecterende druggebruikers”

Situering en huidige evolutie

In samenwerking met het Interprovinciaal AIDS-coördinaat, de vzw Maatschappelijke research (die o.a. Free-Clinic overkoepelt) en de VAD werd het project geformuleerd.

⁵ DE BOCK M., DE VENTER R., LAMBRECHTS M., NELISSEN S., STAELENS M., VANDERSTRAETEN M. EN VERMEIREN A., 'Alcohol en Arbeid', 1990, II.

⁶ LAMBRECHTS M.-C., 'De aanpak van alcohol- en andere drugproblemen in bedrijven in Vlaanderen : een stand van zaken', 1993, 5.

⁷ LAMBRECHTS M.-C., 1993, o.c., 6-7.

⁴ X, 'project : Coördinatie van de preventie van alcohol- en andere drugproblemen in Vlaanderen', VAD-berichten, 1992, nr. 9.

Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de verschillende drugscènes waarbij gepoogd wordt de onderlinge, regionale verschillen te beschrijven. Daarbij wordt ernaar gestreefd om zo exploratief mogelijk te werken om zodoende bepaalde lacunes in de HIV-preventie-aanpak te kunnen traceren. Het uiteindelijke doel is om aan de hand van deze kennis de HIV-preventie t.o.v. de groep van injecterende druggebruikers fijner af te stellen.

Na een literatuurstudie waarin de etnografische methode wordt belicht en uitgediept, wordt aan de hand van open interviews met injecterende druggebruikers (voorlopig in Antwerpen) algemene informatie over spuitgedrag verzameld waarbij aspecten zoals gemeenschappelijk naaldgebruik, hygiënische zorgen, e.a. aan bod komen. Op basis van deze gegevens, waardoor een zicht verwacht wordt op de dynamieken in deze contacten, moet men in staat zijn om met de preventie naar de doelgroep van injecterende druggebruikers beter in te spelen op hun leef- en denkwereld.

MINISTERIE VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

Proges : 'De Uitdaging' :

De oprichting van de vereniging voor PROMotie van de GEZondheid op School (PROGES) werd mogelijk gemaakt door het Besluit van de Vlaamse Executieve van 31 juli 1991. Proges heeft – als uitvoeringsorgaan van de stuurgroep GVO in het onderwijs als doelstelling het stimuleren, ondersteunen en coördineren van initiatieven inzake gezondheidspromotie op school.

De belangrijkste lopende projecten van Proges betreffen enerzijds het opzetten van een pilootproject in 12 Vlaamse scholen waarbij een aantal formules uitgetest worden voor de realisatie van de „Gezonde School”. Anderzijds wordt, vanuit de geconstateerde behoefte aan extra vorming, een trainings- en vormingsprogramma uitgewerkt rond gezondheidspromotie voor leerkrachten en MST-PMS medewerkers (1993-1994). Op dit project wordt hierna verder ingegaan.

Het informatiepakket rond deze vorm van verslavingspreventie werd ter beschikking gesteld van de scholen op verschillende infosessies eind 1992. De doelgroep omvat leerkrachten derde graad middelbaar onderwijs, ongeacht de discipline. Per school worden minimum twee deelnemers verwacht, die na de opleiding als coördinator in hun school optreden bij de toepassing van het programma. Bij de training kunnen ook PMS-MST medewerkers betrokken worden indien een school uit hun werkgebied deelneemt.

Het trainingsprogramma aan de intermediären omvat twee modules van telkens drie dagen en verloopt residentieel. Enerzijds worden voordrachten en informatie-sessies gebracht, anderzijds kunnen de deelnemers de uitgewerkte doe-activiteiten ook zelf ervaren. Van de leerkrachten-deelnemers wordt een actieve inbreng verwacht. De nabespreking gebeurt mede aan de hand van video-opnames van de activiteiten.

Tussen de twee modules in worden de ervaringen getoetst in de eigen school. De begeleiding van de deelnemers zal tekens gebeuren door medewerkers van Proges, een preventiemedewerker verbonden aan de C.G.G.Z. en verschillende trainers.

Lessenpakketten m.b.t. gezondheidspromotie op school werden vanaf 1980 ontwikkeld voor de lagere school. Vanaf 1990-1991 werden ook pakketten voor het secundair onderwijs ontworpen. Deze pakketten werden telkens specifiek uitgewerkt voor een bepaalde leeftijdsgroep. Zo vermelden we het tabakpreventiepakket voor 12-14 jarigen en het alcoholpreventiepakket voor 14-16 jarigen. „De Uitdaging” kan beschouwd worden als een logische voortzetting van deze lessenpakketten. Het themapakket De Uitdaging werd specifiek ontworpen voor verslavingspreventie bij 16 tot 18 jarigen.

Qua aanpak verplicht het lessenpakket „De Uitdaging” van de klassieke GVO-pakketten. De kennisoverdracht staat hier niet centraal, wel het aanleren van sociale vaardigheden. Hiertoe blijkt een degelijke vooropleiding van de leerkrachten onontbeerlijk.

Het programma werd in alle afdelingen van het secundair onderwijs op haalbaarheid uitgetest, ook eenmaal in het deeltijds onderwijs. In die 8 secundaire scholen bleek het resultaat volgens de inrichters unaniem positief.

Voor de leerlingen bestaat de toepassing van „De Uitdaging” uit een activiteitenprogramma. Het omvat drie grote delen⁸. Vooreerst de STARTfase: tijdens een tweetal doe-activiteiten kunnen leerlingen zich situeren binnen de klasgroep, maar worden ze ook geconfronteerd met hun IK. Hier start ook het werken met het 'logboek'. Tijdens de TRAININGSfase wordt via een aantal tussentijdse oefenmomenten gewerkt aan zelf vooropgestelde leerpunten. En tenslotte wordt tijdens de SLOTfase het geleerde toegepast in een uitdagende omgeving. Voor de slotfase (optie Ardennen) wordt beroep gedaan op externe begeleiders voor de logistieke ondersteuning van de activiteiten.

Voor de leerkrachten bevat het pakket de verschillende componenten⁹: theoretische achtergrond, doelstellingen, inhoud van het programma en achtergrondinformatie voor de leerkracht over illegale drugs.

Daarnaast wordt de leerkracht die met het pakket willen werken een motiverende video verschaft. Ook ontvangen zij, na het volgen van een vormingscyclus, werkfiches die uitgeschreven lesvoorbereidingen bevatten.

De Uitdaging situeert zich onder de preventiestrategieën die in het schoolse milieu kunnen aangewend worden. Het programma beoogt niet een kennisvermeerdering omtrent illegale drugs bij de leerlingen. Evenmin wordt hier gekozen voor de

⁸ X, 'De Uitdaging. Een pakket verslavingspreventie voor 16-18 jarigen. Informatiepakket', nota, s.d., s.l., 5.

⁹ X, 'De Uitdaging. Een pakket verslavingspreventie voor 16-18 jarigen. Informatiepakket', nota, s.d., s.l., 6-7.

expliciet affectieve of de 'zeg nee' benadering. Volgens Proges zelf sluit hun benadering het best aan bij de persoonlijke en sociale vaardigheden benadering, een mengvorm van de twee hiervoor genoemde benaderingen. Aan jongeren kan geleerd worden in verschillende situaties sociaal competent te handelen. De doelstellingen omvatten zowel persoonlijke als sociale ontwikkeling van de jongeren.

MINISTERIE VAN ONDERWIJS – MINISTERIE VAN TEWERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN

Gezamenlijk project binnen VAD : Drugbeleid op School

Als uitgangspunt wordt gesteld dat een preventief drugbeleid op school drie componenten bevat¹⁰ :

- Het uitwerken van een plan. Hierbij dienen de grenzen van wat kan en niet kan per school duidelijk aangegeven te worden. Hieruit volgt dat voor de betrokkenen klaar moet worden aangegeven wat de consequenties zijn van het overschrijden van deze grenzen. Door de scholen kunnen dienaangaande een aantal strategieën worden uitgestippeld, in het bijzonder naar leerkrachten toe. De regels en afspraken moeten voor alle betrokkenen gekend zijn, zodat een adequate reactie mogelijk wordt.
- De interventie van de school kan niet beperkt worden tot een sanctionerend optreden. Een begeleiding van de – met drugs experimenterende – jongeren wordt bij voorkeur door de school zelf georganiseerd.
- Opvoeding : drugpreventie kan hier zowel gezien worden als een globaal programma van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, als drugspecifiek. Dit preventie van de school blijft afhankelijk van het niveau van de leerlingen. De voorkeur wordt gegeven aan een langetermijnsplanning waarbij de drugpreventieve activiteiten gepland worden binnen het curriculum. Op deze manier kan een spreiding over verschillende leerjaren gerealiseerd worden. Bij deze preventie mag evenmin worden voorbij gegaan aan het schoolklimaat en aan de navorming van de leerkrachten. „Navorming kan leerkrachten ondersteunen om het thema drugs niet produktgericht maar op het niveau van gedrag en achterliggende factoren te bespreken”. Ondertussen is het draaiboek en de begeleidersmap klaar. In 1994 wordt gewerkt aan de ondersteuning van PMS/MST in hun rol als procesbegeleiders en in het kader van begeleiding van probleemleerlingen. Daarnaast wordt de rol van de ouders/oudercomité verder ontwikkeld.

Gepland wordt om in de toekomst praktijkondersteunende begeleidingsmodellen voor de scholen uit te werken. Deze omvatten een procesbeschrijving en een methodiekondersteuning.

„De discussietekst 'Een drugbeleid op school' wil een kader schetsen van waaruit een drugbeleid op school gestalte kan krijgen. Er worden een aantal valkuilen beschreven die bij de aanpak van druggebruik vaak voorkomen en er staan een aantal strategieën in vermeld die het druggebruik in zijn totaliteit moeten aanpakken’*.”

MINISTERIE WELZIJN EN GEZIN

VAD-project : Drugpreventie in samenwerking met de Comités Bijzondere Jeugdzorg

Situering van het project :

Aan de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg werden kredieten toegekend voor het opzetten van preventieprojecten ter voorkoming van problematische opvoedingssituaties. Voor het project „drugpreventie”, werd een samenwerkingsverband ontwikkeld tussen de gemeenschapsminister van Volksgezondheid en de initiatiefnemende gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin.

Een conventie werd afgesloten met de vereniging voor alcoholen andere drugproblemen, voor de periode van drie jaar. In dit kader werd een full-time medewerker aangeworven binnen de V.A.D.. Het is de bedoeling dat deze medewerker zou ondersteund worden door de regionale preventiewerkers, werkzaam binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Omschrijving van de opdracht :

- gezien de omvang van de groep jongeren die men wenste te bereiken werd gekozen om te werken met de groep van intermediairen ;
- de beslissing tot regionale deelname aan het samenwerkingsverband tussen V.A.D. en de comités B.J. gebeurt op vrijwillige basis. Op de diensten V.A.D. kan beroep gedaan worden voor uitwerking en het ter beschikking stellen van methodieken en materiaal ;
- het project richt zich inhoudelijk naar alle vormen van drugpreventie, zowel legale als illegale drugs.

Door de stuurgroep werd gekozen voor het uitwerken van een beperkt aantal projecten (opties) :

- het project druggebruik in Vlaamse dancings is genspireerd op een bestaande preventiecampagne in de streek van Kortrijk ;
- op vraag van een aantal instellingen in de regio Leuven werd nood aan vorming gesignaleerd omtrent vorming 'drugs-en alcoholbeleid,, in instellingen bijzondere jeugdzorg ;

¹⁰ GEIRNAERT M., Rondetafelconferentie scholen en drugs', VAD-berichten, 1993, nr. 1, 6-7.

11 GEIRNAERT M., 1993, o.c., 6-7.

12 GEIRNAERT M., 1993, nr. 1, 7.

- inventarisatie van preventiemateriaal en -initiatieven naar jongeren. Om dit (geautomatiseerde) inventarisatieinstrument te ontwikkelen dient vooreerst een gemeenschappelijke visie omtrent preventie ontwikkeld te worden ;
- behoeftenonderzoek : het situeren van regionale maatschappelijke problemen.

De dossiers werden verspreid naar de verschillende comités, die een keuze moesten vastleggen voor één van de voorgestelde opties. Deze opties zullen met de plaatselijke comités worden uitgewerkt.

De uitbouw en organisatie van een vormingsaanbod berust bij het comité. De V.A.D.-medewerker en de preventiewerkers binnen de diensten geestelijke gezondheidszorg zijn verantwoordelijk voor de inhoudelijke uitbouw en het geven van het programma.

- Samenwerkingsverbanden met deelname van de C.B.J. werden reeds opgestart in Oostende, Brugge, Leuven, Hasselt Tongeren en Maaseik.
- Het vormingspakket naar instelling wordt uitgediept in Oostende, Brugge en Leuven.
- Verschillende comités in Limburg werken rond het thema horeca.

Daarnaast dient nog het privé-initiatief 'Leefsleutels voor Jongeren' van Lions Quest vermeld.

Dit preventieprogramma 'Leefsleutels voor Jongeren' is tot stand gekomen, gesteund door een samenwerking tussen Lions Club International, een wijd verspreide dienstverlenende organisatie en Quest International, een educatieve organisatie.

De doelstellingen van het programma liggen in het opbouwen van sociaal gedrag bij jongeren en in het helpen van jongeren in hun ontwikkeling tot positieve betrokkenheid. Als preventieprogramma sluit Leefsleutels aan bij de tendens eerder de nadruk te leggen op het bevorderen van persoonlijke vaardigheden dan het overbrengen van informatie.

Het preventiepakket is leeftijdsgebonden en werd ontworpen voor aanwending tijdens de puberteitsperiode : nl. leerlingen tussen 12 en 14 jaar. De toepassing ervan blijft beperkt tot die leerkrachten die hiertoe een opleiding volgen. Het lessenpakket gaat over zeven thema's : puberteit een uitdaging, meer zelfvertrouwen door betere communicatie, omgaan met je gevoelens, betere contacten met je vrienden, betere contacten thuis, kritisch denken en beslissen en weten wat je wil. Deze thema's worden uitgewerkt in 80 lessen, met mogelijkheid tot spreiding over verschillende schooljaren.

1.3.3.2. De budgetten vanuit Medisch Sociaal beleid Samenvattend overzicht 1993

Tabakspreventie

Voorziening binnen VIG ¹³	: 2,5 mio b.a. 33.58
Projectbetoelaging	: <u>1,5 mio</u> b.a. 33.58
	4,0 mi0

Geneesmiddelenpreventie

Voorziening binnen VIG ¹⁴	: 1 mio b.a. 33.58
Projectbetoelaging	: 2x
	0,5 mio b.a. 33.58
Onderzoeksbetoelaging ¹⁵	: <u>3,6 mio</u> b.a. 12.22
	5,6 mio

Alcohol- en Drugpreventie

Voorzieningen binnen VIG ¹⁴	: 2,5 mio b.a. 33.58
Projectbetoelaging	: 4,6 mio b.a. 33.58
	2,7 mio b.a. 33.58
	2,28 mio b.a. 33.58
	1 mio b.a. 33.58
	<u>0,6 mio</u>
	13,68 mio

1.3.3.3. Overzicht van de actoren en projecten op niveau van de Vlaamse Provincies

Dit overzicht is grotendeels gebaseerd op het rapport van prof. D. De Ruyver. Door de snel wisselende situatie is dit zeker niet volledig. Noch het rapport noch het hierna volgend overzicht heeft de pretentie een allesomvattende inventarisatie en evaluatie aan te bieden.

A) LIMBURG

Structuur van de Alcohol- en drugpreventie

Centraal op zowel het preventieve als het hulpverlenende vlak t.a.v. drugproblematiek staat in de provincie Limburg het Limburgs Platformoverleg Verslaving (L.P.V.). Op de werking van dit overlegplatform wordt verder nader ingegaan.

