

And

Tijdschrift van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw

Verschijnt vijf maal per jaar – Afgiftekantoor: 9099 Gent X



VAD

DEC
2010
N5

COLOFON

AnD is het tijdschrift van VAD, de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. VAD overkoepelt het merendeel van de Vlaamse organisaties die werken rond alcohol, illegale drugs, psychoactieve geneesmiddelen en gokken. De DrugLijn, een initiatief van VAD, is dé informatielijn waar iedereen terecht kan met vragen over deze thema's.

AnD verschijnt vijf maal per jaar, in februari, april, juni, september en december.

Redactie

dr. Frieda Matthys (hoofdredacteur)
Mieke Autrique, Inge Baeten, Hadewijch Heyvaert, Hilde Kinable,
Kathleen Raskin, Jochen Schrooten

Vormgeving, druk en cartoons

fe-online.be (vormgeving), epo.be (druk), pokke.be (cartoons)

Abonnementen

T 02 423 03 33

Contactgegevens

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | www.vad.be | vad@vad.be

Verantwoordelijke uitgever

Frieda Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag overgenomen en/of vervoelvoudigd worden, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van VAD.

INHOUD

VAD IN ACTIE	4
Te veel	4
Over drinken en durven	6
We're online	7
FOCUS	8
Gene zever	8
UITGESPROKEN	10
De balans tussen vraag en aanbod op de cocaïne markt	10
EEN DAG UIT HET LEVEN VAN	12
de medewerkers van het project STUFF	12
BRUSSEL-CENTRAAL	13
Vlaamse inputmeeting: actiefocussen voor Logo's	13
GEWIKT & GEWOGEN	14
U gebruikt toch ook? Druggebruik vaak overschat	14
Van acid tot zero tolerance	16
BIJBLIJVEN	18
The 7th Conference of INEBRIA	18
Cannabiskwesties	19
UITGELEZEN	20
Integrale aanpak opvoedingsadviezen ten aanzien van roken, drinken, druggebruik, seksueel risicogedrag en gehoorschade	20
Geboekstaafd	21
UIT DE KUNST	22
Wie boven een afgrond bengelt, kijkt nooit naar beneden	22
ETALAGE	23

AD VALVAS

Werkwijze®, VAD-vormingsaanbod over alcohol en drugs

Voor het volledige vormingsaanbod van het voorjaar 2011 verwijzen we naar de vormingsaffiche in het midden van dit nummer.

Congressen

7e Nationale Congres Gezondheidsbevordering en Preventie: Beslist uw keuze? 27-28 januari 2011, Wageningen (Nederland) www.beslistuwkeuze.nl — 4th International Conference on Fetal Alcohol Spectrum Disorder: the power of knowledge 2-5 maart 2011, Vancouver (Canada) www.interprofessional.ubc.ca/FASD.htm — KU Leuven HIW Lessen voor de 21e eeuw: Het toenemend gebruik van psychofarmaca (lezing door Stephan Claes) 28 maart 2011, Leuven www.hiw.kuleuven.be/ned/lessen/programma.html — International Harm Reduction Association (IHRA) 22nd International Conference 3-7 april 2011, Beirut (Libanon) www.ihra.net/ — 6th International Conference on Drugs & Young People: making the connections 2-4 mei 2011, Melbourne (Australia) www.acys.info/news_and_events/calls_for_conference_papers_abstracts_and_other_contributions/6th_international_conference_on_drugs_and_young_people — Annual Conference on the International Society for the Study of Drug Policy 23-24 mei 2011, Utrecht (Nederland) www.issdp.org/index.htm

RE DAC TIO NEEL

In de week van het alcoholisme heeft de sectie verslavingspsychiatrie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie de aandacht gevestigd op een onaanvaardbare discriminatie van mensen met een verslavingsprobleem. Tot op heden worden tussenkomsten voor medisch-psychiatrische behandelingen van verslaving expliciet uitgesloten in polissen voor hospitalisatieverzekering. Deze uitsluiting verhoogt de drempel tot behandeling en bemoeilijkt vroeginterventie. Op die manier wordt de stigmatisering versterkt.

Waar komt deze discriminatie van verslaafde patiënten in hospitalisatieverzekeringen vandaan? Zij sluit in ieder geval aan bij het wetenschappelijk achterhaalde 'morele model' uit het begin van de twintigste eeuw. Volgens dit model raken mensen verslaafd aan roesmiddelen door een gebrek aan ruggengraat en wilskracht. Verder geredeneerd binnen dit model dragen zij zelf als enige daarvoor schuld en zijn zij ook zelf verantwoordelijk voor de consequenties en oplossingen. Dit nochtans voorbijgestreefde denken blijft heel wat aanhang genereren om radicale standpunten te verdedigen en een veroordelend en culpabiliserend discours ten aanzien van verslaving te propageren. De biomedische wetenschap heeft inmiddels ondubbelzinnig aangetoond dat afhankelijkheid van roesmiddelen een chronische (hersens)ziekte is met een belangrijke genetische en neurobiologische grondslag naast een sterke invloed van maatschappelijke factoren. Verslaving neemt hier een plaats in naast andere chronische gezondheidsproblemen zoals diabetes en hart- en vaatziekten die wel (en terecht) een verzekeraar risico vormen voor hospitalisatieverzekeraars. Daarom is het in de hedendaagse gezondheidszorg niet meer aanvaardbaar noch gegrond om verslaving uit te sluiten voor deze hospitalisatiepolissen. De sectie verslavingspsychiatrie doet een appel op de publieke opinie, de betrokken overheden en de verzekeringssector om mee te werken aan een oplossing die deze stigmatiserende discriminatie voorgoed uit de wereld kan helpen.

Sectie Verslavingspsychiatrie VVP

Dr. Hendrik Peuskens, dr. Peter Joostens, dr. Els Santens, dr. Marc Hebbrecht, dr. Eva Debusscher, dr. Nathalie Pannemans, dr. Remi Spiers, dr. Jan Bleys, dr. Koen Willems, dr. Dany Motte, dr. Geert Bosma, dr. Geert Dom, dr. Frieda Matthys.

De cover van dit nummer biedt een sfeerbeeld van de jaarlijkse VAD-studiedag op 26 november 2010.
U vindt de bijdragen van de sprekers op www.vad.be.

Te veel

Zelfzorg en zelfhulp. Dat willen we in de kijker zetten met 'Te veel'. 'Te veel' is er voor iedereen die zich vragen stelt bij zijn drank- of druggebruik, gokgedrag of internetgebruik. 'Te veel' is er ook voor de partner, vriend, ouder of het kind van iemand met een drank- of drugprobleem. Soms is de stap naar de dokter, psycholoog of andere hulpverleners nog te groot. Zelfhulpinitiatieven kunnen een uitkomst bieden. 'Te veel' bundelt initiatieven van verschillende organisaties die mensen op weg helpen om voor zichzelf te zorgen en zichzelf te helpen.

Alle initiatieven staan op www.druglijn.be/te_veel. Er is ook een flyer die het aanbod voorstelt. Deze werd vanaf oktober op grote schaal bekendgemaakt bij intermediairen uit de ruime welzijns- en gezondheidssector, de alcohol- en drugsector, het sociaal-cultureel werk, justitie, bibliotheken, ... en verspreid via de huisartsenkabinetten.

Alcohol- en drugproblemen

Uit de Gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat 10% van de Belgische bevolking van vijftien jaar en ouder, volgens het CAGE-screeningsinstrument, problemen heeft met alcoholgebruik. Probleemdrinken is de derde belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte en leidt tot hoge maatschappelijke en economische kosten. Nauwelijks een vijfde van de mensen met een alcoholgerelateerde stoornis zoekt professionele hulp. Bij druggebruikers ligt dit percentage nog lager. Schaamte, angst voor stigma, juri-

dische consequenties of gevolgen op het werk maken de drempel naar formele hulp hoog.

Buiten de professionele of formele hulpverlening zijn er verschillende mogelijkheden waardoor mensen zelf hun problemen met middelengebruik kunnen aanpakken. We hebben het dan over zelfhulp: geschreven zelfhulpmaterialen, e-mental health en zelfhulpgroepen. We gaan hier vooral in op de eerste twee vormen. Het grote voordeel van de zelfhulpgroepen is dat ze permanent hulp bieden, terwijl de professionele hulp vaak eindig is. Ze vervangen de professionele hulpverlening niet, maar zijn een vorm van voortdurende zorg.

Geschreven zelfhulpmaterialen

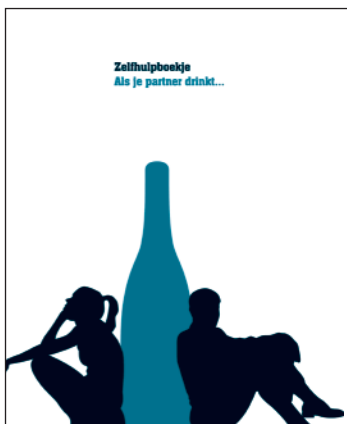
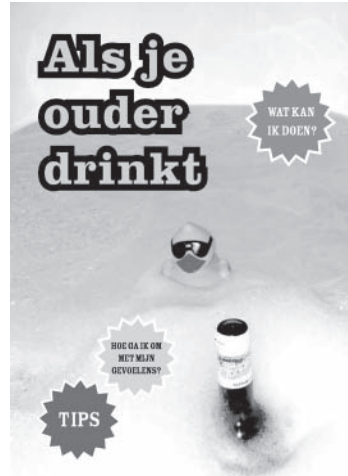
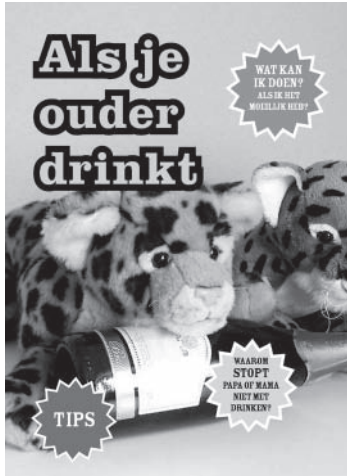
Bibliotherapie is elke therapeutische interventie in schriftelijke vorm die door de cliënt zelf gelezen en uitgevoerd wordt. Het kan gaan over brochures van slechts een paar pagina's tot zelfhulpboeken van honderden bladzijden. Met zelfhulpboekjes kan de gebruiker zijn eigen drinkgedrag evalueren en stappen zetten in de richting van verandering. Therapeutische interventies in schriftelijke vorm zijn zeer toegankelijk. Er wordt een groep mee bereikt die wellicht de weg niet vindt naar de professionele hulpverlening.

Maar werkt het ook? Uit studies blijkt dat bibliotherapie zowel zonder als met begeleiding effect heeft op het drinken. Bibliotherapie is vooral kosteneffectief voor probleemdrinkers die hulp vragen om hun gebruik te verminderen. Voor drinkers die worden geïdentificeerd door middel van screening is bibliotherapie minder effectief. Bij zwaardere drinkers kan bibliotherapie leiden tot het zoeken van formele hulp. Zelfhulpmateriaal in combinatie met persoonlijke normatieve feedback geeft een beter resultaat



Te veel

alcohol? drugs? gokken?



ger is dan bij face-to-face therapie. Verder kan in een online-interventie moeilijk rekening gehouden worden met comorbiditeit. Onlinecommunicatie is uiteraard nooit hetzelfde als persoonlijke face-to-face communicatie. Ten slotte worden met e-interventies enkel personen bereikt die toegang hebben tot internet en die over zekere computervaardigheden beschikken.

De evidentie voor de effecten van e-mental health is bijna uitsluitend gebaseerd op interventies voor alcohol en tabak en niet voor illegale drugs. De studies naar de effecten zijn ook allemaal zeer recent, aangezien de toepassingen pas de laatste tien jaar opdoken. De eerste resultaten zijn veelbelovend, maar er is toch meer onderzoek nodig, ondermeer over de doelgroepen voor wie online-interventies het meest geschikt zijn.

We kunnen alvast meegeven dat eenmalig individueel advies op maat, zonder professionele begeleiding, een effectieve interventie is voor het verminderen van riskant alcoholgebruik bij jonge en volwassen probleemdrinkers. Door gebruik te maken van het internet kan de kosteneffectiviteit, de aantrekkelijkheid van advies op maat en het verspreidingspotentieel nog aanzienlijk uitgebreid worden.

- ▶ Je kan je gebruik testen via www.hoeveelsteveel.be/zelf-test.html
- ▶ Er is online-zelfhulp voor
 - alcohol: www.alcoholhulp.be
 - cannabis: www.hoeveelsteveel.be/zelfhulpcannabis.html
 - cocaïne: www.hoeveelsteveel.be/zelfhulpcocaine.html

Els Vandenberghe

dan een van beide of geen interventie.

Bibliotherapie richt zich niet alleen tot de gebruiker. Er bestaan ook zelfhulpboekjes voor familieleden van de gebruiker. In de eerstelijnsgezondheidszorg zijn korte interventies met een zelfhulpboek voor familieleden van gebruikers kosteneffectiever, maar daarom niet aantrekkelijker dan langere face-to-face sessies.

E-mental health

Onder e-mental health verstaan we het gebruik van informatie- en communicatietechnologie en internet om de geestelijke gezondheid (szorg) te ondersteunen of te verbeteren. E-mental health heeft twee grote voordelen. Enerzijds heeft de gebruiker het gevoel anoniem te zijn. Anderzijds kan de interventie thuis in het eigen tempo gevolgd worden en is ze 24 uur op 24 beschikbaar. De drempel naar e-mental health is laag en er worden dan ook groepen bereikt voor wie de stap naar de reguliere hulpverlening te groot is. Het internet lijkt ook andere doelgroepen aan te spreken dan de reguliere hulpverlening, met name vrouwen, werkenden, hoger opgeleiden, ouderen en mensen die nog niet in behandeling zijn geweest.

Een belangrijk nadeel is dat de uitval van online-interventies ho-

Meer info over zelfhulp? *Zelfhulp. Effectiviteit van verschillende vormen.* (De Donder, 2010), downloadbaar op www.vad.be/sectoren/eerstelijns--gezondheidszorg/in-de-kijker.aspx

Over drinken en durven

Op 20 oktober organiseerde VAD een masterclass voor ervaren hulpverleners over de aanpak van angststoornissen bij patiënten met problematisch middelengebruik. Is het wenselijk om aandacht te besteden aan de angstsymptomen, wanneer spreek je van een angststoornis en hoe pak je dit dan aan in het kader van een behandeling van middelengebruik?

Prof. Lemmens, diensthoofd van de Universitaire Dienst Psychiatrie Gent, besprak de onderzoeksresultaten. Angststoornissen komen vaker voor dan middelengerelateerde stoornissen, zowel in klinische als in niet-klinische populaties. Iemand ontwikkelt in 77% van de gevallen eerst een angststoornis voor hij een middelengebruikprobleem ontwikkelt. Wie een middelengerelateerde stoornis en een angststoornis ontwikkelt, heeft daarnaast vaak ook andere problemen zoals een depressie of socio-economische problemen. Angststoornissen spelen vooral een rol in het ontstaan van middelenaafhankelijkheid, niet van -misbruik. Veel voorkomende angststoornissen bij afhankelijkheid zijn sociale angst, obsessief-compulsieve stoornis, paniekstoornis en post-traumatische stressstoornis. Een onbehandelde angststoornis beïnvloedt de behandeluitkomst van middelenaafhankelijkheid negatief en verdient dus aandacht bij de screening. Prof. Lemmens adviseert om eerst te ontwennen van het middel en dan parallel of geïntegreerd de angst- en de middelengerelateerde stoornis te behandelen. De specifieke aanpak van de ene stoornis heeft namelijk slechts een beperkt effect op het verloop van de andere stoornis.

Dr. Peuskens, psychiater op de ontwenningafdeling van de kliniek Broeders Alexianen in Tienen, belichtte vervolgens de duidelijke overlap in de symptoomclusters van angst- en middelengerelateerde stoornissen. De kenmerken van de behandelingsaanpak bij ontwenning van een middel zorgen voor een veilig klimaat dat geruststellend werkt op angstklachten. Door de afname van een screeningsinstrument dat focust op allerlei psychiatrische klachten (SCL 90) krijgt het team na de fysieke ontwenning zicht op de ernstgraad van de angstklachten. De cliënt bepaalt de behandelingsaanpak door te exploreren welk probleem voor hem centraal staat en dus eerst zal worden aangepakt. Als dit een angststoornis is, verwijst dr. Peuskens door naar een andere afdeling met deze specifieke focus. In feite werkt deze ontwenningafdeling sequentieel. Via het ontwikkelen van probleembesef, het bespreekbaar maken van de problemen en de ontwenning van middelen (en zeker benzodiazepines) geeft de ontwenningafdeling een voorzet naar psychotherapie voor de angststoornis. De evidence-based richtlijnen inzake medicamenteuze aanpak bij angststoornissen zijn volgens dr. Peuskens minder goed uitgewerkt voor de comorbiditeit met een midde-

GEZIN HOUDT ANGSTSTOORNIS IN STAND...



lengerelateerde problematiek. Benzodiazepines zijn te vermijden - uitgezonderd bij acute detoxificatie - en ook het voorschrijven van 'niet-verslavende' medicatie vraagt om extra voorzichtigheid bij mensen met een middelengerelateerde stoornis én angststoornis omwille van de interactie met middelengebruik.

In de namiddag was het tijd voor de praktijk. Els Brunfaut, gedragstherapeute op de afdeling angst en depressie van het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg in Leuven en Prof. Lemmens als systeemtherapeut, deden uit de doeken hoe zij therapeutisch aan de slag gaan met angststoornissen. Els Brunfaut benadrukte het belang van het inzicht van de cliënt in de eigen angstcyclus om hem te motiveren om zijn angst onder ogen te zien en aan te pakken. De diverse methodieken komen aan bod met 'exposure' als essentieel werkzaam behandellement: de blootstelling aan de cruciale angstuitlokkende stimuli. Ze legde uit hoe de recente therapeutische inzichten, zoals onbewuste processen, ACT (Acceptance and Commitment Therapy) en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) toegepast kunnen worden bij angststoornissen.

Prof. Lemmens besprak de genetische en omgevingsfactoren in een gezin die middelengerelateerde en angststoornissen in de hand werken. Hij stelde kort een aantal evidence-based systemische therapieën voor en ging vervolgens in op de gezinsinterventies bij angststoornissen. De partner en het gezin betrekken, geeft inzicht in de angstcyclus. Het gezin ervaart mee de last van de angststoornis en houdt deze soms mee in stand. Hij raadt aan de angstproblematiek bespreekbaar te maken en het gezin in te schakelen in de aanpak ervan, zelfs bij de exposure.

De boeiende uiteenzettingen gaven moed om aan de slag te gaan met angststoornissen bij patiënten met middelenaafhankelijkheid.

Kathleen Raskin

We're online Skypen met De Druglijn

De DrugLijn kan men bellen en mailen. Maar sinds september is de lijn op proef gestart met het aanbieden van een derde contactmogelijkheid: Skype. Waarom net Skype en hoe gaat dat dan in de praktijk in zijn werk?

Praten via het internet

Veel mensen kennen Skype of hebben er wel eens van gehoord. Het is bijvoorbeeld een leuke manier om online contact te houden met vrienden of familie in het buitenland, maar waarom is het interessant voor een lijn als De DrugLijn?

Eerst en vooral is Skypen handig. Je raakt er vlot mee aan de slag en in tegenstelling tot vroeger is de kwaliteit van de verbinding meestal prima. Skypen is bovendien gratis. De software van Skype kan gratis gedownload en geïnstalleerd worden en wie van Skypegebruiker tot Skypegebruiker belt, heeft volledig gratis contact.

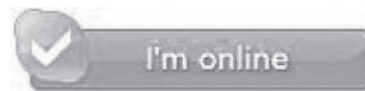
Specifiek voor De DrugLijn is de gratis Skypeservice dus een mooi alternatief voor de traditionele telefoonlijn die niet volledig gratis is. Bovendien merkten de medewerkers op dat steeds meer bellers contact opnemen terwijl ze informatie op www.druglijn.be aan het bekijken zijn. Zo ontstond de bedenking of het niet handig zou zijn om de mensen die sowieso online zijn, meteen de kans te geven om ook online een gesprek te voeren. Voor de DrugLijnmedewerkers zelf maakt het tenslotte weinig verschil of men een gesprek via een telefoonlijn of via het internet voert.



Hoe gaat het in zijn werk?

Net zoals de telefoon- en e-mailbeantwoording vereist het aanbieden van de Skypeservice een aantal afspraken of spelregels, vooral dan wat de bereikbaarheid en de privacy betreft. Eerst en vooral werd beslist om via Skype enkel gesprekken te voeren. Skype laat bijvoorbeeld ook toe om via de webcam een gesprek te voeren, maar daar wordt omwille van anonimiteitsredenen bewust geen gebruik van gemaakt.

Skype kan op bepaalde tijdstippen: van maandag tot vrijdag en telkens van 18 tot 20 uur. Wie Skype op zijn computer heeft, kan dan contact opnemen met De DrugLijn door eenvoudigweg een button op de DrugLijnsite aan te klikken. Die button toont ook wanneer de Skypeservice online is of in gesprek.



De anonimiteit is uiteraard ook bij het Skypen een belangrijk aandachtspunt. Daarom werd op de DrugLijnsite de nodige info en een aantal tips toegevoegd. Net zoals bij e-mailcontact verbindt De DrugLijn zich tot anonimiteit, ook al krijgt de beantwoorder iemands mailadres of Skypegegevens te zien. Omgekeerd wordt toegelicht hoe oproepers de sporen van hun contact met De DrugLijn in hun Skypesoftware kunnen wissen.

De DrugLijn is geen noodlijn en Skype is niet geschikt om nooddiensten te contacteren. Ook dat wordt duidelijk gecommuniceerd.

En werkt het ook?