De provincie benut het C.A.D.- Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen – als uitvoerend orgaan van de L.P.V., via welke de provinciale initiatieven concreet moeten worden gerealiseerd.

Mede daarom is het C.A.D. ook de spil en coördinator van de preventie activiteiten in de provincie. Deze preventie heeft een provinciaal beleid met duidelijke doelstellingen als grondslag : deskundigheid enerzijds en participatie van maatschappelijke sectoren anderzijds, bepalen de strategie.

¹³ Erkenning voor 5 jaar – toelage op jaarbasis.

¹⁴ Erkenning voor 5 jaar – toelage op jaarbasis.

¹⁵ 3-jarig project.

Er zijn 4 types te onderscheiden :

- Ondersteunen van gemeentelijke instanties in het organiseren van preventie en (eerstelijns-) hulpverlening inzake alcohol- en drugproblemen.

Zo zijn in acht gemeenten reeds een tijd lang gemeentelijke overleggroepen actief, waar naast gemeente en O.C.M.W. ook huisartsen(kringen), buurt- en jeugdwerkingen bij betrokken zijn.

Dit is het geval in Heusden-Zolder, Sint-Truiden, Beringen, Houthalen, Lommel, Maaseik, Maasmechelen en Genk. In Hasselt is het overleg opgericht in het kader van de V.F.I.K.-projecten.

Gelijkaardige overlegsituaties, met preventieve invalshoek, zijn recent ook gestart in Lummen, Bilzen, Lanaken en Tongeren.

In de meeste gevallen organiseert het C.A.D. het secretariaat van deze overleggroepen.

- In samenwerking met Directies, P.M.S. en M.S.T.-diensten, meestal ook met de gemeentelijke overleggroep, werden ook preventieprojecten georganiseerd in scholen. Informatie en logistieke ondersteuning wordt geboden door de preventiewerkers binnen het C.A.D., welke ook ten dele (bv. "Tralies in Wonderland,") het preventiemateriaal ontwikkelen.

De preventiewerkers binnen het C.A.D. staan in voor de vorming van leerkrachten P.M.S.- en M.S.T.-medewerkers.

Het C.A.D. stelt zelf geen formeel aanbod terzake te doen, maar wel als herkenbare instantie te fungeren.

- Ook voor specifieke risicogroepen werden/worden preventie-initiatieven opgericht :
 - o bijzondere jeugdzorg : o.a. vorming van opvoeders ;
 - o gevangenis van Tongeren, Hoogstraten en Hasselt : vorming van bewaarders en begeleiders (door het C.A.D.) van gebruikers ;
 - o kansarme jongeren : door ondersteuning van bepaalde jeugdhuizen.
- Het C.A.D. werkt ook mee in bredere of aansluitende preventieprojecten : gokpreventie, AIDS-preventie, enz.. .

Een overzicht van de preventiewerkers vindt men in bijlage 3.

B) WEST-VLAANDEREN

Provinciaal is het WCAD (Westvlaams Coördinatiecomité Alcohol en Drugs) actief, waarbinnen initiatieven worden gebundeld op het vlak van preventie en hulpverlening. Er wordt gewerkt met 'overleg-ondersteuningscomités'. Ondersteuning vanuit het provinciebestuur is volop in onderhandeling.

Er zijn een aantal intersectoriële lokale (gemeentelijke) en regionale overlegplatforms actief. Zij vormen het uitgangspunt van de preventie-initiatieven en worden door verschillende partners getrokken.

Lokaal : Menen, Kortrijk, Ieper, Tielt, Izegem, Wevelgem, Roeselare, Blankenberge, Veurne, Torhout.

Regionaal : Brugge, Oostende, Kortrijk.

Aktieve partners in preventie in W.-Vlaanderen zijn :

- 2 FT CGG-preventiewerkers gecoördineerd door VAD ;
- 1/2 T vormingswerker voor algemene preventie in CGG Brugge ;
- 1/2 T preventiewerker binnen CGG Oostende ;
- Jongeren Advies- en Informatiecentra (JAC) ;
- Diverse preventiewerkers in het kader van de preventiecontracten vanuit Binnenlandse Zaken (criminaliteitspreventie) ;
- Comités Bijzondere Jeugdzorg ;
- Informatieve/preventieve activiteiten vanuit gespecialiseerde hulpverleningsdiensten ;
- GVO-centrum van een mutualiteit ;
- politie, rijkswacht, parket.

De vraag naar „preventie-initiatieven”, en de verwachting vanuit verschillende sectoren, wordt niet beantwoord zoals de vraagstellers dat wensen. Vanuit onderwijs- en andere sectoren stelt men vooral vragen gericht op informatie, éénmalige vormingsavonden, voordrachten e.d..

De jongeren-adviescentra en de preventiewerkers zijn niet geneigd op deze vragen in te gaan. Vanuit de hulpverlening wordt op deze vragen af en toe wel ingegaan. Eén centrum geeft in het kader van vragen naar voorlichting avondvoordrachten, à ratio van ca 10 avonden per maand. Ook de politie wil zich wel eens op dit terrein begeven ; dit laatste verschilt echter van regio tot regio : in sommige regio's zijn hierover met de politie afspraken gemaakt.

Omtrent het geven van voorlichting, in de zin van algemene informatieverstrekking, in het kader van drugpreventie heerst onenigheid bij drughulpverlening en preventie. Verschillende personen menen dat het beter is de vragende partij duidelijk te maken waarom op dit soort vragen beter niet wordt ingegaan.

In het kader van preventie blijken dergelijke tussenkomsten met uitleg betreffende de verschillende illegale middelen niet efficiënt te zijn. Het experimenteel gebruik wordt erdoor gestimuleerd. Een consistente reactie door alle hulpverlenings- en preventiewerkers op dergelijke vragen is volgens deze respondenten noodzakelijk.

Op dit moment is het eveneens zo dat andere instellingen zoals het G.V.O.-centrum van een mu-

tualiteit, jaarlijks meer dan 1000 leerlingen mobiliseert voor voorlichting naar aanleiding van de week alcohol en drugs. Ook dergelijke initiatieven worden als preventiewerk naar voor gebracht.

Vanuit jongeren- en preventiewerk wordt de nadruk gelegd op de vorming van intermediairen, en het begeleiden van instellingen rond het ontwikkelen van een eigen beleidsplan. Hierbij wordt op de steun van de V.A.D. gerekend voor het ontwikkelen van visie en methodiek.

De meer geprofessionaliseerde preventiewerkers menen, dat de zich manifesterende publieke belangstelling moet worden benut als een bundelende kracht, met het oog op een gezamenlijke visie, een integraal beleid, afspraken tussen verschillende sectoren en coördinatie en samenwerking op lokaal vlak.

Plaatselijke overlegsituaties dienen erop gericht te zijn en coherentie van het beleid op verschillende niveaus te stimuleren.

De preventie initiatieven verschillen sterk tussen de regio's.

Een overzicht van de preventiewerkers vindt men in bijlage 4.

C)BRABANT

In Brabant zorgt het POK (Provinciaal Overlegcomité over Alcohol en andere drugs Brabant) voor een provinciale overkoepeling van activiteiten op het vlak van preventie, behandeling en nazorg. Naast coördinatie en overleg wil men tevens komen tot methodiekontwikkeling en innoverende technieken op therapeutisch en preventief vlak.

Daarnaast situeren zich in de provincie diverse overlegplatforms.

Lokaal : Brussel, St.-Genesius Rode, Dilbeek, Tienen, Aarschot, Leuven, Grimbergen, Asse.

Regionaal : Diest-Leuven, Wezembeek Oppem.

De verschillende actieve partners binnen een preventiebeleid zijn :

- 2 FT CGG-preventiewerkers gecoördineerd door VAD ;
- Diverse preventiewerkers in het kader van de preventiecontracten vanuit Binnenlandse Zaken (criminaliteitspreventie) ;
- Jongeren Advies en Informatiecentra : Tilt, Jac-Leuven ;
- Comités Bijzondere Jeugdzorg ;
- informatieve/preventieve activiteiten vanuit gespecialiseerde hulpverleningsdiensten ;
- politie, rijkswacht ;
- preventieambtenaar stad.

Er wordt naar verschillende sectoren gewerkt. Onderwijs is een belangrijke vragende partij.

Het bestaande preventiekader wordt onvoldoende geacht. Veel zal afhangen van de coördinatie van de aan te werven preventiewerkers, in het kader van de preventie- en veiligheidscontracten Binnenlandse Zaken.

De samenwerking tussen de regionale en de plaatselijke preventiewerkers is niet vanzelfsprekend.

De coördinatie van de verschillende preventiedoel(stelling)en verloopt moeilijk. De preventiedoelen zijn verschillend van aard ; vanuit de veiligheidscontracten wordt vertrokken vanuit de preventie van (aan drugs gerelateerde) criminaliteit. In praktijk zou kunnen blijken dat contraproductief gewerkt wordt. Als de lokale preventiewerkers zich individueel tot alle jongeren (binnen een bepaalde school) zouden richten bvb. terwijl de andere preventiewerkers per school met intermediairen gaan werken.

Deze convergentie in de doelstellingen is echter niet inherent aan de drugpreventiewerkers. Ook de jongerenadviescentra passen andere methodes toe bij hun preventieve acties. Zo gaan verschillende JAC's in op vragen van de scholen, waarbij in de klassen vraaggesprekken worden gehouden, in afwezigheid van de leerkrachten. Hier wordt ondermeer justitiële informatie gegeven, bvb. hoe trek je uit de slag na positief plassen, en wordt aan attitude vorming gedaan.

Omtrent de relevantie van voorlichtingssessies worden verschillende standpunten ingenomen. Verschillende instanties blijken hieraan deel te nemen.

- De Rijkswacht stel hiertoe in verschillende districten materiaal en mensen ter beschikking. Het gaat hierbij voornamelijk om produkt-informatie. Binnen de korpsen zou daartoe een echt beleid ontwikkeld zijn. Binnen elke rijkswachtbrigade is er iemand die in dergelijke initiatieven (media, dia's, koffertje) actief is.
- Voor de politie geeft alleen de politie in Brussel dergelijke voorlichting.
- Ook andere organisaties, zoals de Christelijke Mutualiteiten, de Bond van Grote en Jonge Gezinnen, KVAV en andere structuren voor volwassenvorming houden voorlichtingssessies.
- Met betrekking tot de voorlichtingsactiviteiten vanuit de drughulpverlening in scholen, bestaan tegenstrijdige opvattingen. Sommigen vragen zich af of de hulpverleningsinstellingen hiervoor de geschikte actor zijn.

Men stelt een zekere evolutie binnen de activiteiten van de preventiewerkers vast. Men is afgestapt van het informatieve (koffertje) en overgeschakeld naar de voorlichting van intermediairen (ouders, leerkrachten en directies). Hier en daar komt men tot het oprichten van een drugoverlegplatform.

De contacten met justitie blijken sterk verschillend naargelang de regio. In Brussel werden duidelijke beleidsopties genomen. In het drugoverlegplatform is ook justitie betrokken. Er wordt naar oplossingen gezocht in het sociaal aanvaard drugge-

bruik. Individuele gebruikersdosis geeft zelden aanleiding tot vervolging. De Brusselse Rijkswacht heeft als beleid uitgestippeld dat voor voorlichting, alleen intermediairen benaderd worden.

Een overzicht van de preventiewerkers vindt men in bijlage 5.

D) OOST-VLAANDEREN

In Oost-Vlaanderen zijn eveneens een aantal intersectoriële lokale (gemeentelijke) en regionale overlegplatforms actief. Zij vormen het uitgangspunt van de preventie-initiatieven en worden door verschillende partners getrokken.

Lokaal : St.-Niklaas, Gent, Aalter, Lokeren, Heusden-Destelbergen, Wetteren, Deinze, Merelbeke, Dendermonde.

Regionaal : St.-Niklaas, Dendermonde.

In Oost-Vlaanderen bestaat er geen provinciale koepel. Recent werden op provinciaal niveau eerste onderhandelingen gevoerd om een provinciaal werkniveau te realiseren.

De verschillende actieve partners binnen een preventiebeleid zijn :

- 2 FT CGG-preventiewerkers gecoördineerd door VAD ;
- Diverse preventiewerkers in het kader van de preventiecontracten vanuit Binnenlandse Zaken (criminaliteitspreventie) ;
- Jongeren Advies en Informatiecentra ;
- Centra Geestelijke Gezondheidszorg ;
- Comités Bijzondere Jeugdzorg ;
- informatieve/preventieve activiteiten vanuit gespecialiseerde hulpverleningsdiensten ;
- politie, rijkswacht .

Activiteiten worden in diverse sectoren ontwikkeld. Ook hier is vooral onderwijs de vragende partij. Het aantal preventiewerkers is ruim onvoldoende om de vraag te kunnen beantwoorden.

Een overzicht van de preventiewerkers vindt men in bijlage 6.

E) ANTWERPEN

In de provincie Antwerpen bestaat geen provinciale koepel, maar wordt binnen een aantal provinciale initiatieven op een gecoördineerde manier gewerkt : Stichting Welzijnzorg, Provinciaal Instituut voor Hygiëne. Verder is er op het niveau van Antwerpen-grootstad het SODA (Stedelijk Overleg Antwerpen) met een coördinerende opdracht.

Een aantal intersectoriële overlegplatforms zijn actief :

Lokaal : Mechelen, Meerhout, Mol, Boom, Kasterlee , Vosselaar , Ravels, Turnhout, Westerlo, Antwerpen, Gesel, Kontich, Aartselaar .

Regionaal : Turnhout, Noorderkempen, Zuiderkempen.

De actoren in het preventiewerk zijn :

- 1 FT en 2 1/2 T CGG-preventiewerkers gecoördineerd door VAD ;
- Diverse preventiewerkers in het kader van de preventiecontracten vanuit Binnenlandse Zaken (criminaliteitspreventie) ;
- 3 1/2 T preventiewerkers vanuit Stichting Welzijnzorg (provincie) ;
- 3 FT stedelijke preventiewerks gedetacheerd naar SODA ;
- 3/4 T VFIC-medewerker in SODA (vanuit OCMW) ;
- 1/2 T preventiewerker voor de Bijzondere Jeugdzorg, toegewezen aan Free Clinic ;
- Jongeren Advies en Informatiecentra ;
- Preventiewerkers binnen de dienst voorkoming misdrijven ;
- Preventiewerkers binnen Comités Bijzondere Jeugdzorg ;
- politie, rijkswacht .

Ook in de provincie Antwerpen wordt in alle sectoren gewerkt. Voor een aantal sectoren (voornamelijk onderwijs) gelden afspraken wat betreft de aanpak.

Men betreurt in deze regio de versnippering van middelen en van werkers (sommige preventiewerkers hebben meerdere werkgevers en zelfs meerdere coördinatoren), en de grote verschillen in territorium en "actieradius,, , al blijken deze opmerkingen ook in andere regio's toepasselijk.

De preventiewerkers Binnenlandse Zaken bij de politie van Mechelen werkten tot hiertoe met de scholen. In Mechelen vond een epidemiologisch onderzoek plaats bij leerlingen van het laatste jaar middelbare afdeling van 17 scholen. Een rapport werd samengesteld ten behoeve van de scholen met de resultaten van deze enquête, productie-informatie, wetgeving omtrent illegale drugs, bekendmaking van het overlegplatform, activiteiten van het preventiewerk en verwijzadressen.

Het preventiewerk vanuit het C.G.G. onderhoudt contacten met leerkrachten, directie en oudergroepen. In het kader van de vorming van intermediairen. Hiertoe worden ook opleidingen verzorgd aan studenten in normaalscholen.

Men krijgt de indruk dat contacten met het onderwijs tot de dagdagelijkse taken van preventiewerkers behoren. Gewaarschuwd moet worden dat dit misschien het geval is omdat contacten met scholen de gemakkelijkste weg is. Contacten met andere doelgroepen zoals gevangenis en jeugdverenigingen waren afgebroken.

In Mechelen functioneert al 3 jaar een stedelijk overleg, onder auspiciën van de Schepen voor Sociale Zaken, naast Rijkswacht, Politie en Justitiële diensten, de criminaliteitspreventiewerkers (2), het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg en de preventiewerker (halftijds vrijgesteld door volksgezondheid en halftijds door de provinciale stichting welzijnszorg), nemen ook de jeugddiensten en jeugdwerkers (van o.a. migrantenorganisaties) deel. Op dit niveau worden eerder beleidsafspraken gemaakt.

Dit eerder op jongeren gericht overleg, heeft al 3 projecten opgestart, die echter minder met preventie en meer met basishulpverlening te maken hebben.

In het Drug Preventie Platforms (D.P.P.) Mechelen – opgericht in september 1992 – werken het Comité Bijzondere Jeugdzorg, de preventiewerker binnen het C.G.G. – en de Politie-preventiewerkers samen rond onderzoek, (o.a. omtrent middelengebruik in de horeca, bij schoolgaande jeugd) en rond preventie.

Een gemeenschappelijke strategie behoort tot de prioriteiten : naast informatie verstrekken aan intermediairen, is ook verder begeleiding van scholen, jeugdorganisaties, en dergelijke mogelijk (gebaseerd op “leefsleutels,,).

Volgens de respondenten, is er op vlak van preventie in Mechelen ook geen goede coördinatie.

In stad Antwerpen zijn 7 drugpreventiewerkers werkzaam :

- 1 voltijdse preventiewerker toegewezen aan Altox ;
- 1 (3/4e) V.F.I.K.-medewerkster in S.O.D.A. (Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen) vanuit het O.C.M.W. ;
- 1 halftijdse als ondersteuning vanwege de provincie ;
- 3 voltijdse stedelijke preventiewerkers, gedetacheerd naar S.O.D.A. ;
- 1 halftijdse ten behoeve van de instellingen voor Bijzondere Jeugdzorg, toegewezen aan Free Clinic.

Al deze personen zijn specifiek drugpreventiewerkers, daarnaast opereren nog :

- 1 vrijgestelde vormingswerker met opdracht naar randgroeperingen vanuit Free Clinic ;
- wordt door 1 persoon vorming en algemene preventie verzorgd vanuit het Jongeren Advies Centrum ;
- zijn er preventiewerkers actief in de Dienst Voorkoming Misdrijven, doch deze belichten alleen de produktinformatie en justitiële aspecten ;
- tot hetzelfde beperkt zich overigens de politie (drugbrigade, dienst opsporingen).

Recente strategie-ontwikkeling houdt in dat contacten, overleg, afspraken en gezamenlijke initia-

tieven via het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen zouden verlopen. Er zijn wel werkafspraken en enige taakverdeling, maar het blijft blijkbaar wat zoeken naar complementariteit .

Er zijn wel opmerkingen over de preventie, zoals die in Antwerpen loopt :

- ook al zijn er afspraken tussen de preventiewerkers onderling, toch blijken deze afspraken – en de eruit resulterende taakverdeling – voor de “werkgevers,, van deze preventiewerkers niet altijd duidelijk ;
- de initiatieven naar verenigingen, buurten, jeugdwerkers, enz.. . toe zouden meer aan bod moeten komen ; nu lijkt het, alsof de scholen geprivilegeerde partners zijn ;
- men meent, dat migranten als specifieke risicogroep worden genegeerd ; er is aangaande middelengebruik t.a.v. migranten weinig informatie beschikbaar en er worden t.a.v. deze groep ook geen specifieke strategieën gehanteerd ;
- men pleit voor meer aandacht voor de nood aan preventief optreden naar gebruikers toe :
 - preventie t.a.v. risicogedrag ;
 - correcte informatie over gebruikte producten (ook deze die worden geconsumeerd in de vrije tijd) ;
 - AIDS-preventie.

Blijkbaar wordt dit type preventie alleen voorzien vanuit de hulpverlening.

Een overzicht van de preventiewerker vindt men in bijlage 7.

Vanuit het VAD-preventiewerk worden een aantal gemeenschappelijke prioriteiten en strategieën uitgewerkt om tot een gecoördineerd preventiebeleid in Vlaanderen te groeien.

Intersectoriële aanpak

De CGG-preventiewerkers werken in verschillende sectoren, en dit volgens een aantal modellen en strategieën die gemeenschappelijk worden ontwikkeld. Telkens wordt gewerkt naar intermediairen en sleutelfiguren in de sectoren en niet naar de eigenlijke doelgroep zelf. De nadruk ligt op deskundigheidsbevordering binnen een systematische en langetermijnsaanpak van preventie.

Voor onderwijs wordt gewerkt volgens het model : een drugsbeleid op school. Niet alleen de CGG-preventiewerkers, maar ook veel andere actoren proberen zich in dit model te integreren. Samenwerking met onderwijsnetten en inrichtende machten zorgen voor een éénduidige implementatie.

In bedrijven wordt gewerkt op basis van het model dat binnen het project : werk en middelengebruik werd ontwikkeld.

Gezondheids- en welzijnssector : de nadruk ligt op deskundigheidsbevordering. Modellen als motivationele gesprekstechnieken worden ‘op maat’ van elke voorziening uitgewerkt. Verder wordt ge-

werkt volgens het model van een drugbeleid, aangepast aan elke specifieke voorziening.

Met justitie wordt voornamelijk samengewerkt als partner in overleg en in beperkte mate in het kader van deskundigheidsbevordering.

Voor de socio-culturele sektor werden een aantal modellen ontwikkeld om met volwassenen rond drugsgebruik en drugspreventie te werken. De nadruk ligt op het trainen van lesgevers om met die modellen te werken.

HOOFDSTUK II – UITGANGSPUNTEN VOOR EEN PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID INZAKE MIDDELENGEBRUIK

11.1. Het beheersen van een maatschappelijk fenomeen

Het gebruik van allerhande producten, omwille van het onmiddellijk positieve effect voor de gebruiker, is een maatschappelijk fenomeen dat altijd heeft bestaan en ook altijd zal bestaan. We leven in een "drugtaking society". De algemene gang naar reductie van onbehagen en de stijgende complexiteit van de samenleving maakt deze tendens tot het gebruik van allerhande middelen nog sterker.

Het is een illusie te geloven dat we deze middelen uit onze samenleving kunnen bannen. We moeten dit probleem dan ook stellen in termen van "beheersbaarheid".

Hierbij moet gestreefd worden naar een zinvol en gefaseerd beleid waarbij preventief gezondheidsbeleid, curatief gezondheidsbeleid, criminaliteitspreventie en repressieve aanpak een evenwichtig geheel vormen, waarbij de verschillende elementen op elkaar aansluiten en voorwerp van continu overleg zijn.

11.2. „Leren omgaan met risico's" als doelstelling

Preventie inzake middelengebruik gebeurt het best vanuit een globale visie. (cfr. Beleidsbrief 1993-1997) Technieken van algemene gezondheidspromotie zijn hier essentieel; sensibilisatie voor een algemene gezonde leefstijl op niveau van de totale populatie kunnen hier gesitueerd worden.

Wat het methodologische aspect betreft is het nu reeds afdoende bewezen, via veelzijdig wetenschappelijk onderzoek, dat informatieverschaffing geen noemenswaardig gedragsveranderend effect oplevert.

Daartegenover lijken strategieën waarbij meer sociale vaardigheden en "problem solving", worden aangeleerd, waardevolle instrumenten. Er wordt gekozen voor emancipatorische strategieën. Dit zijn interventies waarvan het uiteindelijke doel is de draagkracht van de doelgroep te verhogen.

Mensen meer waardigheden geven ten aanzien van de complexiteit van de samenleving.

De mate waarin de doelgroepen betrokken worden bij doelstelling-bepaling en methodiekontwikkeling (via enquêtes, marktonderzoek, . . .) is meebepalend voor het succes van de programma's. Er wordt gekozen voor participatie van de doelgroep.

11.3. Een preventief beleid gericht op gebruik, alle middelen zijn het voorwerp van de inspanningen

Al te vaak wordt te veel aandacht besteed aan illegale producten alleen. Nochtans is het gebruik van alcohol, tabak en geneesmiddelen minstens even gezondheidsbedreigend, alleen al door de massaliteit van het gebruik. (cfr. 1.2. tendenzen en onevenwichten)

Vanuit preventief oogpunt betekent dit dat we acties ondersteunen waarmee we mensen leren omgaan met deze middelen en met de complexiteit van hun leefwereld, op een bewuste manier, met zo weinig mogelijk risico voor zichzelf en voor hun sociale omgeving. Een illustratie hiervan vindt men in de projectbeschrijving in 1.3.3.1.. Binnen deze optiek wordt dus expliciet afgestapt van de louter waarschuwendende methodieken of van afschrikingsprogramma's. Ook produktinformatie als geïsoleerde interventie wordt niet verder ondersteund.

11.4. Geen exclusiviteit voor „jongeren" en „onderwijs"

De hier ontwikkelde visie op gezondheidspromotie stelt dat gezondheid en gezondheidsbevorderende strategieën multiaspectueel zijn. Dit betekent dat zoveel mogelijk rekening moet worden gehouden met de globaliteit van de situatie. Gezondheid wordt door vele clusters van factoren bepaald.

Dit heeft een aantal implicaties.

- 1) Het gericht zijn op samenwerkingsverbanden en coördinatie. Hieraan is op andere plaatsen van deze nota heel wat aandacht besteed.
- 2) Het gericht zijn op het gehele leef-, woon- en werkmilieu van de doelgroepen of beter nog van de totale populatie.

Naargelang deze netwerken zich dichter bij het individu ontwikkelen kunnen we hierin gradaties aanbrenghen.

Deze gradatie verwijst dan niet zozeer naar belangrijkheid als wel naar implicaties voor manieren van handelen, naar de noodzaak voor het ontwikkelen van verschillende methodieken.

De verschillende netwerken school, vrije tijdssector en werkmilieu moeten dan ook aandacht krijgen.

Misschien in mindere mate voor illegale middelen maar zeker voor wat betreft alcohol en geneesmid-

delen moeten preventieve maatregelen genomen worden ten aanzien van andere leeftijdsgroepen dan jongeren. Ouders, professionelen, verantwoordelijk in culturele sector zijn belangrijke beïnvloeders en cultuurdragers. Het beïnvloeden van de zogenaamde "intermediairen,, binnen alle maatschappelijke sectoren is een prioritaire strategie.

11.5. Een beleid dat maatschappelijke uitsluiting tegengaat

Zowel ten aanzien van experimentele gebruikers, geïntegreerde gebruikers als probleemgebruikers dient een beleid van "niet uitsluiting,, gevoerd.

Immers ook in dit kader zijn het de maatschappelijk kwetsbaren die het meest gevaar lopen af te glijden naar een problematisch middelengebruik. Interventies moeten dit afglijden tegen te gaan in plaats van dit in de hand te werken. Essentieel hierbij, en dit zowel in preventief als curatief opzicht, is de maximale inschakeling van mensen in het maatschappelijke proces, in het arbeidsmilieu, het culturele leven, het sociaal-economisch gebeuren. Daarnaast moet de sociale zekerheid als welzijnsbehoudend systeem beschermd worden.

Momenteel is er, in het kader van de illegaliteit van een aantal middelen, een niet te controleren criminele markt ontstaan waarin de gebruiker geen enkele bescherming geniet.

Er moet onderzocht worden hoe een niet uitsluitingsbeleid kan worden ingeschreven in een wetgeving inzake gebruik van psychotrope stoffen waarin zowel bezorgdheden omtrent gezondheid als omtrent maatschappelijke overlast hun plaats krijgen. Een verfijnde regulering en reglementering is hier noodzakelijk.

Om dit "niet uitsluitingsbeleid,, te realiseren zullen er ook maatregelen moeten genomen in het kader van de hulpverlening.

We baseren ons op de filosofie van de "harm reduction,, . Een globale strategie waarbij gezondheids- en welzijnswerk maar ook politie, justitie en het brede sociale veld zich verenigen om de schade van misbruik voor de gebruiker zoveel mogelijk te beperken of in te dijken.

Vanuit deze basisfilosofie moet een laagdrempelig en gedifferentieerd hulpverleningsaanbod uitgebouwd worden.

Om te komen tot een geïntegreerd drugbeleid waarbij preventie en curatie op elkaar zijn afgestemd moet samenwerking en overleg binnen de Vlaamse Gemeenschap worden opgestart tussen de sectoren preventie, welzijn- en gezondheidsinstellingen.

Onderhandelingen met de federale overheid inzake financieringsformules zullen dan ook worden opgestart.

Daarnaast moet een zinvol samenwerkingsmodel tussen hulpverlening en politie en justitie uitgewerkt. Binnen deze samenwerking moeten ten aanzien van de gebruiker(en ook de verslaafde) zowel met betrekking tot legale als illegale middelen meer kansen op hulpverlening en zorg worden voorzien.

HOOFDSTUK III – KNELPUNTEN EN MOEILIKHEDEN BIJ DE REALISATIE VAN DE UITGANGSPUNTEN VAN EEN PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID INZAKE MIDDEL-ENGEBRUIK

Uit de knelpuntennota van het VAD, het beleidsvoorbereidend rapport van prof. De Ruyver en vele gesprekken met de verschillende relevante actoren konden een aantal knelpunten en moeilijkheden worden weerhouden.

Samen met de vermelde onevenwichten (cfr. Hoofdstuk 1.2.) moeten deze knelpunten op vrij korte termijn worden weggewerkt. Pas onder deze voorwaarden kan een effectief Preventief Gezondheidsbeleid inzake Middelengebruik gerealiseerd worden.

111.1. Een teveel aan uitgangspunten en een gebrek aan mandaten

Er zijn verschillende soorten preventiewerkers actief in Vlaanderen. Ze verschillen naar visie, naar opdrachtgevers, naar situering en naar deskundigheid.

Het VAD-preventiewerk ressorteert voor wat betreft de coördinatie ervan onder de verantwoordelijkheid van de Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden. De preventiewerkers werken op regionale basis (binnen CGG) en er is coördinatie voorzien op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap (VAD). Het uitgangspunt is hier gezondheidspreventie. Het VAD-preventiewerk is werkzaam sinds 1988 en heeft de „richtnota drugpreventie en hulpverleningen" (1987, 1990) als beleidsdocument. Het preventieteam werkt met een langetermijnvisie op preventie waarbij vooral gewerkt wordt naar intermediairen en onder de vorm van procesbegeleiding. Het gaat in totaal om 10 preventiewerkers en 2 coördinatoren.

Het ministerie van Binnenlandse Zaken heeft via preventie- en veiligheidscontracten een aantal preventiewerkers toegewezen aan gemeenten. Het uitgangspunt is criminaliteitspreventie. Bij een eerste lichting in 1991 waren een beperkt aantal projecten expliciet bezig met drugpreventie. Bij de tweede lichting (1993) is dit in grotere mate het geval. Het gaat op dit ogenblik om een 40-tal preventiewerkers. Ze werken voornamelijk vanuit de politiediensten en hun werkveld is beperkt tot de gemeentegrenzen.

Een beperkt aantal gemeenten heeft een preventieambtenaar/preventiewerker in hun gemeentelijk

kader opgenomen. Zij functioneren niet vanuit politie maar vanuit een andere gemeentelijke dienst (jeugddienst, sociale dienst, . . .).

Een beperkt aantal preventiewerkers werd aange-steld door de provincie.