Skypegesprekken voeren is tot nader order geen dagelijkse kost voor de DrugLijnbeantwoorders, maar er komen wel degelijk oproepen binnen. Dat het aantal contacten voorlopig beperkt blijft, heeft er uiteraard ook mee te maken dat de Skypeservice tot op vandaag op een quasi 'no-profile' manier wordt aangeboden. De mogelijkheid tot Skypen wordt enkel vermeld bij de contactinfo op de DrugLijnsite. Daarbuiten (bijvoorbeeld op drukwerk) wordt die (nog) niet vermeld, laat staan echt gepromoot. Daar zou binnenkort wel eens verandering in kunnen komen, want belangrijker dan het aantal Skypegesprekken dat tot op vandaag gevoerd werd, is het feit dat het Skypen voor De DrugLijn organisatorisch haalbaar blijkt en dat diegenen die er tot nu toe gebruik van maakten ook tevreden waren over de service.

Skype via www.druglijn.be

Skype laat je toe om via het internet een gratis gesprek met De DrugLijn te voeren.

ma-vr 18u tot 20u | Skype is niet geschikt voor noodoproepen.

Gene zever

Op 1 oktober 2010 trad de wet tot invoering van de speekseltesten op drugs in het verkeer in werking (wet van 31 juli 2009). De wetgever beoogt met deze nieuwe procedure een snellere, meer eenvoudige en goedkopere procedure dan voorheen. VAD klopte aan bij het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid (BIVV) en had een verhelderend gesprek met Ivo Van Aken, vormingswerker, over de nieuwe procedure.

VAD: Wat zijn precies de mogelijkheden van de nieuwe speekseltesten en wat zijn de voordelen tegenover de vroegere aanpak?

IVA: Met de speekseltesten kunnen verschillende stoffen die in drugs aanwezig zijn, opgespoord worden. Het gaat om THC (de actieve stof in cannabis), amfetamines (aanwezig in speed, methamfetamine en XTC), morfine (aanwezig in heroïne) en cocaïne.

De opspoorbaarheid van deze stoffen in speeksel hangt af van verschillende factoren: je geslacht, hoe lang je al gebruikt, welke drugs en hoeveel je hebt gebruikt, je vetpercentage, enzovoort. THC is maximum 14 uur na gebruik op te sporen, onafhankelijk van de gebruikte hoeveelheid. Amfetamines zijn tot 3 dagen op te sporen, althans bij zwaar gebruik. Cocaïne is opspoorbaar tot 24 uur na het laatste gebruik en opiaten zijn tot enkele dagen na gebruik opspoorbaar.

Het voordeel van het gebruik van de speekseltesten is dat ze een meer eenvoudige, snellere en goedkopere procedure dan vroeger mogelijk maken. Daardoor kan de politie meer drugcontroles uitvoeren in het verkeer, waardoor de pakkans vergroot.

VAD: Hoe verloopt de procedure concreet?

IVA: Allereerst overloopt de politieambtenaar een gestandaardiseerde checklist. Hij gaat hierbij na of je tekenen vertoont van recent druggebruik. De politieambtenaar bekijkt aandachtig een aantal uiterlijke kenmerken die een indicatie kunnen zijn van recent druggebruik. Op basis daarvan oordeelt hij of je al dan niet een speekseltest moet ondergaan. Indien je betrokken bent in een verkeersongeval moet de politieambtenaar deze checklist niet overlopen.

Indien je moet testen, zal de politieambtenaar je een apparaatje overhandigen waarmee je enkele malen over je tong moet wrijven. Deze 'sneltest' toont aan óf je drugs hebt gebruikt en welke drugs dit zijn.

Indien de speekseltest aangeeft dat je drugs hebt gebruikt, zal

er een speekselanalyse gebeuren. De politie zal je een ander apparaat geven waarmee je speeksel moet collecteren in je mond. Dit staal wordt opgestuurd naar een erkend laboratorium waar het wordt geanalyseerd.

Als de politieambtenaar via de checklist vaststelt dat je vermoedelijk drugs hebt gebruikt, maar het onmogelijk blijkt om een speekseltest of speekselanalyse af te nemen, dan ben je verplicht om een bloedproef te ondergaan. De politieambtenaar roept dan een arts op om het bloedstaal af te nemen.

Het Koninklijk Besluit dat de speekselanalyse moet regelen is momenteel (nvdr 29/10/2010) nog niet in het Staatsblad verschenen. Daarom wordt de speekselanalyse voorlopig nog vervangen door de bloedproef. Het KB wordt binnen enkele maanden verwacht.

VAD: Er is nogal wat commotie rond de speekseltesten, onder andere dat de test wetenschappelijk niet voldoende betrouwbaar is. Wat is jullie reactie daarop?

IVA: Voor alle duidelijkheid: de Belgische wet hanteert voor het gebruik van drugs in het verkeer een nultolerantie! Elke opspoorbare substantie drugs in het lichaam is verboden. Of men daardoor al dan niet onder invloed rijdt, is voor de Belgische wet niet relevant. De wetgever vraagt dus geen controle op 'het onder invloed zijn van drugs en rijden', maar wel degelijk op 'recent druggebruik en rijden'.

De speekselanalyse, die in het labo gebeurt, is 100% sluitend. De resultaten van de analyse zijn rechtsgeldig en zullen worden gebruikt als basis voor eventueel juridische gevolgen. Het afnemen van een speekselstaal is bovendien pijnloos (geen prik/naald nodig). Voorlopig wordt er gedurende een korte overgangperiode nog gebruikgemaakt van de klassieke bloedproef. De speekseltest geeft minder vals positieve resultaten dan de vroegere gehanteerde urinetest. Een speekseltest afnemen is bovendien makkelijker en aangenamer voor de testpersoon dan een urinetest en er hoeft geen sanitaire wagen te worden voorzien om urinestalen te bekomen.

Door de nieuwe procedure worden er tijd en manuren, zowel van politie als van medisch personeel, uitgespaard. De pakkans kan daardoor aanzienlijk verhogen, zodat een duidelijk signaal wordt gegeven dat recent druggebruik en rijden niet wordt getolereerd.

VAD: Wat zijn de gevolgen van een positieve speekseltest?

IVA: De politieambtenaar die de overtreding vaststelt, heeft de plicht om het rijbewijs ter plaatse af te nemen. Tijdens deze periode mag je dus geen voertuig (zelfs geen fiets of rijdier) be-

sturen. Na een nieuwe, negatieve test krijg je je rijbewijs terug. Blijkt de test opnieuw positief, of weiger je deze, dan volgt meteen een nieuwe inhouding van je rijbewijs voor 12 uur.

Als het labo bevestigt dat er effectief drugs aanwezig waren in het bloed of het speeksel (later) dan wordt de overtreder vervolgd voor de politierechtbank. Bij een eerste overtreding kan de geldboete oplopen van €1.100 tot €11.000. Bij herhaling kan dit oplopen van €2.200 tot €27.500. Er kan ook verval van het recht tot sturen opgelegd worden voor minimum 8 dagen tot maximum 5 jaar. Als je minder dan 2 jaar voordien je rijbewijs B hebt behaald, dan krijg je altijd een verval van het recht tot sturen opgelegd en zal je moeten slagen in een nieuw theoretisch en/of praktisch examen voordat je je rijbewijs terugkrijgt.

De kosten van de speekseltest, de speekselanalyse en/of bloedproef zijn voor de overtreder als de analyse aantoont dat hij daadwerkelijk drugs gebruikt heeft. Indien dit niet het geval is, draagt de Federale Overheidsdienst de kosten.

Voor meer info: <http://bivvweb.ipower.be/bivv/FAQ/FAQ-speekseltest.html> of <http://www.vad.be/actueel.aspx>

**GENE
ZEVEER**

**VANAF 1/10 SPEEKSELTEST
TEGEN DRUGS IN HET VERKEER**


Belgisch Instituut voor de Veerbaarheid



De balans tussen vraag en aanbod op de cocaïnemarkt

Daniel Mejia gaf op 11 oktober een workshop over zijn paper 'The war on illegal drug production and trafficking' bij de vakgroep Internationale Economie van de KU Leuven. VAD zette met hem een boompje op over de cocaïnehandel.

VAD: U schreef recent een paper waarin u het Plan Colombia (de gezamenlijke bestrijding van cocaïne door Colombia en de Verenigde Staten 2000-2008) onder de loep neemt en evalueert op de bereikte resultaten. U past speltheorie toe op deze data met toch wel interessante resultaten inzake efficiënt drugbeleid. Kan u even de grote lijnen toelichten?

DM: Plan Colombia is het grootste internationale programma om de productie van cocaïne in Colombia terug te dringen en zo de toevoer naar andere landen te beperken. De Verenigde Staten (VS) en Colombia investeren samen 1,1 biljoen dollar of 1,5% van het BNP (Bruto Nationaal Product) van Colombia in deze 'war on drugs'. Voor Colombia is dit jaarlijks een zware investering. Colombia is een typisch productieland voor cocaïne. Hier verbouwen en exporteren de FARC en paramilitaire groeperingen cocaïneplanten op grote schaal. Plan Colombia zorgde voor de halvering van de hectares cocaïneplanten tussen 2000 en 2008, maar de potentiële cocaïneproductie daalde met maar 15%. De reden hiervoor is dat de cocaïneproducenten investeerden in gewassen en methodes die meer opbrachten per hectare en zo de productiviteit per hectare verhoogden. Je zou dus kunnen stellen dat het Plan Colombia

wel haar tussendoel behaalde - het vernietigen van gewassen - maar dat er daarom verhoudingsgewijs niet minder cocaïne werd geëxporteerd naar gebruikslanden. Gebruikslanden zijn landen die vooral cocaïne kopen, maar zelf niet of slechts heel beperkt produceren, zoals België.

Je kan wel stellen dat de illegale rebellenlegers (zoals de FARC) die de cocaïneproductie gebruiken om hun terroristische activiteiten te financieren minder geld konden genereren. Ze dienden extra investeringen te doen om de productie op te drijven en verloren sowieso gewassen. Dit merk je aan een vermindering van het geweld in Colombia.

VAD: Welke adviezen heeft u op het vlak van drugbeleid voor een gebruiksland zoals België?

DM: Je kan als gebruiksland investeren in twee doelen: enerzijds in het doen dalen van de vraag door middel van preventie- en hulpverleningsinitiatieven of anderzijds in het beperken van de invoer van drugs. De VS investeert vooral in het beperken van de invoer. Een tekort aan voorraad drugs op de markt doet de prijs stijgen. Dit maakt het bestrijden van de productie in producerende landen duurder. De beloningen voor mensen om in de drughandel te stappen komen namelijk hoger te liggen: je kan meer verdienen aan de drughandel. Dus stappen meer mensen in de handel en nemen producenten meer risico's om hun waar aan de man te brengen. Indien je investeert in het doen dalen van de vraag naar drugs zal er door de verminderde vraag op de markt een overaanbod zijn, wat de prijs doet zakken. De beloningen voor mensen om zich in te laten met drughandel worden minder en de kost voor de producerende landen om de drughandel aan te pakken daalt. Dit is het marktmechanisme van vraag en aanbod.