Een aantal hulpverleningsdiensten (JAC, CBJ, CGG, . . .) en jeugddiensten (Infojeugd, . . .) hebben op eigen initiatief of in het kader van een algemeen preventieve opdracht preventiemedewerkers aangetrokken. Ze werken meestal op regionale basis.

Diverse diensten (politie, rijkswacht, therapeutische gemeenschappen, . . .) geven op lokaal/regio-nale basis voordrachten naar diverse doelgroepen.

Daarnaast zijn er verschillende initiatieven zonder lokaal steunpunt via projecten of verenigingen op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap. Zij richten zich naar specifieke doelgroepen of sectoren. Voorbeelden hiervan : Proges en Quest met onderwijsprogramma's, VAD-project "Werk en Mid-delengebruik", in bedrijven, . . .

Dit zorgt voor heel wat problemen :

- versnippering van activiteit, niet steeds is overleg hierbij mogelijk. Soms wordt naast of zelfs tegen mekaar gewerkt.

Een versnipperde en verdeelde visie over preventie ondergraaft de effectiviteit van preventie volkomen. Wat niet betekent dat er geen verschillende visies op preventie mogen of kunnen worden ontwikkeld. Diversiteit in het aanbod is noodzakelijk. Het is evenwel belangrijk dat het globale aanbod aan preventieve activiteiten complementair is en elkaar niet gaat tegenwerken. Daarnaast moet rekening gehouden worden met de effectiviteit van een bepaalde preventieve aanpak en moeten ook gezamenlijke strategieën worden ontwikkeld die de vragen vanuit het veld positief kunnen richten en veruimen (van eenmalige informatieve activiteiten naar een langetermijnplanning) ;

- grote onduidelijkheid op het werkveld ; „wie doet wat en waartoe ?”
- een ongelijke en niet geprogrammeerde spreiding van preventiemedewerkers over de verschillende regio's ;
- mede door de verschillende aanwezige belangen bij de diverse opdrachtgevers (gezondheid versus criminaliteitspreventie) en het vaak tijdelijk statuut van de werkers, worden doelstellingen op korte termijn nagestreefd. Dit doorkruist vaak de lange termijnplanning van andere organisaties die meer gericht is op het opleiden en vormen van veel intermediairen die nauw aansluiten bij de specifieke groepen. Het preventiewerk is niet het voorwerp van een algemene strategische planning.

Niemand blijft over een afdoend en duidelijk mandaat te beschikken om deze wildgroei en versnippering tegen te gaan en de verschillende actoren te coördineren en op elkaar af te stemmen.

Gezien de verschillende opdrachtgevers en de verschillende visies van waaruit de drugpreventie momenteel wordt georganiseerd is het niet altijd evident dat de nieuwe lokale preventiewerkers zich in de bestaande structuren inschakelen. Het gevaar zit erin dat men zonder overleg een eigen circuit gaat ontwikkelen. Coördinatie, zowel lokaal als op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap is geen overbodige luxe. Deze coördinatie is noodzakelijk op 3 niveaus : gemeenschap, provincie en lokaal.

111.2. Knelpunten bij de realisatie van de uitgangspunten

III.2.1. Op het niveau van de werkorganisatie

De aangroei van preventiewerkers op het veld heeft tot nu toe onvoldoende tot een ruimer en beter aanbod geleid en dit voornamelijk door afwezigheid van werkafspraken. Zowel geografische afspraken als afspraken m.b.t. de werkorganisatie (sectoren, kanalen, doelgroepen, enz.. .) zijn noodzakelijk. Deze werkafspraken moeten gelden voor de preventiewerkers maar ook voor andere organisaties en diensten die zich een preventieve taak toeëigenen (mutualiteiten, politie, rijkswacht, . . .)

Naar het veld moet er duidelijkheid komen tot wie men zich kan richten en moet voorkomen worden dat de vraagsteller de verschillende preventiewerkers tegen elkaar kan uitspelen.

Daarnaast moet coördinatie ervoor zorgen dat drugpreventie niet alleen wordt bepaald door de vraag maar dat ook nieuwe terreinen en doelgroepen binnen een globale preventieve aanpak worden gesensibiliseerd en bereikt. Op die manier kunnen nieuwe initiatieven (o.a. spuitenruil binnen een harm reduction strategie, een meer gerichte aanpak naar migranten, . . .) op een meer systematische manier worden geïmplementeerd.

Zonder expliciet mandaat is coördinatie op geen van de bovenstaande niveaus mogelijk. De goodwill van de preventiewerkers (die lokaal wel aanwezig is) is onvoldoende opgewassen tegen de zeggingskracht van de opdrachtgever en zijn/haar verwachtingen. Knelpunten hierbij zijn de verschillende visies, het gebrek aan consensus daaromtrent. Een belangrijke voorwaarde is dat de verschillende verantwoordelijken zich in een coördinatiestructuur moeten kunnen vinden.

III.2.2. Preventie wordt overbevraagd

De rol van de media, de grotere zichtbaarheid maar ook de vele preventiewerkers in het veld zijn hier oorzakelijke factoren.

Er is een voortdurende spanning merkbaar tussen veldwerk (acute vragen vanuit de samenleving) en beleidswerk (coördinatie, overleg, ontwikkelen van gemeenschappelijke modellen).

Preventiewerkers moeten nu voortdurend kiezen tussen het beleidsmatige en het uitvoerende niveau. Deze twee niveaus veronderstellen verschil-

lende vaardigheden en verschillende positionering, het voortdurend wisselen van niveau verhoogt zeker niet de duidelijkheid en de efficiëntie.

Er is tevens een spanningsveld in de relatie vraag en aanbod : enerzijds de vraag naar crisisoplossing, informatieoverdracht, anderzijds het aanbod van procesbegeleiding en vorming van intermediairen.

Dit spanningsveld maakt dat vaak gekozen wordt, zowel aan de vraagzijde als aan bepaalde aanbodzijde met betrekking tot preventie, voor geïsoleerde kortdurende interventies rechtstreeks gericht op veronderstelde doelgroepen. Op deze manier ontstaan mechanismen waarbij initiatieven contraproductieve effecten opleveren.

III.2.3. Het preventiewerk moet beter worden ondersteund

Deze nood aan ondersteuning situeert zich op verschillende niveaus.

- Er is nood aan bruikbaar epidemiologisch materiaal zowel wat gebruik als misbruik betreft als met betrekking tot gebruikspatronen, culturele veranderingen, meningen en opvattingen bij de bevolking, algemeen gezondheidsbevorderend gedrag, . . .

De momenteel gebruikte gegevensbronnen zijn momenteel te partieel. En onder invloed van een aantal tendenzen te sterk gericht op het illegaal middelengebruik. Het wordt vertekend door de "bron", waar het materiaal wordt geregistreerd ; politie, justitie, hulpverlening.

Meer genuanceerd samengesteld en globaal verzameld materiaal (registratie en monitoring) kan helpen bij de sturing van preventieve acties. Momenteel gebeurt deze sturing te weinig onderbouwd, op basis van subjectieve indrukken, angst of ideologische overwegingen. Meestal is het zelfs zo dat de gerichte preventieinitiatieven steeds achter de feiten aanlopen.

- Er is nood aan visie- en materiaalontwikkeling voor preventieve acties. Zodanig dat deze acties kunnen steunen op een wetenschappelijk gefundeerde aanpak en concept.

Mede door het ontbreken van evaluatie, zowel met betrekking tot doelstellingen als tot processen wordt al te vaak teruggegrepen naar klassieke procédés zoals voordrachten, informatiebrochures, . . . die bij (schaars) evaluatief onderzoek verre van efficiënt blijken te zijn.

In de voorbije jaren is een enorme evolutie waar te nemen in de visie op preventie en ook de methodiekontwikkeling is enorm geëvolueerd. Deze evolutie heeft het mogelijk gemaakt om een ruimer aanbod te formuleren, aangepast aan de noden en vragen van de doelgroep. Hierdoor is men o.a. afgestapt van het eenzijdig informatie geven over de producten. De afwezigheid van een ernstige vorm van evaluatie geeft ons echter weinig feedback op het effect van deze nieuwe methodieken. We kunnen ons momenteel enkel baseren op evaluaties

die in het buitenland plaatsvonden, wat voorlopig enkel zicht geeft op de potentiële mogelijkheden van bepaalde methodieken en aanpakken en niet op hun specifieke toepassingen in Vlaanderen.

- Er is de nood aan deskundigheidsbevordering van zowel preventiewerkers als hulpverleners actief op de verschillende niveaus en binnen de onderscheiden organisaties en netwerken.

III.2.4. Consultatie bij experimenteel- en beginnend gebruik, een schemerzone

Het middelengebruik, ook dat van illegale middelen wordt steeds meer zichtbaar voor ouders, jeugdwerkers, onderwijzers, . . . Hierdoor ontstaan er steeds meer vragen naar advies, informatie, doorverwijzingen, . . . bij mensen die niet onmiddellijk over de nodige deskundigheid en know-how beschikken.

Dit is de "grijze zone", tussen hulpverlening en preventie, tussen probleemgebruik, verslaving enerzijds en experimenteergedrag anderzijds.

In de praktijk worden mensen hier vaak op een toevallige of onterechte manier benaderd. Zowel banalisering als overdrijving zijn hier mogelijk en komen vaak voor. Binnen deze zone dienen ook werkafspraken gemaakt te worden tussen de hulpverlening, de politionele diensten en de parketten in functie van het voorgesteld „niet uitsluitingsbeleid”.

HOOFDSTUK IV – BELEIDSOPTIES : 5 PIJLERS VOOR EEN PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID INZAKE MIDDELEN-GEbruik IN VLAANDEREN

In uitvoering van het Vlaams Regeerakkoord en van de Beleidsbrief „Preventief Gezondheidsbeleid 1993-1997”, waarin middelenpreventie als prioritaire beleidsterrein wordt weerhouden zal binnen de algemene gezondheidspromotie extra aandacht besteed worden aan dit luik. Hiertoe werd voor 1994 een extra krediet van 20 mio voorzien en ingeschreven op b.a. 33.58. Met de middelen voorzien in het kader van de primaire kankerpreventie zullen bijkomende initiatieven genomen worden in functie van de tabakspreventie. Binnen b.a. 33.58 zal ongeveer 31 mio besteed worden aan het preventieve middelenbeleid.

Door het gedeeltelijk herschikken van de reeds in 1993 vastgelegde middelen en gebruiken makend van het bijkomend krediet kunnen 5 beleidsopties worden geformuleerd en vanaf 1994 in uitvoering gebracht.

Deze beleidsopties zijn een direct antwoord op de aangebrachte knelpunten (cfr. Hoofdstuk III), ze proberen een aantal evenwichten te herstellen (Hoofdstuk 1) en moeten de concretisatie mogelijk maken van de uitgangspunten (Hoofdstuk II).

IV.1. Een coördinatiestructuur voor een preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik

IV. 1.1. Uitgangspunten

- * Er moet bij de uitbouw van deze coördinatiestructuur rekening worden gehouden met historisch gegroeide feiten en met lokale en regionale diversifiëring. Daartoe worden er 3 niveaus voorzien bij het uitwerken : Vlaams Gemeenschapsniveau, provinciale niveau en het lokale niveau.
- * Er wordt gekozen voor een versterking en gedeeltelijke aanpassing van de nu reeds bestaande structuur waarbij preventiewerkers verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg gecoördineerd worden vanuit een organisatie op Gemeenschapsniveau. (momenteel de V.A.D.)
- * Naast deze versterking moeten werkafspraken en taakverdeling worden gerealiseerd. Dit tussen de verschillende opdrachtgevers, zowel op federaal als op gemeenschapsniveau. Alleen op deze manier kan op termijn een globaal en geïntegreerd beleid tot stand komen.
- * Het kan niet de bedoeling zijn dat coördinatie opgedrongen wordt van boven af. Coördinatie kan pas slagen vanuit een duidelijk mandaat en een verworven „moreel gezag”. Dit kan mede worden gerealiseerd door een service- en dienstenverlening van kwalitatief hoog niveau ten aanzien van provinciaal en lokaal niveau.
- * Vanuit de bezorgdheid om op termijn uiteindelijk een geïntegreerd preventief gezondheidsbeleid uit te bouwen voor geheel Vlaanderen en met betrekking tot verschillende thema's, moet de cel op Gemeenschapsniveau structureel verbonden blijven met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en verder functioneren als “voorziening”, zoals bepaald in het B.V.E. 31 juli 1991.

IV. 1.2. Concretisering

- * Op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap. Hier wordt een centrale cel gecreëerd.

Een belangrijke opdracht van de Centrale Cel zal erin bestaan een algemene beleidsvisie voor het preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik te ontwikkelen. Op deze manier wordt de cel ook het adviesorgaan ten aanzien van de bevoegde minister. De Centrale Cel moet hiertoe de nodige overlegstructuren en wetenschappelijke onderbouw voorzien, onder andere via het uitbouwen van specifieke „platformstructuren” die met betrekking tot een bepaalde problematiek visies en standpunten kunnen formuleren.

Een tweede belangrijke opdracht van de Centrale Cel zal erin bestaan overleg op te starten met federale en Europese structuren om zo tot een gecoördineerd beleid te komen. In eerste instan-

tie zal moeten onderzocht worden hoe de inspanningen en initiatieven op federaal vlak met betrekking tot criminaliteitspreventie kunnen worden in overeenstemming gebracht met de uitgangspunten en initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg uitgewerkt op Gemeenschapsniveau.

Het coördinatiemandaat van de Centrale Cel moet worden onderbouwd door een samenwerkingsprotocol afgesloten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid.

Daarnaast moet er verder werk worden gemaakt van de afstemming van initiatieven inzake Onderwijs, Welzijn en Bijzondere Jeugdzorg op Vlaams niveau. Een belangrijk accent hierbij is het ontwikkelen van meer structuurgerichte preventiemethodieken en strategieën.

Voor wat betreft de coördinatieopdracht wordt afgestapt van een projectmatige betoelaging en wordt binnen de personeelsformatie de nodige ruimte voorzien voor een expliciet uitgeschreven coördinatiefunctie ten aanzien van de preventiewerkers verbonden aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Een stuurgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van de Centrale Cel, de bevoegde Ministers en de Administratie en de Centra, zullen toezien op de correcte uitvoering van deze opdracht.

- * Naast de Centrale Cel worden budgetten voorzien voor het uitbouwen van een Provinciale Coördinatiestructuur. Deze Coördinatiestructuur zorgt voor de afstemming van de beleidsopties van het gemeenschapsniveau op de specifieke provinciale noden en behoeften.

Deze Coördinatiestructuur moet tevens voldoen aan volgende voorwaarden :

- creëren van een provinciaal overlegplatform waarin alle betrokkenen bij de alcohol- en andere drugpreventie uit de provincie worden opgenomen. Dit overlegplatform functioneert onder voorzitterschap van de provinciale overheid.
- Voorzien in de functie van „provinciaal verantwoordelijke” die een aantal expliciete opdrachten moet vervullen (cfr. infra). Dit weliswaar binnen de provinciale context.
- Afsluiten van een samenwerkingsprotocol met de Centrale Cel waarin duidelijk voorzien wordt in de coördinatie van de provinciale verantwoordelijken.
- Het opstellen van een “planningsnota”, in termen van concrete doelstellingen voor wat betreft het preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik in de provincie. Per drie jaar wordt een dergelijke nota opgesteld.
- Een jaarverslag dat wordt opgesteld in samenspraak met de Centrale Cel, waarin per werkjaar wordt aangegeven in welke mate de geformuleerde doelstellingen werden bereikt.

De voorziene toelage wordt slechts doorgestort naar het provinciale niveau wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan. De betoelaging wordt om de drie jaar herzien.

Er zal aan de bevoegde Vlaamse minister verantwoordelijk voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg gevraagd worden een aangepast protocol uit te werken waarbij de betrokken Centra welomschreven engagementen kunnen opnemen ten aanzien van de centrale structuur. Uiteindelijk kunnen deze centra met een preventiewerker, zoals nu reeds het geval is, mee vorm geven en bijdragen tot de realisatie van het Vlaamse Beleid inzake middelenpreventie. Anderzijds moeten de Centra en de daaraan verbonden preventiewerkers kunnen profiteren van de inbreng van de Centrale Cel.

De provinciale verantwoordelijken ondersteund door provinciale overlegsstructuren en de Centrale Cel hebben volgende opdrachten :

- vertalen en afstemmen van de beleidsopties vastgelegd op Gemeenschapsniveau naar het provinciaal niveau. Dit moet gebeuren in overleg met de bevoegde deputé en de bestaande provinciale structuren (commissies Gezondheid, Commissies ter Voorkoming van de misdadigheid, Provinciale Welzijnsraad,...) ;
 - integreren van het luik „Alcohol- en Drugpreventie” opgenomen binnen de gemeentelijke veiligheidscontracten in het Vlaams Preventief Gezondheidsbeleid. Hiertoe zal overleg worden opgestart met het Vast Secretariaat voor Preventiebeleid van het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Hierbij hoort het ondersteunen van lokale initiatieven voor zoverre deze kaderen in het globale beleid uitgewerkt door de Vlaamse Gemeenschap ;
 - detectie van hiaten inzake middelenpreventie binnen de provinciale gebiedsomschrijving. Met betrekking tot deze „witte vlekken” die zowel territoriaal als sectorieel kunnen zijn moet dan een stimulerende en innoverende rol worden opgenomen in samenwerking met de centrale cel ;
 - detectie van vormings- en opleidingsbehoeften en in overleg met de Centrale Cel het uitwerken van programma's inzake deskundigheidsbevordering ;
 - registratie van (probleem)gebruik optimaliseren, de verschillende registratiesystemen op elkaar afstemmen, de provinciale gegevens verzamelen, enz. . . ;
 - aanzet geven tot het onderling afstemmen van de verschillende zorgvoorzieningen, zowel voor wat betreft probleemgebruik legale als illegale middelen ;
- * Op het lokale en supra-lokale niveau bevinden zich heel wat veldwerkers, uitvoerende werkers met verschillende opdrachtgevers en verschillende werkgevers. Hier stelt zich zeer acuut ook de behoefte aan deskundigheidsbevordering, visieontwikkeling, omkadering . . .

Deze vragen moeten snel en accuraat worden beantwoord op Provinciaal en Gemeenschapsniveau.

Vanuit dit aanbod van know-how en materiële ondersteuning ten aanzien van lokale initiatieven, kan de nodige sturing vanwege het provinciaal niveau en coördinatie worden gerealiseerd.

Begroot budget :

- 1 coördinator binnen Centrale Cel	1,5 mio
- 5 prov. verantwoordelijken	<u>7,5 mio</u>
	9,0 mio

IV.2. Een telefoonservice voor Vlaanderen

IV.2.1. Uitgangspunten

- * een voor de totale bevolking voldoende bereikbare drugtelefoon moet een belangrijk deel van de behoefte aan noodzakelijke deskundigheid opvangen. Deze telefoon moet een zeer laagdrempelige „informatiebank” worden zowel wat betreft gedrags- en produktinformatie, juridische informatie en informatie met betrekking tot verwijzing naar hulpverleningsinstanties ;
- * deze telefoon moet de „grijze zone” opvullen tussen preventie en hulpverlening en antwoorden formuleren aan mensen die tot nu tussen wal en schip belanden ; incidentele gebruikers, experimentele gebruikers, geïntegreerde gebruikers en hun partners, familieleden, . . . ;
- * Om een adequate en onafhankelijke doorverwijzingsfunctie te kunnen vervullen moet dit aanbod moet structureel losgekoppeld worden van de hulpverleningssector .

IV.2.2. Concretisering

De centrale cel zal de nodige middelen krijgen om op permanente basis een telefoonservice zoals boven geschetst in te bouwen. Er wordt voorzien in een full-time stafmedewerker voor de algemene coördinatie en opleiding en bijscholing van personeel. Hieraan wordt een half-time administratieve functie gekoppeld.

1 full-time “telefoonrespondent,, moet worden aangevuld met een equipe vrijwilligers. (cfr. Tele-Onthaal, AIDS-telefoon, . . .)

De promotie en de registratie + evaluatie worden opgenomen binnen het globale takenpakket van de Centrale Cel.

Begroot budget :

1 full-time coördinator	1,3 mio
2 half-time telf. resp.	1,25 mio
telefoonkosten (*)	1,0 mio
vorming en bijscholing	0,1 mio
werkingskosten	0,5 mio
huisvesting	<u>0,5 mio</u>
	4,65 mio

(*) installatie : éénmalig

IV.3. Deskundigheidsbevordering

IV.3.1. Uitgangspunten

- * Er wordt hier vertrokken van het uitgangspunt dat er een voldoende potentieel bestaat voor het veldwerk. Deze situeren zich binnen de vele eerstelijnsorganisaties binnen welzijnswerk, politie, bijzondere jeugdzorg, De bepleitte deskundigheidsbevordering is een doortrekken van de filosofie van „werken met intermediairen”. Hierbij moet natuurlijk vermeden worden dat steeds meer potentiële veldwerkers gaan opereren als coördinatoren. Een degelijke serviceverlening „top-down” en goeie werkafspraken zijn hier essentieel. Dit bewaken wordt dan ook mee een taak van de Centrale Cel en van het provinciale tussenniveau. Zowel wat betreft preventie als hulpverlening wordt er op verschillende niveaus de nood aan verhoogde deskundigheid gesignaleerd. Deze nood is recent nog versterkt vanwege het feit dat heel wat extra preventiewerkers zijn gaan functioneren op gemeentelijk niveau met meestal grote druk op onmiddellijk zichtbare resultaten vanwege de lokale overheden.
- * De zich voortdurend wijzigende situatie, vooral met betrekking tot illegale middelen schept de nood aan continue bijscholing inzake produktkennis, cultuur, waarden en normenpatronen. Daarnaast moeten ook voortdurend aangepaste methodieken en materialen worden ontwikkeld om t.a.v. nieuwe situaties en ten aanzien van nieuwe structuren een optimaal preventief (en curatief) antwoord te bieden. Via de deskundigheidsbevordering moet er ook werk worden gemaakt van het meer structuurgericht preventiewerk. Specifieke vaardigheden en modellen moeten hier worden ontwikkeld.
- * Om optimaal gebruik te kunnen maken van het „potentieel” aan uitvoerende werkers moeten deze bijgeschoold worden en een zekere deskundigheid verwerven.

IV.3.2. Concretisering

De centrale cel zal binnen de personeelsformatie 2 full-time functies opnemen die instaan voor de vorming, bijscholing, documentatie en visie- en materiaalontwikkeling. Samen met het functioneren van de „Drugtelefoon” zal dit een groot pakket van service verlening inhouden naar het lokale en supra-lokale niveau.

Op provinciaal niveau moet de afstemming gebeuren tussen vraag en aanbod met betrekking tot de noodzakelijke deskundigheid en materialen die moeten worden ontwikkeld.

Op termijn moeten in overleg met de diensten van de Vlaamse minister van Onderwijs, de nodige aanpassingen in de lesprogramma's van een aantal opleidingen worden gerealiseerd. Dit vooral op niveau van het Hoger Onderwijs. (opvoeders, maatschappelijk werk, vormingswerk, verpleegkundigen, . . .) Bij dit overleg moet de Centrale Cel een inspirerende en adviserende rol spelen.

Begroot budget :

2 full-time medewerkers	3 mi0
werking	<u>1 mi0</u>
	4 mi0

Hierbij wordt rekening gehouden met de mogelijkheid voor de Centrale Cel om uit het aanbod extra fondsen te genereren.

IV.4. Registratie : een tweesporenbeleid

IV.4.1. Uitgangspunten

Registratie en monitoring situeren zich aan de „probleemzijde” van het gebruik van middelen : men kan makkelijkst gegevens verzamelen via hulpverleningsvoorzieningen en politionele en justitiële diensten.

Voor een goed onderbouwd preventief beleid zijn deze gegevens noodzakelijk maar als registratie en monitoring zich hiertoe beperkt ontstaat er een situatie waarbij het preventiewerk steeds achter de feiten aanloopt.

Naast het verzamelen van gegevens aan de probleemzijde moet er informatie worden verzameld met betrekking tot gebruiks- en gedragspatronen in het algemeen, met betrekking tot culturele aspecten die hier mee verband houden met zich wijzigende waarden en normen, enz. . Deze gegevens moeten verzameld worden ten aanzien van de totale bevolking en niet alleen m.b.t. jongeren.

Het is duidelijk dat de verzamelde gegevens een hoge mate van uniformiteit moeten vertonen waardoor vergelijkingen in de tijd en territoriaal, mogelijk worden.

IV.4.2. Concretisering

Hier stellen we een tweesporenbeleid voor

IV.4.2.1. Registratie aan de probleemzijde

De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de registratie en gegevensverzameling wordt toevertrouwd aan de Centrale Cel. Deze zal functionele samenwerkingsverbanden moeten ontwikkelen zowel voor de operationalisering van de registratie als voor wat betreft de verwerking van gegevens.

De aangewezen partners zijn hier het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (I.H.E.) en het Centrum voor Operationeel Onderzoek voor Volksgezondheid (C.O.O.V.).

De registratieverantwoordelijke moet samen met de provinciale verantwoordelijken en de op provinciaal niveau actieve platforms de voorwaarden scheppen voor een efficiënte gegevensverzameling.

Deze voorwaarden zijn :

- uniform registratiesysteem ;
- sturing van wat geregistreerd wordt door wie ;

- minimale afspraken tussen de verschillende zorgvoorzieningen.

De Centrale Cel levert analysegegevens aan de bevoegde minister op Gemeenschapsniveau maar ook aan het provinciaal niveau en desgewenst aan het lokale.

Begroot budget :

1 full-time registratieverantwoordelijke/ epidemioloog	1,5 mi0
werking	<u>0,5 mi0</u>
	2 mi0

IV.4.2.2. Monitoring en verzamelen van andere relevante gegevens

Relevant materiaal dat zich niet aan de probleemzijde laat registreren kan worden bekomen via gezondheidsenquêtes op bevolkingsniveau waarbij partieel het middelengebruik en de daarmee verbandhoudende mechanismen worden bevraagd. Voor het uitwerken en uitvoeren van dit onderzoek op continue basis zal beroep worden gedaan op het I.H.E.

Het aspect gezondheidsenquête moet worden be-
toelaagd op een andere basisallocatie gezien het hier gegevensverzameling betreft voor de gezondheidspromotie in het algemeen. (b.a. 12.22 : "Medisch Sociale Projecten,, of binnen de dotatie aan I.H.E.)

IV.5 Intersectorieel werken binnen het preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik

IV.5.1. Uitgangspunten

We verwijzen hierbij naar hoofdstuk 1, 1.2.5. en „onevenwicht 3”.

Wil preventie op lange termijn effectief zijn dan moeten alle bevolkingsgroepen via verschillende kanalen worden benaderd. Dit rekeninghoudend met de eigenheid van elk kanaal of netwerk met gelijk lopende boodschappen en met methodieken gericht op participatie en emancipatie.

De sectoren die eerst en vooral aandacht verdienen en waarvoor initiatieven moeten worden ontwikkeld zijn de vrijetijdsbesteding en het arbeidsmilieu.

IV.5.2. Concretisering

De gerichte werking naar intermediairen die door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (V.A.D.) nu reeds wordt bepleit en uitgevoerd zal worden versterkt. Enerzijds via de deskundigheidsbevordering en anderzijds door methodiek- en visieontwikkeling (cfr. IV.3.2.).

Daarnaast worden middelen vrijgemaakt om de coördinatie en implementatie van methodieken en strategieën te garanderen naar de verschillende sectoren. Het betreft hier eigenlijk het verder opvolgen, evalueren en bijsturen van vroeger, meestal projectmatig uitgewerkte interventies en initiatieven.

Begroot budget :

2 full-time medewerkers	3 mi0
-------------------------	-------

Binnen basisallocatie 33.58, kredieten voor gezondheidspromotie, wordt 5 mio op jaarbasis vrijgemaakt voor projectbetoelaging. Deze projecten moeten vorm geven aan nieuwe, experimentele initiatieven met betrekking tot sectoren, doelgroepen en hun respectievelijke kanalen.

De projectbetoelaging zal verlopen volgens de regels voorzien in het B.V.E. 31 juli 1991.

Budget : 5 mio

Samenvatting van begroot budget Centrale Cel in functie van de 5 voorgestelde opdrachten

- alg. Coördinatie + secretariaat	5,00 mi0
- provinciale verantwoordelijk ken (toelagen)	7,50 mi0
- coördinator	1,50 mi0
- drugtelefoon	4,65 mio
- desk. bevordering	4,00 mi0
- registratieverantwoordelijke	2,00 mi0
- projecten	5,00 mi0
- intersector. werking	<u>3,00 mi0</u>
	32,65 mio

BILLAGEN

BIJLAGE 1

Resolutie betreffende het algemeen Vlaams drugbeleid,
Vlaamse Raad, 3 februari 1993

De Vlaamse Raad,

- gelet op de noodzaak van een vernieuwde aanpak van het drugprobleem ;
 - gelet op het feit dat het drugprobleem zich niet tot Vlaanderen beperkt ;
 - overwegende dat de drugpreventie en bepaalde aspecten van het curatieve drugbeleid tot de bevoegdheden van de gemeenschappen behoort ;
 - stelt dat de coördinatie en de kwaliteitsbewaking van de verschillende beleidsinitiatieven op alle niveaus van primordiaal belang is ;
 - vraagt de Vlaamse Executieve om
 1. de bestaande coördinatie tussen de gemeenschappen verder uit te bouwen en onverwijld initiatief te nemen voor een permanent, regelmatig en gecoördineerd overleg tussen voor alle deelaspecten bevoegde ministers van de federale overheid en de gemeenschappen ;
 2. in overleg met de federale overheid specifieke initiatieven voor te bereiden in het kader van het Belgische voorzitterschap van de Europese Raad (juli tot december 1993) teneinde het Europees beleid ter zake te activeren ;
 3. op korte termijn uitvoering te geven aan de internationale en Europese verdragen, akkoorden en initiatieven met betrekking tot de drugstrijd en -preventie ;
 4. de nodige initiatieven te nemen om het debat rond drugstrijd en -preventie te agenderen op de eerstvolgende Conferentie van de Regio's in Europa en op dat forum de nodige grensoverschrijdende beleidsafspraken te maken ;
 5. binnen de Vlaamse Gemeenschap de coördinatie te organiseren tussen de verschillende betrokken beleidsdomeinen, samen met de lokale besturen en openbare centra voor maatschappelijk welzijn en de verenigingen die op het vlak van de drugpreventie en -zorg reeds actief zijn, teneinde een gecoördineerd antidrugbeleid op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap te intensifiëren ;
 6. een rondetafelconferentie te organiseren met al de betrokken geledingen, teneinde op alle maatschappelijke domeinen een samenhangend drugpreventiebeleid te formuleren ;
 7. een beleidsnota op te stellen in verband met drugpreventie ;
 8. in de middelen te voorzien in verband met drugpreventie en drugcentra ;
 9. onmiddellijk werk te maken van een geïntegreerde voorlichtingscampagne in verband met drugs, meer specifiek voor het onderwijs ;
 10. de Vlaamse Raad halfjaarlijks te informeren over het druggebruik in Vlaanderen, het verloop van de preventie-initiatieven en het coördinatie-overleg op de verschillende beleidsniveaus.
-

BIJLAGE 2

OVERZICHT CIJFERGEGEVENS

(Bron : VAD jaarboek 1992 – Overzicht van in 1991/1992
beschikbare cijfergegevens over alcohol en andere drugs.
red. J.P. Wydoodt)

Tabel 1 : Per capita consumptie van alcoholische dranken door de Belgische bevolking

Jaar	Bier (liter)	Wijn/Aperitief (liter)	Sterke drank (liter pure alcohol)	Totaal (liter pure alcohol)
1980	131,3	20,6	2,37	10,8
1981	124,3	21,0	2,13	10,5
1982	132,7	21,7	2,04	10,8
1983	128,0	21,7	2,17	10,8
1984	126,3	22,9	1,91	10,6
1985	121,0	22,7	2,12	10,5
1986	119,8	21,7	1,98	10,3
1987	121,1	23,0	2,15	10,7
1988	118,6	23,2	1,52	10,0
1989	114,9	23,0	1,24	9,5
1990	120,7	24,9	1,20	9,9

Bron : World Drinking Trends 1992, Produktschap voor Gedistilleerde dranken in association with NTC Publications LTD., 1992.