Ik raad aan om niet alle middelen te investeren in een van beide doelen, maar net een evenwicht te betrachten. Welk evenwicht precies de meest efficiënte verdeling van middelen garandeert,

verschilt van land tot land. Wat ik zie in mijn onderzoek is dat de meeste landen te veel investeren in het beperken van de invoer van drugs en te weinig in het doen dalen van de vraag. Dit is onlogisch omdat drugs een lage prijselasticiteit kennen. Als mensen verslaafd zijn, zullen ze sowieso drugs willen kopen. Ze gaan niet stoppen met kopen omdat de prijs plots te hoog ligt. Ze gaan doen wat ze kunnen om aan drugs te geraken. Een prijsverandering heeft vooral invloed op de productie die rechtvaardig fluctueert met de prijs. De prijsverandering speelt niet in op de verbruikte hoeveelheid, maar op de kost van de productie. Naarmate de prijs stijgt, neemt de winstmarge toe en daalt de kost in verhouding. Je kan dus beter investeren in preventie en hulpverlening.

VAD: In uw onderzoek toont u aan dat in de samenwerking tussen de VS en Colombia de VS vooral voor eigen deur vegen. Kan u dit toelichten? En is dit beleid geëvolueerd over de jaren?

DM: Colombia en de VS hebben een gezamenlijk actieplan wat betreft Colombia. De VS doneren geld aan Colombia en verwachten dat Colombia met dit geld vooral de invoer beperkt door het vernietigen van gewassen. Ze investeren vreemd genoeg verhoudingsgewijs weinig in de aanpak van de invoer in de VS of in preventie en hulpverlening in hun eigen land, terwijl dergelijke investering net een grotere toegevoegde waarde zou genereren.

Dit is een leerproces. In 2000 hadden de VS en Colombia nog onvoldoende informatie om hun beleid te vormen. Je ziet doorheen de jaren de efficiëntie van Plan Colombia (in termen van het aantal kilo cocaïne dat de Amerikaanse markt bereikt) stijgen. De beleidsmakers leren dus uit hun fouten. Wat niet betekent dat ze momenteel de beste maatregelen implementeren. Meer investeren in het doen dalen van de vraag in de VS blijft een belangrijk werkpunt. Investeren in preventie en hulpverlening is duur, maar preventie is vanuit economisch perspectief te verkiezen. Eens iemand verslaafd is, is de kans dat die persoon volledig stopt klein. Ik pleit voor intelligente preventie, jongeren informeren en hen leren beslissingen te nemen op een leeftijd waarop ze nog niet gebruiken. Vreemd genoeg hebben we in Colombia betrekkelijk weinig drugverslaafden en dus weinig preventie of hulpverlening voor drugproblemen. Je zou verwachten dat in een land waar een gram pure coke 7 dollar kost (tegenover 150 dollar in de VS) veel mensen cocaïne zouden gebruiken. De cocaïneconsumptie in Colombia ligt lager dan in de ons omringende landen (Chili, Argentinië en Uruguay) ondanks de lagere prijs bij ons. Ik heb er niet direct een verklaring voor. Colombia is een conservatief land waar jongeren tot hun 25e permanent bij hun ouders wonen en dus toezicht krijgen. Misschien is het dat.

VAD: De beschikbaarheid en de prijs van cocaïne in Europa kende een democratiseringsproces. Heeft u zicht op factoren die hierin mee kunnen spelen?

DM: Het is belangrijk om per product te kijken naar de economische markt van productie en gebruik. Als de wereldwijde cocaïneproductie daalt en de beschikbaarheid en consumptie vergroot zonder een sterke prijsstijging, dan zijn er andere factoren aan het

werk dan het marktmechanisme van vraag en aanbod. Dit is moeilijk te verklaren. Veldonderzoek is hier van onschatbare waarde. In Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Spanje steeg het cocaïnegebruik de laatste jaren.

In Ierland en het Verenigd Koninkrijk zetten dealers gebruikers aan om te switchen van heroïne naar cocaïne. Ze hebben liever een cocaïnegebruiker als klant omdat die kan werken en minder snel aan de grond zit. Daarom voegen ze cocaïne toe aan de heroïne om gebruikers geleidelijk te doen omschakelen. Is het door dergelijk gedrag of heeft het te maken met de prijsdaling?

Wat betreft de beschikbaarheid werken er verschillende factoren. In de VS daalt de vraag naar cocaïne, dus sturen meer producenten een grotere hoeveelheid cocaïne naar Europa. Europa kent dus een groter aanbod. Er zijn de nieuwe smokkelroutes via West-Afrika. En dan zijn er de geruchten over technologische vooruitgang: de molecule van cocaïne zou kunnen gesplitst worden in twee delen en dan niet meer detecteerbaar zijn via de gebruikelijke analyse-instrumenten. Na de invoer over de grens voeg je de twee delen weer samen. Het materiaal nodig voor dit omgekeerd chemisch proces vraagt een grote investering, maar eens de investering gedaan, kan je op grote schaal produceren en invoeren met verlaagde pakkans. Zoiets verklaart de stijging van de consumptie aan een lage prijs want producenten lijden minder verlies aan verloren (ontdekte) ladingen.

De politie ontdekte een laboratorium in Spanje waar dit omgekeerd proces werd toegepast. Een producent zou dan invoeren in één land en vervolgens verdelen over andere landen. Is het waar of is het een mythe?

Een andere verklaring kan zijn dat de dealers de cocaïne meer verdunnen, wat ook zo werd gemeten, maar de grootte-orde van dit fenomeen is niet voldoende om het verschil in consumptie te verklaren. Gebruikers spreken echter van een consistente kwaliteit. De zuiverheid van de aangeboden cocaïne vormt het onderwerp van mijn volgende onderzoek. Ik stel dat de variantiegraad (schommeling) in de zuiverheid van cocaïne correleert met de graad van druggerelateerd geweld. Een gebruiker die cocaïne koopt, kan niet echt weten hoe zuiver deze is. De zuiverheid kan 20% bedragen of 80%. Als de zuiverheid tussen de 50 à 60% ligt, zal de gebruiker tevreden zijn. Ligt die lager, dan gaat hij amok maken. Dus het geweld gaat volgens mij omhoog als de zuiverheid sterk schommelt. Druggerelateerd geweld blijkt uit economisch onderzoek vooral het geweld tussen dealers onderling en tussen dealers en ontevreden gebruikers en niet dat van gebruikers die oude dametjes overvallen.

Ik ben benieuwd of jullie op termijn de verklaring vinden voor de evolutie van het cocaïnegebruik in Europa.

Kathleen Raskin

<http://sites.google.com/site/danielmejialondono/Home>



EEN DAG UIT HET LEVEN VAN

de medewerkers
van het project
STUFF

Het project STUFF tracht de druggerelateerde problematiek in de bijzondere jeugdzorg van het gerechtelijk arrondissement Brugge-Oostende aan te pakken.

Naast ondersteuning van teams in de bijzondere jeugdzorg op het vlak van druggerelateerde problematiek, doen wij screenings van jongeren en organiseren we voortrajecten richting gespecialiseerde (drug)hulpverlening.

8u30

Een nieuwe werkdag in Brugge begint... Julie checkt de mails en zet de vergaderzaal klaar voor de stuurgroep die over een half uurtje start.

9u

De leden van de stuurgroep komen aan. De stuurgroep van het project bestaat uit de initiatiefnemers van het project, aangevuld met een aantal belangrijke partners. Maandelijks komen we samen. De agenda wordt overlopen. Bij elk agendapunt wordt stilgestaan en feedback gegeven. Daarnaast komen er ook bedenkingen en nieuwe voorstellen.

12u30

Na een intensieve vergadering is het tijd om een hapje te eten.

13u15

Marjan gaat voor de derde keer op bezoek

in een gezin. Het gesprek wordt gestart met de ouders en de jongere. Nadat alle informatie samengelegd is, wordt het gesprek verdergezet met de jongere alleen. Na afloop van het gesprek worden de ouders er terug bijgehaald om de stand van zaken te overlopen. Nadien volgt een kort overleg met de thuisbegeleider van het gezin.

In tussentijd geeft Julie, samen met de coördinator van de preventiedienst van de stad Brugge, een vorming over de SEM-J in een voorziening bijzondere jeugdzorg. Na een theoretische uiteenzetting volgt een praktisch gedeelte waarin de begeleiders zelf aan de slag gaan met de SEM-J. De SEM-J is een screeningsinstrument dat ontwikkeld werd voor onder andere begeleiders in de bijzondere jeugdzorg.

15u30

Marjan rondt het gesprek af en zet haar weg verder. Ze haalt een cliënt op om samen naar een eerste gesprek te gaan in het dagcentrum De Sleutel in Brugge. Vanuit de screening werd dit voortraject opgestart.

16u20

Julie wordt opgebeld door een voorziening bijzondere jeugdzorg. Een dossier loopt moeilijk omwille van een druggerelateerde problematiek en men vraagt advies. Er wordt een teamconsult voorgesteld en meteen een afspraak vastgelegd.

17u

Marjan brengt de cliënt terug naar huis. Ze neemt contact op met de begeleider van de dienst begeleid zelfstandig wonen van het meisje om het verloop te schetsen en verdere afspraken over samenwerking te maken.

17u30

In de loop van de dag werden we gecontacteerd door een voorziening met de melding dat een jongere (die reeds binnen het project STUFF afgerond werd met een doorverwijzing naar de hulpverlening) afgehaakt heeft in de hulpverlening. Marjan probeert de jongere te bereiken om hem eventueel terug op te vissen om zo een nieuw voortraject op te starten.

18u00

De werkdag zit erop. We sluiten ons bureau af en gaan huiswaarts.

Julie Parmentier
Marjan Velghe
Project STUFF

U vindt de SEM-J op www.vad.be

Vlaamse inputmeeting: actiefocussen voor Logo's

Op 7 oktober 2010 vond een Vlaamse inputmeeting voor de Logo's plaats waarin Vlaams minister van Gezondheid, Jo Vandeuren, zijn prioriteiten en actiefocussen voor de Logo's uit de doeken deed. In de namiddag konden de Logo's verder van gedachten wisselen over deze voorstellen. We geven een kort verslag van de bijdrage van de minister.

Begin 2010 zijn de vijftien nieuwe Logo's door de Vlaamse overheid erkend. Hun vraag naar duidelijkheid omtrent taakafbakening en prioriteiten stond toen centraal. Op de inputmeeting werden acht prioritaire thema's voor de Logo's bekendgemaakt. Ze lopen vrij parallel met de bestaande gezondheidsdoelstellingen en gaan over volgende thema's:

1. Tabak, alcohol en drugs
2. Voeding en beweging
3. Valpreventie
4. Borstkankeropsporing
5. Infectieziekten en vaccinaties
6. Suïcidepreventie
7. Gezondheid en milieu
8. Horizontale actiefocus (thema-overstijgend of geïntegreerd werken naar groepen met een lagere sociaal-economische status en met lokale besturen).

Elk thema wordt vertaald in een aantal actiefocussen die gericht zijn op specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld kinderen en jongeren, zwangere vrouwen), sectoren (bijvoorbeeld bedrijven) en interventies (bijvoorbeeld rookstop).

De minister lanceerde een voorstel van taakverdeling op basis van het preventiedecreet. Hij beklemtoonde het belang van een

facettenbeleid, waarbij andere beleidsdomeinen bij de preventieve gezondheidszorg worden betrokken.