Op de wereldranglijst inzake alcoholgebruik staat België :

- als zevende genoteerd voor het verbruik van bier : 120,7 liter bier per hoofd van de bevolking in 1990 ; ter vergelijking : 118,6 liter in 1988 en 114,9 liter in 1989) ;
- Als veertiende genoteerd voor het verbruik van wijn (24,9 liter wijn per hoofd van de bevolking in 1990 ; ter vergelijking : 23,2 liter in 1988 en 23,0 liter in 1989) ;
- als eenendertigste genoteerd voor het verbruik van sterke drank (1,20 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking in 1990 ; ter vergelijking : 1,52 liter in 1988 en 1,24 liter in 1989) ;
- als negende genoteerd voor het verbruik van alcohol in totaal (9,9 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking in 1990 ; ter vergelijking : 10,0 liter in 1988 en 9,5 liter in 1989).

Tabel 2 : Bestedingsgedrag van de Belgische huishoudens aan dranken

Drank	Gemiddeld jaar- bedrag per gezin in frank	Aandeel per gezin in verhouding tot de totale gezinsconsumptie
Niet-alcoholhoudende dranken		
- mineraal en bruisend water	2.278,70	3,0748 %
- alcoholvrije aperitief	4,00	0,0054 %
- andere alcoholvrije dranken behalve fruitsappen	3.449,19	4,6543 %
Totaal :	5.731,89	7,7345 %
Alcoholhoudende dranken		
- tafelbier	291,25	0,3930 %
- pils	1.563,75	2,1101 %
- andere bieren	1.179,60	1,5917 %
Totaal :	3.034,60	4,0948 %
Andere alcoholhoudende dranken		
- wijn	3.921,88	5,2921 %
- cider en al/niet schuimdranken o.b.v. peer	58,72	0,0792 %
- champagne en schuimwijnen	404,63	0,5460 %
- likeurwijnen, aperitief en alcoholhoudende dranken van 15 tot 23°	1.336,99	1,8041 %
- whisky	587,34	0,7925 %
- cognac	392,22	0,5293 %
- jenever	392,36	0,5294 %
- likeur en andere geestrijke dranken van meer dan 23°	770,39	1,0395 %
Totaal :	7.864,53	10,6122 %

Bron : Enquête sur les budgets des ménages, 1987-1988.

Tabel 3 : Ongevallen met minstens één weggebruiker in kennelijke staat van dronkenschap

Jaar	Aantal ongevallen					Aantal slachtoffers				
	met doden	met dodel. gew.	met zwaar gew.	met licht gew.	tot.	met doden	met dodel. gew.	met zwaar gew.	met licht gew.	tot.
1980	60	16	630	1126	1832	61	18	856	1800	2735
1981	59	16	568	1124	1767	63	17	784	1747	2611
1982	61	17	503	1079	1660	68	17	695	1687	2458
1983	50	20	539	1174	1783	56	21	744	1792	2613
1984	47	16	577	1131	1771	53	16	757	1771	2597
1985	47	16	558	1185	1806	49	16	747	1851	2663
1986	49	7	551	1289	1896	52	8	726	1989	2775
1987	41	18	540	1186	1785	44	18	706	1869	2637
1988	26	14	2612	756	1057	31	14	348	1109	1502
1989	36	6	291	756	1089	36	7	398	1186	1627

Bron : „Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden” – Koninkrijk België, Ministerie van Economische Zaken, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Jaarlijks document, 1980-1989.

Tabel 4 : Geslacht en nationaliteit van de personen betrokken bij drugdelicten vastgesteld door de politiediensten

Geslacht	Belg	Niet-Belg	Totaal
Man	9.145	6.847	15.992
Vrouw	1.555	632	2.187
Totaal	10.700	7.479	18.179

Bron : Interpol, België

Van de 18.179 personen die betrokken waren bij drugdelicten zijn er 10.700 Belgen.

Tabel 5 : De omzet van magistrale bereidingen' en farmaceutische specialiteiten 1980-1991

Jaar	Magistrale bereidingen		Specialiteiten		Totaal
	eenheden (in miljoen frank)	omzet (in miljard frank)	eenheden (in miljoen frank)	omzet (in miljard frank)	omzet (in miljard frank)
1980	25,154	3,880	224	38,675	42,5
1981	24,370	3,872	226	40,633	44,5
1982	23,881	4,055	228	44,580	48,6
1983	24,065	4,401	225	48,184	52,5
1984	17,866	3,272	212	49,361	52,6
1985	17,895	3,437	232	54,509	57,9
1986	18,593	3,677	245	62,727	66,4
1987	19,160	3,836	229	66,269	70,1
1988	19,671	3,981	239	74,537	78,5
1989	19,732	4,072	240	79,468	83,5
1990	19,977	4,251	249	82,893	87,1
1991	20,690	4,589	256	95,337	103,7

Bron : OIVO, Geneesmiddelen, 1993.

De verkoop van farmaceutische specialiteiten in ons land is gestegen van 70 miljoen verpakkingen in 1952 tot 200 miljoen in 1972, hetgeen bijna een verdrievoudiging betekent in een periode van twintig jaar. In de periode 1972-1990 is de verkoop blijven stijgen, maar in mindere mate : 224 miljoen verpakkingen in 1980, 233 in 1985 en 249 miljoen in 1990. (Bron : Ministerie van Economische Zaken).

Tabel 6 : Het gebruik van geneesmiddelen per hoofd van de bevolking in 1990 uitgedrukt in Belgische Frank

Land	Bedrag in Belgische frank
Verenigd Koninkrijk	2.572
Nederland	2.740
Spanje	3.207
België	4.176
Duitsland	4.945
Verenigde Staten	5.279
Italië	5.613
Frankrijk	6.214

Bron : IMS Den Haag en Nefarma.

Wanneer men er rekening mee houdt dat de prijzen in Nederland ongeveer 75 % duurder zijn dan in België, dan stelt men vast dat het verbruik van geneesmiddelen in België 2 à 3 maal hoger ligt dan in Nederland. Absolute koploper van het verbruik is ontegensprekelijk Frankrijk, waar de prijzen goedkoper zijn dan in België en dat toch 6.214 Bf per hoofd uitgeeft aan geneesmiddelen².

¹ De „magistrale bereiding” is het geneesmiddel dat de apotheker zelf in zijn apotheek bereidt volgens het voorschrift van de arts, waarna hij het rechtstreeks aflevert aan de klant.

² Nefarma, Pharma facts 1992, The Hague, 1992, 10 p.

Tabel 7 : De vijftien meest verkochte specialiteiten in België in 1990

Merknaam	Therapeutische categorie	Aantal verkochte verpakkingen
Perdolan	pijnstillers	3.736.000
Aspirine Bayer	pijnstillers	2.387.000
Temesta	kalmeermiddel	2.350.000
Sedergine	pijnstillers	2.305.000
Persantine	anti-stollingsapparaat	2.027.000
Motilium	maagmiddel	1.858.000
Aspro	pijnstillers	1.779.000
Lexotan	kalmeermiddel	1.750.000
Lysomucil	slijmverdunner	1.651.000
Clamoxyl	antibioticum	1.495.000
Hydergine	vaatverwijder	1.453.000
Actifed	anti-hoestmiddel	1.417.000
Augmentin	antibioticum	1.349.000
Voltaren	anti-ontstekingsmiddel	1.346.000
Primperan	anti-spasmodicum	1.324.000

Bron : Met dank aan Luk Joossens die ons de toestemming gaf om gegevens uit het rapport „Luk Joossens, Geneesmiddelen, OIVO, 1993” over te nemen.

De pijnstillers Perdolan is sinds jaren het meest verkochte geneesmiddel in België. Bij de 5 meest verkochte geneesmiddelen in 1990 zijn er 3 pijnstillers, 1 kalmeermiddel en 1 antistollingsmiddel.

Tabel 8 : Inbeslaggenomen producten in 1992

Produkt	Inbeslagnames	Hoeveelheid	Aantal personen
Opium	3	0,104 Kg	5
Morfine	9	0,001 Kg	11
Heroïne	3.367	107,234 Kg	5.880
Codeïne	4	0,004 Kg	4
Codeïne (liter)	1	0,001 L	1
Methadon	5	0,130 Kg	7
Methadon (liter)	3	0,631 L	5
Methadon (ampoulen)	2	3 Am	4
Methadon (pillen)	7	442 Pi	8
Cocaïne	955	1.221,871 Kg	1.858
Crack	13	0,059 Kg	24
Marihuana	1.332	2.281,689 Kg	2.539
Hashish	4.944	7.234,209 Kg	9.230
Cannabis (planten)	27	277,802 Kg	85
Cannabis (zaad)	10	0,293 Kg	22
Cannabis (olie)	11	0 L	19
Speed (pillen)	24	129 Pi	37
Speed	372	4,500 Kg	683
Amfetamines (liter)	1	0,011 L	1
Amfetamines	94	96,217 Kg	175
LSD (doses)	241	13.619 Do	575
Metaqualone (pillen)	1	34 Pi	1
Metaqualone	0	0 Kg	0
Stimulantia (divers)	20	0,062 Kg	29
XTC	5	6,009 Kg	14
XTC (pillen)	274	16.103 Pi	483
Diazepam	4	0,001 Kg	7
Diazepam (pillen)	31	2.254 Pi	40
Flunitrazepam	6	1,010 Kg	10
Flunitrazepam (pillen)	103	810 Pi	172
Dempende medicatie (Kg)	3	0,897 Kg	5
Dempende medicatie (pillen)	46	1 Pi	71
Psylocibine	2	0 Kg	6
Hallucinogenen (divers)	7	0 Kg	15

Bron : Interpol, België.

In deze tabel zijn ook psychotrope geneesmiddelen opgenomen waarvan het niet geneeskundig gebruik als illegaal wordt beschouwd.

BEVOLKINGSENQUETES

Tabel 9 : Gemiddeld dagelijks alcoholgebruik

Gemiddeld dagelijks alcoholgebruik	Waalse Gewest	Vlaamse Gewest	Brusselse Gewest	België
In de week	1,4 eenheid	0,9 eenheid	1,5 eenheid	1,1 eenheid
In het weekend	2,8 eenheden	2,3 eenheden	2,7 eenheden	2,5 eenheden

waarbij 1 glas wijn = 1 eenheid alcohol = 1 glas bier = 0,5 glas sterke drank

Tabel 10

	11 jaar	13 jaar	15 jaar	17 jaar
familieverband	69 %	57 %	31 %	19 %
onder vrienden	10 %	22 %	52 %	53 %

Op 11 jaar vermelden 20 % van de jongens en 14 % van de meisjes reeds één maal dronken te zijn geweest. 9 % van de jongens is op die leeftijd 2 à 3 maal dronken geweest. Wat betreft de 13-jarige jongens zegt 18 % reeds één maal dronken te zijn. 10 % 2 à 3 maal. De 15-jarigen zijn in 21 % van de gevallen één maal dronken geweest, 16 % 2 à 3 maal, toch nog 6 % , 4 à 10 maal.

Bij de 17-jarigen waren reeds 20 % van de jongens maar slechts 3 % van de meisjes reeds meer van 10 maal dronken. De meisjes in die leeftijdscategorie geven in 19 % aan 1 maal dronken te zijn geweest, 18 %, 2 à 3 maal en 5 %, 4 à 10 maal.

Tabel 11 : Prevalentie van de consumptie van illegale drugs : verschillen tussen de twee Gemeenschappen

	Franse Gemeenschap		Vlaamse Gemeenschap		Test X ²
	Freq.	%	Freq.	%	
Experimenten met drugs					
ja	240	11,0	106	5,2	p < 0.001
neen	1.950	86,4	1.939	94,8	
Regelmatig gebruik					
ja	69	3,1	30	1,5	p < 0.001
nee	2.126	96,4	2.009	98,5	

Algemeen gezien ligt het niveau van gebruik van illegale drugs vrij laag, zeker wat betreft het regelmatig gebruik en het gebruik in de Vlaamse Gemeenschap.

De auteur stelt dat het experimenteren met drugs niet noodzakelijk leidt tot herhaling aangezien enkel 28,7 % in Wallonië en 28,3 % in Vlaanderen stelt in de toekomst nog drugs te zullen gebruiken.

Tabel 12 : Regelmatig gebruik van illegale drugs in de beide gemeenschappen

Regelmatig gebruik	Franse Gemeenschap (Aantal : 2.256)			Vlaamse Gemeenschap (Aantal : 2.080)		
	Aantal	Freq.	%	Aantal	Freq.	%
– 14 jaar	116	2	1,7 %	332	2	0,6 %
– 15 jaar	345	7	2,0 %	418	2	0,5 %
– 16 jaar	500	17	3,4 %	495	8	1,7 %
– 17 jaar	510	16	3,2 %	454	6	1,4 %
– 18 jaar en >	717	26	3,7 %	326	11	3,5 %
Test X ²	niet significant			test niet valid		

Tabel 13 : Minstens één maal geëxperimenteerd met drugs volgens type van onderwijs in beide gemeenschappen

Type onderwijs	Franse Gemeenschap			Vlaamse Gemeenschap		
	Aantal	Freq.	%	Aantal	Freq.	%
– Algemeen vormend	615	46	7,6	868	32	3,7
– Technisch	876	100	11,4	648	40	6,1
– Beroeps	641	86	13,4	490	31	6,4
Test X ²	p < 0.01			p < 0.05		

De verschillende resultaten in de verschillende onderwijstypes kunnen te wijten zijn aan de hogere leeftijd in het Beroepsonderwijs : naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt de kans om ooit met drugs geëxperimenteerd te hebben.

Dit blijkt echter niet het geval te zijn want de verschillen blijven als men de resultaten bekijkt voor iedere leeftijdsgroep, ondanks het feit dat de verschillen niet statistisch significant zijn.

Bijgevolg moet men rekening houden met de invloed van socio-culturele factoren eigen aan de verschillende onderwijstypes.

Tabel 14 : Ooit gebruikte middelen

Produkt ooit gebruikt	Franse Gemeenschap (N = 2.256)		Vlaamse Gemeenschap (N = 2.080)	
	Freq.	%	Freq.	%
Cannabis	128	5,7	75	3,6
Snuifmiddelen	39	1,7	12	0,6
Cocaïne	12	0,5	3	0,1
Opiaten	4	0,2	4	0,2
Stimulantia	14	0,6	5	0,2
LSD	6	0,3	5	0,2
Geneesmiddelen	63	2,8	4	0,2
HKSR	2	0,1	–	–
Totaal	268	11,8	108	5,1

De cannabisprodukten zijn haast de enige produkten die gebruikt worden door de jongeren in de steekproef.