De settings onderwijs en werk zijn twee sectoren bij uitstek om de actiefocussen te realiseren. Steden en gemeenten zijn hierin een cruciale partner. Ze zijn niet alleen een bedrijf op zich, maar voor hen is de horizontale actiefocus geformuleerd om de thema-overstijgende en geïntegreerde werking te versterken. In deze geïntegreerde werking zijn groepen met een lage sociaal-economische status een zeer belangrijke doelgroep.

Specifiek voor alcohol en drugs onthouden we uit de speech van de minister het volgende:

“Voor tabak, alcohol en drugs nemen de Logo's de rol van disseminator op. Dit zal zeker klantvriendelijker overkomen bij de netwerkpartners van Logo's omdat zij op die manier een geïntegreerd preventiepakket voor preventie aangeboden krijgen. Dat dit een nauwere samenwerking met de VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen) en de alcohol- en drugpreventiewerkers van de CGG (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg) impliceert, is evident. We rekenen dan ook op een constructief samenbrengen van jullie expertises op ieders eigen domein om tot een boeiende samenwerking te komen. Dit is heel belangrijk en evident en wij begrijpen dat dat niet zo gemakkelijk zal zijn. Een aandachtspunt uit het actieplan dat we willen benadrukt zien, is de focus op het uitstellen van de beginleeftijd van roken en alcoholgebruik enerzijds en het in kaart brengen en uitbreiden van een lokaal aanbod tot stoppen met roken anderzijds. Dus ook projecten in dit kader moeten verder verspreid worden. Ook met betrekking tot tabak, alcohol en drugs moet een accent gelegd worden op de groepen met lagere sociaal-economische status en etnisch-culturele minderheden.”

Over de specifieke rolafbakening van Logo's en CGG-preventiewerkers werd in de meeting niet ingegaan. Het advies, dat door de Vlaamse Werkgroep tabak, alcohol en drugs in dit verband eind oktober werd geformuleerd, zal hierin hopelijk meer duidelijkheid brengen.

Marijs Geirnaert

GEWIKT & GEWOGEN

U gebruikt toch ook? Druggebruik vaak overschat

In opdracht van de stad Brugge voerde De Sleutel vorig schooljaar een onderzoek uit naar het gebruik van legale en illegale middelen bij schoolgaande jongeren. Dit terugkerend initiatief vanwege het Brugse stadsbestuur is uniek in Vlaanderen. Na eerdere enquêtes in 1994, 1997, 1999 en 2005 is dit al de vijfde bevraging in Brugge. Om optimaal te kunnen vergelijken, hanteerde De Sleutel dezelfde methodologie en vragenlijst als in 2005. Hieronder vindt u de voornaamste trends en resultaten terug.

Is het middelengebruik gedaald of gestegen?

Het antwoord op deze vraag is genuanceerd. De focus van dit antwoord ligt op het gebruik tijdens de laatste dertig dagen (of recent gebruik) van alcohol, sigaretten, cannabis en slaap- of kalmeringsmiddelen. In grafiek 1 vindt u de vergelijking tussen 2005 en 2009, en dit afzonderlijk voor de leerlingen in de tweede en de derde graad.

In vergelijking met 2005 is er over het algemeen een duidelijke daling van het gebruik bij de leerlingen in de tweede graad (14-16-jarigen) merkbaar. Recent gebruik van zowel alcohol en sigaretten als van cannabis is bij hen gevoelig gedaald. Voor cannabis is er bijvoorbeeld een daling van 17% in 2005 naar 10% recent gebruik in 2009. Enkel het recent gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen volgt deze trend niet.

Het beeld voor de leerlingen in de derde graad (16-18-jarigen) is echter fundamenteel anders. Het gebruik van alcohol, sigaretten en slaap- of kalmeringsmiddelen is status quo gebleven. Opvallend is de stijging van het aandeel jongeren in de derde graad dat recent cannabis heeft gebruikt: van 15% in 2005 naar 22% in 2009.

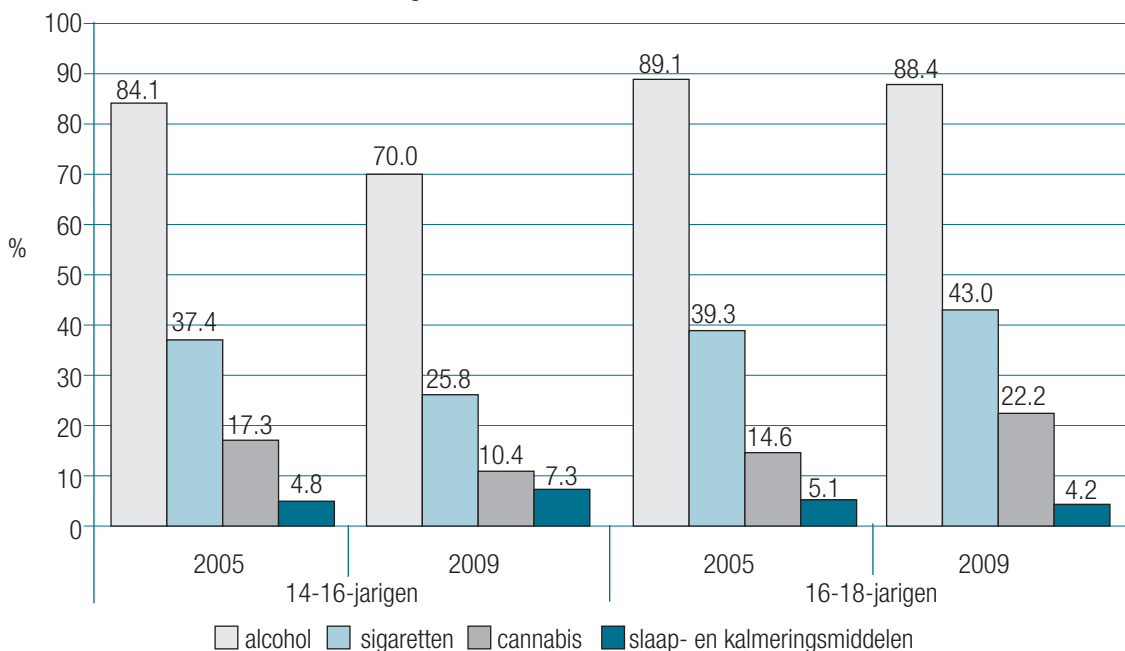
Wanneer starten jongeren met gebruik?

Specifieke aandacht gaat hierbij naar de 'vroeg starters' per product. Vroeg starters zijn jongeren die aangeven dat ze 13 jaar of jonger waren toen ze het product in kwestie voor het eerst gebruikten.

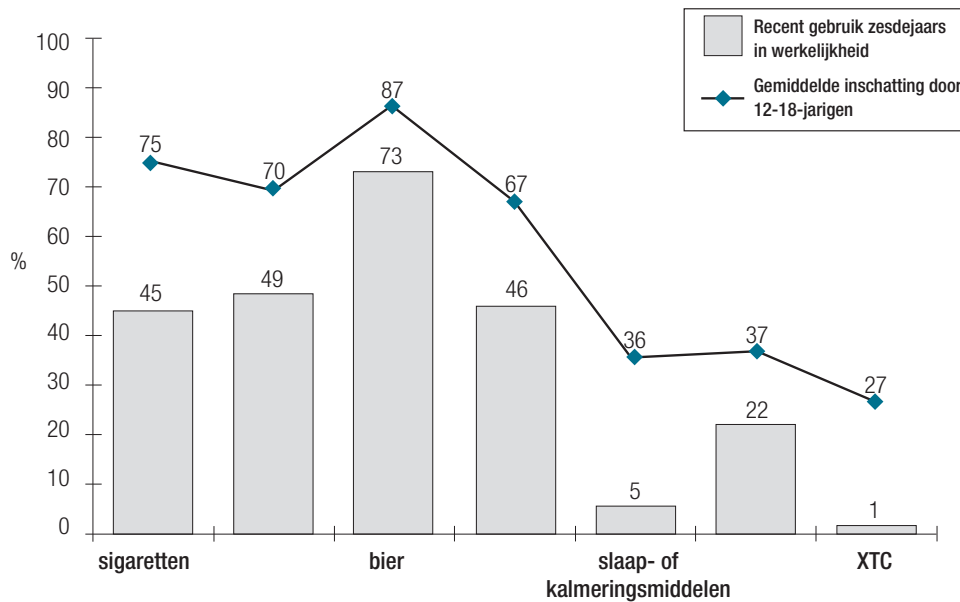
In vergelijking met 2005 daalde het aandeel vroeg starters voor alcohol en sigaretten met meer dan 10%. Ook voor cannabis is er een duidelijke daling: gaande van 8% vroeg starters in 2005 naar 4% in 2009. Enkel voor slaap- en kalmeringsmiddelen wijzigde de beginleeftijd niet.

Opvallend is dat er ook in de derde graad een significante daling

Grafiek 1: Evolutie in het gebruik van alcohol, sigaretten, cannabis en slaap- en kalmeringsmiddelen in Brugse scholen tussen 2005 en 2009, De Sleutel



Grafiek 2: Recent middelengebruik zesdejaars - werkelijkheid versus inschatting (in %), in Brugse scholen 2009, De Sleutel



is van het aantal vroege starters. Bovenstaande cijfers over het recent gebruik bij deze leeftijdsgroep nuanceren dat het uitstellen van de beginleeftijd niet noodzakelijk leidt tot afstel.

Druggebruik overschat

In voorgaande studies stelde De Sleutel overtuigend vast dat jongeren zich conformeren aan het middelengebruik dat ze observeren of menen te observeren in hun omgeving. Anno 2009 peilde De Sleutel daarom expliciet naar de perceptie die leeft onder 12-18-jarigen omtrent het middelengebruik door zesdejaars. Welke 'sociale norm' hanteren jongeren en hebben ze überhaupt een realistisch beeld van het middelengebruik?

Zoals blijkt uit bovenstaande figuur (grafiek 2) is het antwoord op deze laatste vraag ondubbelzinnig 'nee'. Voor elk van de producten is er een kloof tussen het werkelijk aantal recente gebruikers en de doorsnee-perceptie bij jongeren. De gemiddelde inschatting ligt telkens 15 à 30% hoger. Voor sigaretten geldt bijvoorbeeld dat de jongeren ervan overtuigd zijn dat 7,5 op de 10 (of 75%) zesdejaars recent minstens één keer gerookt hebben. Het werkelijke prevalentiecijfer voor zesdejaars ligt met 45% gevoelig lager.

Deze overschatting komt voor bij elke leeftijdsgroep: ook de leerlingen in de eerste graad schatten het middelengebruik bij zesdejaars veel te hoog in.

Daarnaast is er een samenhang tussen de 'sociale norm' die men hanteert en het eigen gebruik. Niettegenstaande de 'sociale norm' bij gebruikers steeds hoger ligt dan bij niet-gebruikers, vallen ook de niet-gebruikers ten prooi aan de systematische neiging tot overschatting.

Tot slot

De inspanningen die geleverd zijn om de beginleeftijd van gebruik op te schuiven, werpen vruchten af. Echter, uitstel leidt niet perse tot afstel. Bovendien leeft de overtuiging bij jongeren dat middelengebruik normaal en frequent is. Het corrigeren van deze onrealistische overtuiging vormt een belangrijke uitdaging voor het preventiewerk.

Geert Lombaert
Dienst Wetenschappelijk Onderzoek
De Sleutel

Methodologie

De Sleutel nam een representatieve en gestratificeerde steekproef van 1.500 leerlingen uit alle graden in het secundair onderwijs (12-18-jarigen). Deze leerlingen vulden een individuele, anonieme en schriftelijke vragenlijst in onder begeleiding van een getrainde enquêteur. De bevraging vond plaats in november 2009. De bereidheid tot medewerking van de Brugse scholen en leerlingen was uitzonderlijk hoog (94%).

Voor meer prevalentiecijfers en een verklaring van het middelengebruik kan u het onderzoeksrapport lezen op: www.desleutel.be. U kan het rapport ook bestellen via mail: Lies.dhont@brugge.be of T 050 44 80 68.

Van acid tot zerotolerance

Met het proefschrift 'High Amsterdam. Ritme, roes en regels in het uitgaansleven' promoveerde de flamboyante Amsterdamse drugsonderzoeker Ton Nabben enkele maanden geleden tot doctor in de criminologische wetenschappen. De probleemstelling van zijn rijk geïllustreerde proefschrift luidt als volgt: "Welke ontwikkelingen hebben zich sinds het begin van de jaren negentig voorgedaan op de drugmarkt van het Amsterdamse uitgaansleven, en in hoeverre en op welke wijze zijn het (strafrechtelijk) drugbeleid en andere factoren hierop van invloed geweest?"

Drugtrends in het Amsterdamse uitgaansleven

Aan de hand van Antenne, een multi-methodisch monitoring-instrument dat het Amsterdamse Bonger Instituut voor Criminologie (UVA) in samenwerking met Jellinek ontwikkelde, werden opeenvolgende drugtrends in een bredere trendcontext geplaatst en verklaard. Dit gebeurde via clubsurveys (1995, 1998, 2003 en 2008) en vooral door een panelstudie bij trendsetters (alternatieven, sensualisten, psychonauten en creatieven). De focus van het Antenne-onderzoek ligt op veranderingen in de aard, verspreiding, omvang en imago van stimulantia (onder andere ecstasy, cocaïne en amfetamine) en narcosemiddelen (lachgas, GHB en ketamine). Het proefschrift laat zien dat sociale en culturele betekenis van uitgaansdrugs en muziek binnen smaakculturen permanent van karakter veranderen. Het bruisende nachtleven wordt, vanuit een cultureel-criminologisch perspectief, als een semi-autonoom sociaal spanningsveld gezien met soms botsende belangentegenstellingen tussen regelmakers, regelhandhavers, feestorganisatoren en recreatieve gebruikersgroepen. De carnavaleske kick- en pleziercultuur en het grensoverschrijdend consumptiegedrag zijn inherent verbonden met de spectaculaire uitgaanscultuur. De sociale en culturele betekenis van muziek, dansen, lichaamscultuur en middelengebruik is permanent aan verandering onderhevig en wordt vaak op diverse wijze in smaakculturen gearticuleerd. Maar het hedonistische hyperconsumentisme leidt bij voortdurende ook tot zorg over riskant middelengebruik en soms snel opeenvolgende paniekgolven in de media. Nabben plaatst de (plezante en problematische) zucht van de roeszoekers daarom in het perspectief van de sensibele 'roeskunstenaar' en de destructieve 'roesknoeier'.

Het wisselende succes van roesmiddelen in het uitgaansleven

Nabben onderzocht ook welke factoren invloed hebben op het succes dan wel de neergang van het middelengebruik in het uitgaansleven en onderscheidt daarbij vijf 'trenddimensies': (1) historische, sociaal-culturele en economische condities waar-

onder nieuwe (risico)groepen zich manifesteren; (2) de sociaal-culturele en symbolische uitgaanscontext; (3) de translokale distributie en het aanbod op de drugmarkt(en), bestrijding, prijsontwikkeling en kwaliteit (drug); (4) aard, verspreiding, omvang en imago van psychoactieve middelen en (5) beleid, regelgeving en handhaving ten aanzien van drugs(gebruik) én de reactie van consumenten hierop. Tezamen bepalen ze de complexiteit van beleid, gebruik en bestrijding van middelengebruik dat tevens aan de nieuwe tijdgeest onderhevig blijft. Door de verschillende trenddimensies eerst afzonderlijk te beschrijven, verheldert Nabben onder welke samenloop van omstandigheden nieuwe drugtrends ontstaan als een resultante van externe en interne factoren die elkaar continu beïnvloeden.

Sinds de jaren negentig hebben zich drie brede ontwikkelingen voorgedaan in het uitgaansleven: (1) upgrading; een door de hoogconjunctuur gestimuleerd proces van 'versjeking' en 'vervipping'; (2) upperground; een alternatief clubsegment dat zich in het hart van de mainstream heeft genesteld en (3) urban; een weerspiegeling van het multiculturele proces én andere muziekstijlen dan de elektronische. De invloed van urban wist de oorspronkelijke witte uitgaansbolwerken te doorbreken en symboliseerde tegelijk de 'nieuwe nuchterheid' in het uitgaansdomein na de hoogtijdagen van de house. Na de eeuwwisseling vindt er over de gehele uitgaanslijn matiging van gebruik plaats.



Een repressief beleid als reactie op de 'feestwildheid'

Als gevolg van gezondheidsincidenten in het expanderende nachtleven en een toenemende druk van het massavertier in de binnenstad, komt de openbare orde en veiligheid bovenaan de bestuurlijke agenda te staan. Mede door verscherpte controles aan de deur als gevolg van politie-invalen in het clubcircuit nemen clubuitbaters strenge maatregelen om druggebruik in toom te houden. Drugkluisen worden geplaatst en cannabis wordt steeds vaker geweerd. Een nieuwe veiligheidsdoctrine krijgt zijn beslag. Diensten als de brandweer en GGD krijgen meer verantwoordelijkheid bij de vergunningsaanvragen van organisatoren voor dance-events. In haar streven om de 'feestwildheid' te bedwingen trachten politie en justitie door middel van een zero-tolerancebeleid ook meer grip te krijgen op drughandel én 'openlijk' druggebruik op de grote dancefeesten. In het licht van de reeds eerder ingezette daling van het druggebruik, is deze beleidswijziging opmerkelijk te noemen. Maar in hoeverre schrikt een zero-tolerancebeleid af en leidt het niet eerder tot een verplaatsing van het probleem ('waterbedeffect')? In de huidige feestpraktijk blijkt namelijk dat ondanks de vele aanhoudingen en inbeslagnames van (meestal kleine hoeveelheden) drugs het beoogde doel van drugvrije feesten bijlange niet wordt gerealiseerd. Beperkte bevoegdheden en



te weinig beveiligingspersoneel om alle bezoekers grondig te fouilleren liggen hieraan ten grondslag. Nog afgezien van de financiële kosten die meer portiers en politie-inzet met zich meebrengt, zou dat laatste ook grote problemen opleveren bij de ordehandhaving op grote dancefeesten.

Zerotolerance mist doel

Nabben betoogt aan de hand van etnografisch onderzoek op grote feesten, dat een strengere controle bij bezoekers tot meer 'geforceerd' gebruik leidt voorafgaand aan het feest. Een ruime meerderheid van de bezoekers regelt zijn drugs immers van tevoren en houdt rekening met controles door de drugs beter te verstoppen en/of de drugs vooraf te gebruiken. In weerwil van de in politierapportages vaak gesuggereerde dealpraktijken is volgens de criminoloog in de feestcultuur veel eerder sprake van delen dan van dealen.

De drugmarkt van het Amsterdamse uitgaansleven vertoonde in de periode 1994-2008 een grote dynamiek. Ofschoon er als gevolg van veranderde wetgeving en/of 'bestrijdingssuccessen' geregeld sprake is van productsubstitutie, blijkt dit vaak een tijdelijk verschijnsel te zijn. Ondanks politiek en strafrechtelijk beleid blijft de kwaliteit, het aanbod en de prijsontwikkeling van illegale middelen op lange termijn redelijk stabiel.

Jochen Schrooten

Nabben, T. (2010). *High Amsterdam. Ritme, roes en regels in het uitgaansleven*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
Meer informatie & bestellen: www.highamsterdam.net



BIJBLIJVEN

The 7th Conference of INEBRIA

Op het congres van INEBRIA (International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems), de jaarlijkse hoogmis over kortdurende interventies, ontmoeten onderzoekers en praktijkwerkers elkaar. In vorige edities kregen vooral alcoholinterventies aandacht, nu werden ook kortdurende interventies voor druggebruikers doorgelicht. Men denkt er dan ook aan om drugs toe te voegen aan de naam van het netwerk.

De 7de conferentie van INEBRIA met als thema 'Vooruitgang in onderzoek en praktijk' vond dit jaar plaats op 9 en 10 september in Göteborg (Zweden). Vertegenwoordigers van alle continenten brachten lezingen over theorievorming, onderzoek en implementatie van vroeg- en kortdurende interventies. Drie thema's kregen dit jaar extra aandacht: het omzetten van onderzoek naar de dagelijkse praktijk, elektronische interventies en kortdurende interventies bij 'andere' doelgroepen.

Van onderzoek naar praktijk

De vertaalslag maken van onderzoek naar praktijk was dit jaar een belangrijk aandachtspunt. De (kosten)effectiviteit van alcohol-'SBI' (screening en kortdurende interventies) in de eerstelijnsgezondheidszorg werd immers de afgelopen dertig jaar veelvuldig aangetoond. Voor andere settings en middelen zijn de eerste onderzoeksresultaten veelbelovend. Het omzetten van onderzoek naar de praktijk blijkt niet zo evident. Weinig Europese landen hebben op dit vlak reeds een structureel aanbod. Hierin komt echter stilaan verandering, onder meer Zweden, Schotland en Catalonië nemen in Europa het voortouw. Het Zweedse Risk Drinking Project bijvoorbeeld zette een groots trainingprogramma op om alcohol bespreekbaar te maken in de volledige eerstelijnszorg. Alcoholgebruik moest, naast de vele andere leefstijlfactoren en rookgedrag, een

normaal gespreksonderwerp worden in de zorgverlening. In trainingen en vormingen stond de patiëntgerichte aanpak door middel van motiverende gespreksvoering voorop. De Zweden implementeerden kortdurende interventies op enkele jaren tijd bij volgende beroepsgroepen: huisartsen, vroedvrouwen, (thuis)verpleegkundigen, kindergezondheidszorg (vergelijkbaar met Kind en Gezin bij ons), arbeidsgeneeskunde en artsen in opleiding. Nadien werden nog ziekenhuizen en universiteiten toegevoegd. Het uitbreiden van SBIRT (screening, brief interventions and referral to treatment) naar andere sectoren blijkt ook in andere werelddelen te gebeuren.