Als men het geheel van de produkten bekijkt, blijkt dat hierbinnen de cannabisprodukten 47,8 % van het experimenteel gebruik uitmaken in de Franse Gemeenschap en 69 % in de Vlaamse Gemeenschap.

Het gebruik van de zogeheten „hard drugs” blijft zeer beperkt, alsook van de snuifmiddelen.

Het gebruik van geneesmiddelen neemt bij de Franstaligen een belangrijke plaats in in het geheel van de resultaten. Dit valt des te meer op als men dit vergelijkt met de percentages in de Vlaamse Gemeenschap.

Ondanks de beperkte aantallen kunnen toch een aantal uitspraken worden gedaan :

- jongens experimenteren meer dan meisjes met om het even welke drug. Een uitzondering hierop vormen geneesmiddelen waar beide geslachten in de Franse Gemeenschap even hoog scoren (jongens : 3,3 % ; meisjes 3 % (statistisch niet significant)) ;
- het experimenteren met drugs neemt toe met de leeftijd. Dit wordt vastgesteld voor alle produkten, maar in de Vlaamse Gemeenschap neemt het experimenteren met cannabispreparaten brusk toe van 15 jaar (0,5 %) tot 16 jaar (4,9 %) ($p < 0.001$) ;
- er wordt meer met cannabispreparaten geëxperimenteerd door buitenlanders in de Vlaamse Gemeenschap (10,4 %) dan door hun Belgische vrienden (2,9 %) ($p < 0.001$).

Tabel 15

Leeftijd eerste gebruik	Cannabis (N = 190)		Hard drugs (N = 3759)		Geneesmiddelen (N = 40)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
13-14 jaar	32	16,6	22	37,9	18	45,9
15-16 jaar	91	48,0	23	39,7	14	36,0
17-18 jaar	67	35,4	13	22,4	7	18,1
Test X ²	p < 0.01		p < 0.01		p < 0.01	

Deze resultaten ondersteunen de algemeen verspreide mening dat er een evolutie is naar (alsmaar) vroegere kennismaking met drugs door jongeren.

Tabel 16

Gezondheidsgedrag	Ooit gebruik drugs		Regelmatig gebruik	
	Freq.	%	Freq.	%
Slechte aanduiding (N = 344)	102	32,6	44	14,1
Middelmatige aanduiding (N = 2.900)	230	8,1	49	1,7
Goede aanduiding (N = 1.091)	14	1,3	6	0,6
Test X ² :	p < 0.001		p < 0.001	

Bij jongeren die gedrag aannemen dat nadelig is voor de gezondheid worden de hoogste percentages teruggevonden voor wat betreft „ooit gebruik” van illegale produkten.

Ook voor wat betreft het „regelmatig gebruik” van illegale drugs wordt dit verband in beide gemeenschappen teruggevonden.

VLAAMSE GEMEENSCHAP

Tabel 17 : Indeling van de opnamepopulatie 1989 van VLIS-DC naar voornaamste gebruikte produkt

Produkt	Percentage in crisiscentra	Percentage in behandelingscentra
Stimulantia	9,05 %	9,76 %
Cocaïne	3,90 %	3,90 %
Opiaten	50,62 %	62,44 %
Cannabis	2,26 %	1,95 %
Hallucinogenen	0,41 %	0,00 %
Alcohol	25,31 %	14,63 %
Dempende medic.	7,82 %	6,83 %
Andere	0,62 %	0,49 %
Totaal	100,00 %	100,00 %

Binnen de groep van gebruikers van illegale drugs gebruikt 77,6 % opiaten als voornaamste produkt (crisiscentra : 76,4 %; behandelingscentra : 80 %). Voor 13,3 % (crisiscentra : 13,7 % ; behandelingscentra : 12,5 %) cliënten fungeren stimulantia als meest gebruikt produkt. Voor 5,6 % (crisiscentra : 5,9 %; behandelingscentra : 5 %) betreft het cocaïne.

* Frequentie van gebruik

Een meerderheid van 82,5 % van de totale opnamepopulatie gebruikte dagelijks dit meest gebruikte produkt. In de crisiscentra gebruikt 85,5 % het voornaamste produkt dagelijks en 8,1 % één- tot zesmaal per week. In de behandelingscentra zijn deze percentages gelijk aan 84,7 % resp. 9,4 % . Dit betekent dat 93,6 % van de crisiscliënten en 94,1 % van de behandelingscliënten hun voornaamste gebruikte produkt minstens éénmaal per week gebruiken.

* Aantal gebruikte produkten

56,6 % van de cliënten gebruikte op het moment van de opname minstens drie produkten. 25,5 % gebruikte twee produkten. Polytoxicomanie is dus eerder regel dan uitzondering.

Toch worden ook 0,9 % cliënten zonder enig gebruikt produkt (het voorbije jaar althans) gerapporteerd. Hier betreft het probleemgokkers.

In de crisiscentra worden in vergelijking met de behandelingscentra iets minders produkten per individu gebruikt.

In totaal blijft enkelvoudig gebruik (gebruik van slechts één produkt) beperkt tot 17 % van de gevallen.

* De leeftijd per voornaamste produkt

In de crisiscentra hebben de cannabisgebruikers de jongste gemiddelde leeftijd bij opname : 16,4 jaar. Daarna volgen de stimulantia-gebruikers : 23,4 jaar ; de opiatengebruikers : 23,8 jaar ; de cocaïnegebruikers : 24,2 jaar ; de gebruikers van dempende medicatie : 25,9 jaar ; de alcoholgebruikers : 30,2 jaar.

In de behandelingscentra zijn de cannabisgebruikers de jongste groep : gemiddeld 19,5 jaar. Hierna volgen de opiatengebruikers : 23,5 jaar, de stimulantia-gebruikers : 24,6 jaar, de cocaïnegebruikers : 25,9 jaar ; de alcoholgebruikers : 26,1 jaar ; de gebruikers van dempende medicatie : 26,9 jaar.

* Leeftijd waarop het gebruik van het voornaamste produkt is begonnen

De gemiddelde leeftijd van het begin van het gebruik van het voornaamste produkt ligt in de crisiscentra op 18,4 jaar en in de behandelingscentra eveneens op 18,4 jaar.

De jongste gebruikers (naar voornaamste produktgroep) zijn in de crisiscentra de cannabisgebruikers : gemiddeld begonnen op 14,2 jaar. In stijgende volgorde komen dan de alcoholgebruikers (18 jaar), de gebruikers van dempende medicatie (18,2 jaar), de stimulantiegebruikers (18,2 jaar), de opiatengebruikers (18,8 jaar), de cocaïnegebruikers (18,9 jaar). Abstractie gemaakt van cannabis zijn er slechts geringe verschillen tussen de produktgroepen.

Ook in de behandelingscentra vinden we eerst cannabis : 14,5 jaar als gemiddelde beginleeftijd voor wie dit produkt als voornaamste gebruikt, gevolgd door dempende medicatie (17,4 jaar), alcohol (17,5 jaar), opiaten (18,6 jaar), stimulantia (19 jaar) en tenslotte cocaïne (20,6 jaar).

* Duur van gebruik van voornaamste produkt

In de crisiscentra gebruiken de cliënten bij opname al gemiddeld 6,8 jaar hun voornaamste produkt. In de behandelingscentra is dit gemiddelde 5,9 jaar.

De cliënten in de behandelingscentra gebruiken bijna steeds langer hun voornaamste produkt. Uitzondering op deze regel is echter alcohol.

Bij de opiaten is het verschil zeer miniem ; we kunnen praktisch zeggen dat gebruikers met als voornaamste produkt opiaten in beide soorten centra een even lange duur van gebruik van deze producten vertonen.

Ook hier vinden we een verschillende rangordering in de beide soorten centra. In de crisiscentra vinden we eerst cannabis (gemiddelde gebruiksduur : 2,3 jaar), dan cocaïne (4,8 jaar), stimulantia (4,8 jaar), opiaten (5 jaar), dempende medicatie (7,7 jaar) en tenslotte alcohol (12,1 jaar).

In de behandelingscentra vinden we eerst opiaten (5 jaar), dan cannabis (5 jaar), cocaïne (5,3 jaar), stimulantia (5,6 jaar), alcohol (8,6 jaar) en als laatste dempende medicatie (9,5 jaar).

Tabel 18 : Aantal intraveneuze en niet-intraveneuze druggebruikers opgenomen, gescreend en seropositief bevonden 1/7/91 - 31/12/91

Type organisatie	Intra- veneus	Ge- screend	Sero- positief	Niet-in- traveneus	Ge- screend	Sero- positief
PAAZ	46	39	2	74	60	0
PZ	107	105	1	134	81	2
TG	36	31	0	20	9	0
c c	173	103	3	60	39	0
Totaal	362	278	6	288	189	2

BIJLAGE 3

Overzicht van de preventiewerkers in Limburg

MINISTERIE WELZIEN EN GEZIN

In het kader van het VAD-preventiewerk alcohol- en andere drugproblemen binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

Provincie : 2 preventiewerkers

Specifieke projecten :

- CAD - Hasselt : 1 stafmedewerker rond gokpreventie binnen CBJ

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN, OP STEDELIJK NIVEAU

- Maaseik : 2 preventiewerkers
Inhoud van het project : het aanpakken van de recreatiecriminaliteit, buurtcontacten, diefstalpreventie na analyse, technopreventieve dienst oprichten en spijbelen onderzoeken en aanpakken.
- Heusden-Zolder : 3 preventiewerkers
Inhoud van het project : buurtbeheer, voorlichting en informatieverspreiding, oprichting van een dienst „voorkoming misdrijven”, vandalismebestrijding via het onderwijs en slachtofferbejegening verbeteren.
- Genk : 4 personen voorzien
Inhoud van het project : opstarten van een criminaliteitsanalyse, slachtofferbejegening verbeteren, schoolverzuim geïntegreerd aanpakken, drugpreventieve acties en wijkraden opstarten.

STAD/GEMEENTE

- Heusden : 1 persoon op de sociale dienst
- Sint-Truiden : 1 persoon op de dienst welzijn

Participatie overleg rond alcohol en drugs.

POLITIE

- St .-Truiden : Adjunct Inspecteur
Produktinformatie

RIJKSWACHT

- Herk De Stad : Commandant
- Genk : BOB
Produktinformatie

JONGEREN ADVIES- EN INFORMATIECENTRA

- Hasselt : 1 persoon
Voordrachten naar scholen, deelname aan Platform jongeren in het uitgangseven.
- Genk : 1 persoon
Ontwikkelen van lespakketten, werken los van bestaand regionaal overleg.

COMITES BIJZONDERE JEUGDZORG

- Hasselt 1 persoon
Vrijgestelde CBJ, deelname stuurgroep drugpreventieproject, participant platform jongeren in het uitgangseven.
- Tongeren : 2 personen
Deelname aan regionaal overleg
- Maaseik : 1 persoon
Deelname aan regionaal overleg

CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

- Hasselt : CAD ambulante Hulpverlening : 4 personen
Vormingsavonden
- Lommel : (DAG : Dienst Adviserende Gezondheidszorg / CGG)
1 persoon

HULPVERLENING

- St.-Truiden : Psychiatrisch Ziekenhuis Ziekeren, 1 persoon
Overleg, infoavonden.
- Genk : Katarsis
Regelmatige samenwerkingsverbanden met preventiewerkers CAD. Infoavonden.

ALLERLEI

- St .Truiden - CAD coördinator verslaafdenzorg
 - Lommel - CAD secretaris lokale preventiecel
 - Diverse preventie-opdrachten worden verzorgd door mutualiteiten, PMS/MST, . . .
 - Hasselt - Sobriëtas Limburg
 - Genk - OCMW Vorming, overleg.
-

BIJLAGE 4

Overzicht van de preventiewerkers in West-Vlaanderen

MINISTERIE VAN WELZIJN EN GEZIN

In het kader van het VAD-preventiewerk alcohol- en andere drugproblemen binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

Regio Oostende : 2 PT preventiewerkers

Regio Roeselare : 1 preventiewerker

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN, OP STEDELIJK NIVEAU

Regio Oostende

- Oostende : 3 preventiewerkers
Inhoud : het aanpakken van de drugproblematiek, preventie van diefstallen in en van wagens en aanpak van het voetbalgeweld.
- Brugge : 4 kriminaliteitspreventiewerkers
De eerste preventiewerkers in Brugge waren gestart in 1991.
Inhoud van het project van de recent aangeworven preventiewerkers : criminaliteitsanalyse verder uitbouwen, preventie van fiets- en bromfietsdiefstal, sensibiliseringsacties t.a.v. vandalisme en zware diefstal, planning van een project diefstal van en uit voertuigen, aanpak van de onveiligheidsgevoelens en slachtofferbejegening.

Regio Roeselare

- Menen : 4 preventiewerkers
Inhoud van het project : opstarten van een criminaliteitsanalyse, het aanpakken van de onveiligheidsgevoelens, ontwikkelen van buurtbeheeracties, drugpreventie in dancings, coördinatie van de maatregelen ter preventie van grensoverschrijdende criminaliteit, preventieve acties t.a.v. diefstal en ondersteuning van de politie m.b.t. slachtoffernazorg en de conflictbeslechting.

POLITIE

Regio Oostende

- Oostende : 1 persoon op de opsporingsbrigade
Geeft produktinformatie aan leerkrachten, begeleiders.
2 personen op de dienst Jeugd en Gezin
DPPO (Drugs Preventie Platform Oostende), in overleg met preventiewerk.
- Knokke : 3 personen (afdeling preventie)
Geven produktinformatie aan leerlingen. Hebben een basisdocument ontwikkeld voor leerkrachten en opvoeders.
- Brugge : 1 persoon
Geeft produktinformatie aan leerkrachten.

Regio Roeselare

- Roeselare : Adjunct commissaris
Situeert in voordrachten de drugsproblematiek, gekoppeld aan een wettelijke omkadering.

RIJKSWACHT

Regio Oostende

- Oostende : 1 persoon, coördinator slachtofferzorg
Lid van DPPO (Drugs Preventie Platform Oostende), in overleg met preventiewerk.
- Regio Veurne : Adjudant
Geeft produktinformatie

Regio Roeselare

- Ieper : 1 persoon
- Roeselare : 1 persoon
- Kortrijk : 1 persoon

Vanuit verschillende districten, sommigen gaan rechtstreeks naar jongeren en volwassengroepen, anderen kiezen voor intermediairen.

JONGEREN ADVIES- EN INFORMATIECENTRA

Regio Oostende

- Oostende : 1 persoon
Werkt met jongeren (in jeugdwerk, onderwijs). Geeft vorming, discussie, . . . lid van Drug preventieplatform Oostende.
- Brugge : Recente oriëntatie naar drugproblematiek.

Regio Roeselare

- Kortrijk : 2 personen
Vorming naar scholen, jeugdwerk, oudergroepen (beperkte maar concrete sessies) binnen een eigen circuit en/of i.s.m. preventiewerker.
- Menen : 1 persoon
Vorming van intermediairen (cfr. Kortrijk).

COMITES BIJZONDERE JEUGDZORG

Regio Oostende

- Oostende : 1 persoon
- Veurne : 1 persoon
- Brugge : 2 personen

Consulenten, vrijgesteld voor preventietaken, niet zozeer als veldwerkers maar veeleer als ondersteuning van de preventiecel. Er bestaat hiervoor een protocol. De concrete toepassing verschilt van comité tot comité.

Regio Roeselare

- Ieper : 1 persoon
Trekker van lokale overleggroep ; uitvoerend werk in regio.
- Kortrijk : 1 persoon
Vrijgestelde consulent comité, als ondersteuning van de preventiecel.
- Roeselare : 1 persoon
Vrijgestelde preventiewerker comité, als ondersteuning van de preventiecel.

CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Regio Oostende

- Brugge : 1 preventiewerker
Door eigen dienst vrijgesteld.