Nieuwe actoren en Health 2.0

Tijdens de vorige edities van dit congres kwamen vooral interventies aan bod die plaatsvonden bij huisartsen, spoeddiensten en arbeidsgeneeskundige diensten. Ook dit jaar werden deze beroepsgroepen ruimschoots belicht. Daarnaast traden nog andere sectoren op de voorgrond. Zo werden we iets wijzer over interventies binnen justitie en (alcohol)interventies uitgevoerd door religieuze leiders. Gezien deze laatste groep schaars wordt in Vlaanderen, had ik echter vooral interesse voor de interventies door apothekers en bij zwangere vrouwen. Niet alleen nieuwe actoren waren aanwezig, ook het gebruik van elektronische interventies was een opvallende trend. Elektronische interventies worden meer en meer gebruikt om te screenen en te interveniëren. Deze zogenaamde Health 2.0 interventies bieden dan ook heel wat voordelen. Zo bereikt men doelgroepen die via de reguliere zorg niet bereikt worden en kan men cliënten een elektronische screening laten doen zodat er tijdens de consultatie meer tijd is om de cliënt te adviseren.

Na zoveel interessante voorbeelden kriebelt het dan ook om in Vlaanderen verder aan de slag te gaan.

Tom Defillet

De presentaties van de conferentie kan u vinden op: <http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1338/doc17934.html>

Knipoog

'Drink en rook voor Russische schatkist'

De Russische minister van Financiën, Alexei Kudrin, heeft een inventief plan gelanceerd om de Russische schatkist te steunen: wodka drinken en sigaretten roken. Dat deed hij uitgerekend op de dag dat Moskou een verbod instelde op de nachtelijke verkoop van wodka en andere sterkedranken. Volgens minister Kudrin helpen de taksen op wodka en tabak de sociale problemen van het land oplossen. De levensverwachting voor Russische mannen bedraagt volgens de Wereldgezondheidsorganisatie maar 60 jaar. In het kader van een overheids campagne tegen alcoholgebruik eerder dit jaar, werd gemeld dat er jaarlijks 3.000 Russen sterven door alcoholvergiftiging en meer dan 75.000 door ziekten die verband houden met alcoholmisbruik. Een Rus krijgt gemiddeld 18 liter pure alcohol binnen per jaar.
Bron: De Standaard, 02/09/2010

Cannabiskwesties

Het Trimbos-instituut organiseerde op 12 oktober in Utrecht een studiedag over cannabis en jongeren met een stand van zaken over wetenschap en praktijk. We brengen verslag uit van een selectie interessante lezingen.

Stress, gedragsstoornissen en cannabisgebruik

Prof. dr. Anja Huizink doet onderzoek naar zowel de biologische als gedragsfactoren bij de ontwikkeling van riskant middelengebruik. Zij analyseert daarvoor de gegevens van TRAILS, een Nederlands longitudinaal bevolkingsonderzoek. Uit haar onderzoek blijkt dat gedragsfactoren zoals temperament (onder meer sensation seeking) slechts een bescheiden rol spelen als voorspeller van cannabisgebruik. De combinatie van vroeg beginnen roken, omgaan met blowende vrienden en gedragsproblemen is een sterkere indicator voor riskant cannabisgebruik. Beginnen roken voor de leeftijd van 12 jaar heeft een onafhankelijk effect op cannabisgebruik waardoor de kans vergroot met factor 20. Een Finse studie liet vrijwel dezelfde cijfers zien. Effectieve preventieprogramma's voor roken op jonge leeftijd zouden op basis van deze gegevens effectief kunnen zijn voor de preventie van cannabisgebruik.

Preventie van middelengebruik bij kinderen met gedragsstoornissen

Agressief gedrag in de kindertijd, met name als dit deel uitmaakt van een antisociale gedragsstoornis, is een risicofactor voor later middelengebruik en afhankelijkheid. Het Universitair Medisch Centrum van Utrecht deed onderzoek naar de effecten van een

preventieve interventie op middelengebruik en delinquent gedrag bij kinderen met gedragsstoornissen. Het UCPP (Utrecht Coping Power Programma) is een kindtraining (8-12 jaar) in sociale probleemoplossing gecombineerd met een oudertraining in opvoedingsvaardigheden. Het is een intensief groepsprogramma dat bestaat uit 23 wekelijkse sessies van 75 minuten voor de kinderen en 15 sessies van 90 minuten voor de ouders. Er wordt gewerkt volgens vaste protocollen, zodat zelfs onervaren therapeuten, mits een training, deze sessie kunnen begeleiden. In de huidige studie werden de effecten van deze interventie onderzocht gemiddeld 5 jaar na de start van de behandeling. Als controlegroep werd de groep met een standaardbehandeling genomen. Er werden geen verschillen gezien op vlak van diagnoses, medicatie, gebruik van alcohol en delinquent gedrag. Wel gebruikte de UCPP-groep beduidend minder tabak en cannabis waardoor men deze methodiek toch als veelbelovend of geschikt kan beschouwen als preventieve behandelmethode voor middelengebruik bij kinderen met gedragsstoornissen.

Familietraining Motiverende en Interactievaardigheden (FMI)

Onderzoekers van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam gingen op zoek naar een interventie gericht op het veranderen van cannabisgebruik bij patiënten met een psychose en op het veranderen van de kritische houding van familieleden. Men gaat ervan uit dat cannabisgebruik vaak in combinatie met schizofrenie voorkomt en dat door een toename van de kritische en vijandige houding van familieleden er een verhoogd risico is op een vroegtijdige terugval. Doordat zowel familie-interventies bij schizofrenie als motiverende gespreksvoering bij psychosen effectief blijken te zijn, heeft men voor een combinatie van beide gekozen. De trainingsgroep bestond uit 15 ouders die naar 12 bijeenkomsten van elk 3 uur kwamen. De inhoud van de groepsessies bestaat uit psycho-educatie, training interactievaardigheden en training motiverende gespreksvoering. De resultaten van een eerste nameting werden vergeleken met een controlegroep die alleen psycho-educatie kreeg. FMI bleek niet effectiever in de meeste uitkomsten bij patiënten en familie. FMI bleek wel effectiever in het reduceren van het gebruik van cannabis en de trek naar cannabis bij de patiënten. Misschien wordt de meerwaarde van FMI mogelijk meer zichtbaar een jaar na de interventie, omdat de ouders dan meer de kans hebben gehad om de aangeleerde vaardigheden toe te passen in de praktijk. We zijn benieuwd naar een volgende evaluatie.

Al bij al een interessante studiedag met naast een 'state of the art' over het thema, ruimte voor enkele innoverende methodieken die na een eerste evaluatieonderzoek veelbelovend blijken te zijn. We volgen het verder op!

Geert Verstuyf

CANNABISKWESTIES... KINDERLEEF TIJD



Integrale aanpak opvoedingsadviezen ten aanzien van roken, drinken, druggebruik, seksueel risicogedrag en gehoorschade

Het Nederlandse Trimbos-instituut voerde een studie uit om de mogelijkheden en beperkingen in kaart te brengen van een integrale aanpak bij het geven van opvoedingsadviezen over roken en alcohol- en drugpreventie bij jongeren. Er werd ook nagegaan in welke mate een dergelijke integrale opvoedingsaanpak uitgebreid kan worden met andere gezondheidsthema's zoals preventie van seksueel risicogedrag en gehoorschade.

In Nederland richten preventie- en leefstijlcampagnes zich in toenemende mate op ouders. Voor ouders bestaat een groot en versnipperd aanbod van opvoedingsadviezen over seksuele opvoeding, roken en alcohol. De verscheidenheid van dit aanbod roept de vraag op naar de mogelijkheid om dergelijke adviezen op een samenhangende manier aan te bieden. Aan de grondslag van de verschillende adviezen liggen immers gelijkaardige opvoedingsprincipes zoals ouderlijke steun, warmte bieden en controle uitoefenen.

Opvoedingsadviezen op een gelijkaardige manier aanbieden, heeft verschillende voordelen. Door gezamenlijke communicatie blijven ze, door de kracht van herhaling, beter hangen bij ouders. Bovendien hebben ouders vaak te maken met kinderen die riskant gedrag vertonen op verschillende opvoedingsgebieden tegelijk. Ook voor de intermediairen die de adviezen aanbieden, is het eenvoudiger en minder tijdsintensief om informatie of interventies aan te bieden die op een vergelijkbare manier zijn opgebouwd.

State of the art studie

Om te onderzoeken of het aanbieden van integrale opvoedingsadviezen wenselijk is, voerde het Trimbos-instituut, in samenwerking met andere organisaties, een state of the art studie uit naar mogelijke overeenkomsten en verschillen in opvoedingsadviezen over roken, alcohol en drugs, seksueel risicogedrag en gehoorschade. Met de studie wil men bouwstenen aanleveren voor een geïntegreerde aanpak.

Het rapport gaat in eerste instantie in op de gelijkenissen tussen de principes van effectieve opvoeding voor de verschillende thema's en daarnaast worden ook de verschillen bekeken. Ten tweede onderzocht men wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van een samenhangende aanpak. Tot slot worden praktische handvatten geboden.

Tijdens twee expertmeetings, met experts op het gebied van opvoeding in het algemeen en experts inzake opvoeding over de verschillende thema's, zijn bovengenoemde onderwerpen bevestigd. Wanneer de nodige expertise ontbrak, werd een aanvullende literatuurstudie uitgevoerd.

Opvoedingsadviezen

Dit rapport geeft relevante en kernachtige opvoedingsadviezen over roken, alcohol- en druggebruik, gehoorschade en seksueel risicogedrag. Er wordt wel beklemtoond dat differentiatie naar thema niet uit het oog verloren mag worden. Bovendien is het belangrijk dat ouders op verschillende momenten in de opvoeding specifiek gedrag stellen om roken, alcohol- en druggebruik en seksueel risicogedrag te voorkomen.

Lezers die zich verder willen verdiepen in specifieke thema's kunnen dit via de uitgebreide literatuurlijsten per hoofdstuk.

Nina De Paepe

Vermeulen-Smit, E., van den Eijnden, R., Verdurmen, J., Spruijt, R., & Schulten, I. (2010). *Integrale aanpak opvoedingsadviezen ten aanzien van roken, drinken, druggebruik, seksueel risicogedrag en gehoorschade*. Utrecht: Trimbos-instituut en Universiteit Utrecht, Den Haag: STIVORO.



Geboekstaafd

Trimbos Instituut (2010) *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2009*. Utrecht: Trimbos Instituut.

In Nederland volgen tal van monitors de ontwikkelingen op het gebied van drugs, alcohol en tabak. De Jaarberichten van de Nationale Drug Monitor (NDM) geven een actueel overzicht in de grote stroom van informatie over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland. Het Jaarbericht 2009 is inmiddels het tiende Jaarbericht in de reeks. Voor cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy en amfetamine, GHB, alcohol en tabak staan de meest recente cijfers bij elkaar over het gebruik, het problematisch gebruik, de hulpvraag, ziekte en sterfte en aanbod en markt. Daarnaast wordt de positie van Nederland in internationaal perspectief gezet.

Van der Poel, A., Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. & van Laar, M. (2010) *Feestmeter 2008-2009. Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Hoeveel en hoe vaak gebruiken uitgaanders alcohol en drugs? Zijn er verschillen tussen bezoekers van clubs en grootschalige party's en naar regio? En hoeveel club- en partybezoekers ontwikkelen problemen door hun druggebruik? Deze vragen komen aan de orde in 'Feestmeter 2008-2009', een onderzoek naar de omvang en aard van het alcohol- en druggebruik in Nederland. Met deze eerste Feestmeter is een start gemaakt om in Nederland op nationaal niveau het middelengebruik in het uitgaansleven cijfermatig in kaart te brengen.