HULPVERLENING

Regio Oostende

- Brugge : De Sleutel
Geven voordrachten op vraag.
- Oostende : C.G.G.
Geven voordrachten over probleemgedrag en drugs.
- Brugge : St-Lucas Brugge
Motiverende gesprekstechnieken.
A.Z. St. Jan
Motiverende gesprekstechnieken.

Regio Roeselare

- Kortrijk : Kompas
Getuigenissen + schets van actuele situatie. Overleg en medewerking aan vormende activiteiten.

ALLERLEI

Regio Roeselare

Medewerking uit verschillende sectoren uit naam van dienst, of omwille van professionele deskundigheid. Geven voordrachten en zijn betrokken in lokaal overleg, o.a. C.L.G., C.G.G., O.C.M.W. en klinieken.

BIJLAGE 5

Overzicht van de preventiewerkers in Brabant

MINISTERIE VAN WELZIJN EN GEZIN

In het kader van het VAD-preventiewerk alcohol- en andere drugproblemen binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

Regio Brussel

Halle-Vilvoorde : 1 preventiewerker

Regio Leuven : 2 HT preventiewerkers

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN, OP STEDELIJK NIVEAU

Regio Leuven

– Leuven : 4 medewerkers
Inhoud van het preventieproject : preventieinitiatieven uitbouwen, preventie van diefstallen in en van wagens en het opstarten van een criminaliteitsanalyse.

– Tienen : 1 criminoloog
Inhoud van het project : aanpak van het drugprobleem.

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN, IN HET KADER VAN DE VEILIGHEIDSCONTRACTEN

Regio Brussel – Halle-Vilvoorde

Brussel :
Inhoud van het project : technopreventieve maatregelen, verderzetting preventiewerking, opzetten van een buurtwerking, overlegassistenten en aanpak drugproblematiek.

Anderlecht : Inhoud van het project : technopreventieve maatregelen, overlegassistenten en preventiewerkers, uitbouw van een city-coaching project en aanpak drugproblematiek.

Elsene : Inhoud van het project : technopreventieve maatregelen, overlegassistenten en aanpak drugproblematiek.

Sint-Gillis : Inhoud van het project : technopreventieve maatregelen, overlegassistenten, uitbreiding van de buurtwerking en aanpak drugproblematiek.

Sint-Joost ten Node : Inhoud van het project : technopreventieve maatregelen, overlegassistenten en preventiewerkers, oprichting van een buurtpreventieproject en aanpak drugproblematiek.

Schaarbeek : Inhoud van het project : technopreventieve maatregelen, overlegassistenten, uitbouw van straathoekwerk en aanpak drugproblematiek.

Vorst : Inhoud van het project : technopreventieve maatregelen, overlegassistenten, uitbouw van straathoekwerk en aanpak drugproblematiek.

STAD/GEMEENTE

Regio Leuven

- Tienen : preventieambtenaar
Coördineren van drugpreventieproblematiek.

POLITIE

Regio Brussel – Halle-Vilvoorde

- Beersel : 1 persoon
Samenwerking in overleg.
- Dilbeek : 1 persoon
Samenwerking in overleg.
- Brussel : preventieve afdeling politie
Geven voordrachten i.s.m. gerechtelijke brigade
drugbestrijding.

Regio Leuven

- Diest : 1 persoon
Participatie samenwerkingsverband Diest.

RIJKSWACHT

Regio Brussel –
Halle-Vilvoorde

Diverse rij kswachtbrigades.
Eenmalige informatie-avonden inzake produktinformatie.

Regio Leuven

- Tienen-Diest : 1 persoon
- Leuven-Aarschot : 1 persoon
Produktinformatie

JONGEREN ADVIES- EN INFORMATIECENTRUM

Regio Brussel – Halle-Vilvoorde

- Brussel : TILT
Sporadisch informatie-avonden, Deelname aan regionaal overleg, Vormingsprogramma's naar leerlingen in het onderwijs en jeugdwerk.

Regio Leuven

- Leuven : 1 persoon en 1 preventiewerker
Infoavonden + vorming naar scholen en jeugdwerk al dan niet in samenwerking met de preventiewerker.

COMITES BIJZONDERE JEUGDZORG

Regio Leuven

- Leuven : 1 preventiewerker
Participatie regionaal preventieoverleg.
- Diest : 1 preventiewerker
Participatie overleg Diest.

Regio Brussel – Halle-Vilvoorde

- regio Brussel : 1 persoon
Deelname aan regionaal overleg, participatie stuurgroep
drugpreventieproject in samenwerking met CBJ.
- regio Halle-
Vilvoorde : 1 persoon
Deelname aan overleg, participatie m.b.t. een aantal niet drug-
specifieke preventieve thema's.

CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Regio Leuven

- Diest : 1 persoon
Participatie regionaal overleg.
- Tienen : 1 persoon
Participatie regionaal overleg.

Regio Brussel – Halle-Vilvoorde

- Wezembeek Oppem : 2 personen
Samenwerking in overleg.

HULPVERLENING

Regio Brussel – Halle-Vilvoorde

- Brussel : De Spiegel
Informatieavonden gekoppeld aan voorstelling van eigen dienst.

Regio Leuven

- Tienen : Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen
Voordrachten

CENTRUM LEVENS- EN GEZINSVRAGEN

Regio Brussel – Halle-Vilvoorde

- St-Pieters Woluwe : Jongeren Gezins Advies Centrum
Deelname regionaal overleg. Vormingsprogramma naar leer-
lingen Secundair Onderwijs.

BIJLAGE 6

Overzicht van de preventiewerkers in Oost-Vlaanderen

MINISTERIE VAN WELZIJN EN GEZIN

In het kader van het VAD-preventiewerk alcohol- en andere drugproblemen binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

Regio Gent : 1 preventiewerker

Regio Sint-Niklaas : 1 preventiewerker

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN, OP STEDELIJK NIVEAU

Regio Sint-Niklaas

- Sint-Niklaas : 4 preventiewerkers
Inhoud van het preventieproject : bemiddeling bij probleemsituaties, socio-preventieve initiatieven, preventie van fietsdiefstal en sensibiliseringsacties in de scholen naar drugpreventie toe. Het takenpakket van het preventieteam wordt onderverdeeld in vier luiken : samenlevingsproblemen, voorkoming fietsdiefstal, drugpreventie en straathoekwerk.
- Lokeren : 3 preventiewerkers
Inhoud van het preventieproject : randgroepen in de stationsbuurt aanpakken, drugpreventie starten, aanpak onveiligheidsgevoelens en buurtwerking uitbouwen. Gevestigd binnen OCMW, relatief onafhankelijk van politie. Taakafbakening : drugpreventie en criminaliteitspreventie.
- Aalst : 3 preventiewerkers
Inhoud van het preventieproject : aanpak van recreatiecriminaliteit, project t.a.v. drugs (in relatie met spijbelen), analyse van diefstal en vandalisme en coördinatie van het buurtbeheer. Expliciete keuze voor drugpreventie in 1993.

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN, IN HET KADER VAN DE VEILIGHEIDSCONTRACTEN

- Gent 6 preventiewerkers en een coördinator Inhoud van het project : de oprichting van buurtcontactcomités
9 preventiewerkers en een coördinator Inhoud van het project : uitbouw van city-coaching.

MINISTERIE VAN ONDERWIJS

Regio Gent

- Gent : 3 pilootscholen in het kader van onderwijs-welzijnswerk, met een projectwerker in elke school en een coördinator op het niveau van de stad aangevuld met 1/2 time algemeen coördinator. Totaal 4 1/2 personen.
Op dit ogenblik kiezen de scholen prioriteiten ; de keuze lijkt nogal sterk in de richting van drugpreventie te gaan.

STAD/GEMEENTE

Regio Gent

- Gent: 1 preventiewerker
Preventieambtenaar van de stad onder directe leiding van de burgemeester.

POLITIE

Regio Gent

- Gent: Schoolvoordrachten worden verzorgd door burgerpersoneel verbonden aan de sectie wijkpolitie.
Deze worden soms aangevuld met wijkrechercheurs (sociale politie).
Onderzoek en interventies gebeuren door de Jeugdpolitie.
- Oudenaarde : Commissaris
Deskundige drugs, geeft produktinformatie ; participeert in lokaal overleg.

Regio Sint-Niklaas (*)

- Sint-Niklaas : Commandant
Produktinformatie.

(* niet exhaustief)

RIJKSWACHT

Regio Gent

- Gent: 3 personen
- Eeklo : 2 personen
- Oudenaarde : eerste Opperwachtmeester

Regio St-Niklaas

- Dendermonde : 1 persoon
Eerder naar leerkrachten, ook naar leerlingen.
- St-Niklaas : 1 persoon
- Aalst : 1 persoon

Produktinformatie.

JONGEREN ADVIES- EN INFORMATIECENTRA

Regio Gent

- Gent : 1 preventiewerker
Voordrachten, vormingsavonden.

Regio St-Niklaas

- Aalst : 't Koerken
Actieve participatie in lokale initiatieven.

COMITES BIJZONDERE JEUGDZORG

Regio Gent

- Gent : 1 persoon
Participatie stuurgroep drugpreventieproject in samenwerking met de comités voor bijzondere jeugdzorg.

Regio St-Niklaas

- Dendermonde : 1 persoon
Participatie stuurgroep drugpreventieproject CBJ, participatie drugscholenoverleg Wetteren, Participatie overleg instellingen bijzondere jeugdzorg.
- 1 persoon
Participatie overleg instellingen bijzondere jeugdzorg.

CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Regio Gent – St-Niklaas

Aalst, Wetteren, Eeklo, SAS Lokeren, De Kaai Lokeren, Dendermonde, Therapiecentrum St-Niklaas.
Participatie lokale initiatieven.

HULPVERLENING

Regio Gent

- Gent : VZW De Sleutel
Geven voordrachten op aanvraag vanuit CIC de Ark, TG De Sleutel of Dagcentrum De Sleutel. Participeren sporadisch aan vorming van intermediairen.
- Oosterzele : TG De Kiem
Geven voordrachten op aanvraag.

Regio St-Niklaas

– St-Niklaas :

St-Hiëronymus

Vullen sporadisch en op vraag spreekavonden in.



BIJLAGE 7

Overzicht van de preventiewerkers in Antwerpen

MINISTERIE VAN WELZIJN EN GEZIN

In het kader van het VAD-preventiewerk alcohol- en andere drugproblemen binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

- Regio Antwerpen : 1 preventiewerker
 Regio Mechelen : 1 HT preventiewerker
 Regio Turnhout : 1 HT preventiewerker

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN, OP STEDELIJK NIVEAU

Regio Antwerpen

- Antwerpen : 1 preventiewerker, gestart in 1991
 Kleine criminaliteit ; ook drugpreventie.

Regio Mechelen

- Mechelen : 2 preventiewerkers
 Inhoud van het project : acties in het kader van de drugpreventie, spijbelproblematiek en buurtbeheer.
 Opdrachten ruimer dan alcohol en drugs : o.a. sensibilisering drugbeleid, ontwikkelen van een permanent registratiesysteem, meewerken aan de implementatie van „Leefsleutels” in Mechelen, gestart in 1991.
- Lier : 4 preventiewerkers
 Inhoud van het project : aanpak van onveiligheidsgevoelens, preventie bij hercontact na inbraak, spijbelproblematiek aanpakken, preventieve crisis bij kansarmen en stofferen van het preventieoverleg.

Regio Turnhout

- Mol : 2 of 3 preventiewerkers, aan te werven
 Inhoud van het project : alcohol- en drugpreventie, recreatiecriminaliteit, vandalismebestrijding van oprichting van een dienst „Voorkoming Misdrijven”.

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN, IN HET KADER VAN DE VEILIGHEIDSCONTRACTEN

- Antwerpen : 3 drugpreventiewerkers voor duur van 5 jaar, toegewezen aan SODA
 Inhoud van het veiligheidscontract : installatie van 3 stedelijke aanspreekpunten voor criminaliteitspreventie, leefbaarheid en (on)veiligheid, de aanpak van tijdelijke criminaliteitsfenomenen in de stad, uitbreiding van dienst Voorkoming Misdrijven, opleiding voor politiepersoneel, coördinatie van de preventieve activiteiten van de politie, uitbouw van city-coaching, uitbouw van het H.I.T.-project (buurttoezichters) en drugpreventie.

MINISTERIE VAN ONDERWIJS

Regio Antwerpen

- Antwerpen : 3 pilootscholen in het kader van onderwijs-welzijnswerk, met een projectwerker in elke school en een coördinator op het niveau van de stad en een 1/2 time algemeen coördinator. Totaal 4 1/2 medewerkers.

PROVINCIE STICHTING WELZIJSZORG

- Regio Turnhout : 1 HT preventiewerker
- Regio Mechelen : 1 HT preventiewerker
- Regio Antwerpen : 1 Ht preventiewerker

PROVINCIAAL INSTITUUT VOOR HYGIENE

Regio Mechelen

- Regio Mechelen : 1 **persoon**
gezondheidscoördinator, inclusief alcohol en drugs.
Regelmatig overleg met regionale preventiewerker.
- Regio Rupelstreek : 1 **persoon**
gezondheidscoördinator, inclusief alcohol en drugs.
Regelmatig overleg met regionale preventiewerker.

Regio Turnhout

- Turnhout : 1 persoon
gezondheidscoördinator, exclusief drugs
Regelmatig overleg met regionale preventiewerker.
- Zuiderkempen : 1 persoon
gezondheidscoördinator, exclusief drugs
Regelmatig overleg met regionale preventiewerker.

VFIK-PROJECTEN

Regio Antwerpen

- Antwerpen : SODA (OCMW)
1 HT vrijgestelde + 1 HT secretariaat
Werkend vanuit Antwerps overleg, SODA.

STAD/GEMEENTE

Regio Turnhout

- Turnhout : jeugdconsulent
Info avonden, consulenten – advies ook in overleg.
- Mol : Coördinator OCMW
Steeds in overleg met regionale preventiewerkers.

POLITIE

Regio Antwerpen

- Antwerpen : aantal personen die volledig of gedeeltelijk rond drugpreventie werken voor informatief, vanuit o.a. Dienst voorkoming misdrijven / politieschool, Jeugdbrigade, Provinciale preventiecommissie van politie.

Regio Turnhout

- Hoogstraten : Commissaris
Geeft voordrachten in scholen, traditionele aanpak.
- Turnhout : Sociale dienst van de politie
Coördinatie „drugbeleid op school” voor de stad Turnhout, vanuit de preventieraad.

RIJKSWACHT

Regio Turnhout

- Turnhout : Adjundant
- Geel : 1 persoon

Produktinformatie.

JONGEREN ADVIES- EN INFORMATIECENTRUM

Regio Turnhout

- Turnhout : verschillende medewerkers
Werken met jongeren uit verschillende sectoren, vormingen gebeuren vaak in overleg.

COMITES BIJZONDERE JEUGDZORG

Regio Antwerpen

- Antwerpen : 1 HT preventiewerker
specifieke aanvulling vanuit het kabinet Welzijn en Gezin
Werkzaam binnen Free Clinic, begeleiding binnen Soda-project.

Regio Mechelen

- Mechelen : Algemene preventieverantwoordelijke
Geeft informatie en advies, eenmalige initiatieven, participeert
in overleg.

Regio Turnhout

- Turnhout : 1 preventiewerker
Participeert in regionaal overleg, geeft mee vorm aan de
uitwerking van het drugpreventieproject VAD – CBJ.

CENTRUM LEVENS- EN GEZINSVRAGEN

Regio Antwerpen

- Antwerpen : Free Clinic
Vormingswerker

ALLERLEI

Regio Antwerpen

Jeugd Info : verschillende medewerkers

Regio Turnhout

- Balen : Regionaal Hulp en Info centrum
Geeft informatie in overleg.
-