Van der Stel, J. (2010) *De verslavingszorg voorbij*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dit boek is geschreven naar aanleiding van het honderdjarig bestaan van Bouman GGZ, een grote GGZ-instelling in Nederland die zich specifiek richt op verslavingspsychiatrie. De auteur heeft een overzicht samengesteld van historische en actuele wetenschappelijke kennis. Allerlei facetten van verslaving en het denken over verslaving worden besproken. Het boek bevat een uitgesproken

visie: er is behoefte aan een psychosociale neurowetenschap van verslaving. Verslaving wordt hierbij gezien als een psychobiologisch verschijnsel, een verschijnsel dat betrekking heeft op de disfunctie van specifieke systemen in het brein. Maar ook de sociale en culturele context speelt hierbij een rol: een volledige verklaring van de ontwikkeling van verslavingsgedrag kan niet zonder kennis vanuit de sociale wetenschappen tot stand komen.

Guiot, M.G.H., Smeerdijk, A.M., Franklin, L.C. & Kuiper, B.J.H. (2009)

***Middelenafhankelijkheid en depressie. Diagnostiek en cognitief-gedragstherapeutische behandeling van comorbide middenafhankelijkheid en depressieve stoornissen. Handleiding en protocol voor de behandelaar*. Amersfoort: GGZ Nederland.**

Deze handleiding, die ontwikkeld werd in het kader van het project Resultaten Scoren, is gericht op de behandelaar van cliënten met comorbide middenafhankelijkheid en depressieve stoornissen. De handleiding beschrijft een geïntegreerde aanpak voor deze problematiek, wat in dit geval inhoudt dat de cliënt eerst een leefstijltraining volgt om het middelengebruik onder controle te krijgen en daarna de cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling voor depressie.

Grol, R. & Wensing, M. (2010) *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

Elk jaar komen in de gezondheidszorg veel waardevolle nieuwe inzichten, technologieën, programma's of 'best practices' beschikbaar. Helaas vinden veel van deze innovaties hun weg naar de praktijk niet. Hoe komt dat? En hoe kan effectieve implementatie van verbetering in de patiëntenzorg worden gerealiseerd? In dit boek is actuele informatie terug te vinden over de implementatie van uiteenlopende veranderingen. Het proces van innovatie in de praktijk wordt zorgvuldig geanalyseerd en besproken aan de hand van een praktisch, stapsgewijs model. Een groot aantal wetenschappelijke bevindingen en praktische voorbeelden wordt gepresenteerd om het model toe te lichten.

Wie boven een afgrond bengelt, kijkt nooit naar beneden

Door het oog van de naald
Tim Van Steendam

Een krantenartikel over het aantal mensen dat begeleid wordt in het Gentse Medisch-Sociaal Opvangcentrum (MSOC) prikkelt de nieuwsgierigheid van schrijver Tim Van Steendam. Wie zijn al die mysterieuze (ex-)heroïnegebruikers die ronddolen in het knusse Gent, een stad die hij dacht vanbinnen en vanbuiten te kennen? De medewerkers van Straathoekwerk brengen hem in contact met gebruiker en kraker Chris en ex-gebruiker Francis, waarmee een tocht begint langs de kraakpanden, straten en pleinen die Steendam's beeld van Gent voor altijd zal veranderen.

Het verhaal begint bij Chris, die op dat moment in de Oude Vismijn woont, nu een glamoureuze renovatieproject, op dat moment een groezelige bouwwerf vol afval. Chris gebruikt heroïne en het contact loopt meestal vrij stroef. Hij is Van Steendam's eerste kennismaking met kraakpanden en de pure miserie die daarbij soms komt kijken. Maar Chris is moeilijk te bereiken en neemt het Van Steendam erg kwalijk wanneer die niet met geld over de brug komt als hij last krijgt van afkickverschijnselen en dringend heroïne nodig heeft.

Een beter contact is er met Francis, een ex-gebruiker die zijn uiterste best doet om er weer bovenop te raken. Opnieuw een triest verhaal van een slechte jeugd en verloren kansen, van hallucinante acties om aan drugs te raken en van slapen in mensonwaardige omstandigheden in de vrieskou. Maar ook van iemand die knokt om beter te worden en die langzaam maar zeker stapjes in de goede richting zet. Zo is er aan Francis' verhaal tijdens de eerste contacten geen touw vast te knopen omdat de dertiger zijn gedachten zelf niet op een rij krijgt. Maar Van Steendam is getuige van de terugkeer van zijn capaciteiten, zowel verstandelijk als op andere vlakken, en dat doet de schrijver wel wat.

Hét hoofdpersonage van het boek is echter Tuck, een charismatische dakloze waarmee Van Steendam steeds dieper in die kleine, maar meestal goed verborgen wereld van de Gentse daklozen afdaalt. Tuck is 'larger than life', met straffe, bijna mythische proporties aannemende verhalen en een onvoorstelbaar

verleden. Hij trekt de andere daklozen aan en geniet van de aandacht die hij van hen krijgt. Hij is geen junk, maar heeft zijn zaken goed op een rijtje, hij heeft zelfs een vriendin met een job. Maar in tegenstelling tot Francis, die het bij elk bezoek iets beter lijkt te doen en zijn vele tegenslagen tracht te verwerken, glijdt Tuck langzaam maar zeker dieper in de miserie. Zijn rugzak die wordt gestolen is de spreekwoordelijke druppel die Tuck weer naar de heroïne drijft. Vanaf dan lijkt hij achteruit te gaan. De niet volledig betrouwbare, maar wel aimabele en intelligente kerel verandert in een onuitstaanbare, onverzorgde man die in erbarmelijke omstandigheden leeft en enkel nog bezig is met gebruiken en aan drugs raken. Het is een triest aftakelingsproces. Op den duur vervult het Van Steendam met zoveel weerzin dat hij uit het milieu stapt en er niets meer mee te maken wil hebben.

Tussendoor maak je als lezer nog kennis met een resem andere personages. Elk met hun verhaal. Meestal zijn er parallellen te trekken; geen al te rooskleurige jeugd, zeer jong met drugs in aanraking komen en verzeild raken in een negatieve spiraal met heel vaak dakloosheid als eindstation. Als lezer krijg je een inkijk in kraakpanden waar rommel en menselijk afval metershoog liggen en waar een normaal mens niet in de buurt komt wegens de stank. Toch is 'Door het oog van de naald' geen deprimerend boek. Het is realistisch en soms erg hard, het verhaal van de mensen die je soms op een plein ziet lummelen wanneer je, zonder er verder bij na te denken, op weg bent in de stad. Van de dingen die zij meemaken, word je niet bepaald vrolijk, maar door de tragikomische stijl van schrijven van auteur Tim Van Steendam moet je al eens lachen, of trek je vol ongeloof een wenkbrauw op. Er zit ook een ongelofelijke vaart in het boek, met korte hoofdstukken die in een filmische stijl volgepropt zitten met verhalen, waardoor je zin hebt om het in één ruk uit te lezen. De waarheid is hier spannender dan fictie.

Naar mijn aanvoelen is dit boek de moeite waard voor veel mensen. Ik sprak toevallig met een moeder van een zware gebruiker die het boek samen met haar zoon heeft gelezen en er enorm veel aan heeft gehad. Maar ook mensen die totaal niet vertrouwd zijn met het milieu van druggebruikers of de hulpverlening blijken het een meeslepend boek te vinden. Omdat ze van Gent houden, omdat ze geïntrigeerd zijn door de verhalen van dakloze heroïnegebruikers. Ik vind het in elk geval een grote aanrader.

Katrien Dewaelheyns

Van Steendam, T. (2010). *Door het oog van de naald. Verslag van een hallucinante trip door de wereld van junks en daklozen*. Leuven: Uitgeverij Van Halewyck.



LOL zonder alcohol

is een educatief project voor leerkrachten derde graad lager onderwijs om met leerlingen te werken rond alcohol. Samen ga je onderzoeken wat alcohol is en wat het doet. Je kijkt ook verder dan het thema 'alcohol': de kinderen gaan hun sociale vaardigheden versterken en hun weerbaarheid tegen groepsdruk verhogen, zodat ze sterk genoeg zijn om nog even 'neen' te zeggen tegen alcohol.

LOL zonder alcohol | projectmap

LOL zonder alcohol omvat een **lesboek** opgebouwd rond 8 lessen. Per les vind je:

- de concrete les- en leerdoelen;
- het nodige didactische materiaal;
- een gedetailleerde beschrijving van het lesscenario.

In de **bijlagen** vind je per les de bijhorende taken- en opdrachtenkaarten, werkbladen, infoches,...

Elke leerling creëert een eigen projectboek, waar ook de realisaties van de klasactiviteiten worden ingevoegd. De projectmap bevat één projectboekje.

De **handleiding** situeert het project in het gezondheidsbeleid van de school en refereert duidelijk naar de nieuwe eindtermen en leerdoelen WO waar met het project aan gewerkt wordt. Uiteraard kan elke school, elke leerkracht deze verder verfijnen of verbreden op basis van het pedagogische concept van de school en de eigenheid en noden van de kinderen in de klas.

Tot slot bevat de projectmap ook een **flyer** om ouders warm te maken voor het project.

© 2010, bestelcode LOL01, € 10,00

U kunt deze projectmap ook downloaden op www.vad.be.



LOL zonder alcohol | projectboek voor de leerling

Elke leerling creëert een eigen projectboek, waar ook de realisaties van de klasactiviteiten worden ingevoegd.

© 2010, bestelcode LOL02, € 0,70

U kunt dit projectboek ook downloaden op www.vad.be.



LOL zonder alcohol | flyer voor de ouders

Deze flyer geef je bij het begin van het project mee aan de leerlingen. Op die manier maak je ook de ouders warm voor het project. Deze flyer kadert het project en kondigt het openklasmoment aan.

© 2010, bestelcode LOL03, € 0,50

U kunt deze flyer ook downloaden op www.vad.be.

VAD start met een reeks factsheets, die er, afhankelijk van de doelgroep of de sector, iets anders uitzien. Telkens spitten we een ander thema uit aan de hand van bijvoorbeeld cijfermateriaal of concrete tips. U vindt de factsheets op www.vad.be.

'Opiaten' is de eerste van een reeks factsheets die onze jaarlijkse uitgave 'Cijfers in perspectief' zal vervangen. De factsheet Opiaten presenteert de belangrijkste cijfergegevens van de laatste tien jaar over de omvang van het opiaatgebruik in

Vlaanderen en België. (www.vad.be/alcohol-en-andere-drugs/feiten-en-cijfers/illegale-drugs.aspx)

De eerste factsheet voor preventiewerkers heet 'Consult geven aan clubuitbaters en organisatoren van party's en events'. U leest er onder andere een praktijkvoorbeeld, tips voor een goede werkrelatie en concrete maatregelen. (www.vad.be/sectoren/uitgaan/in-de-kijker.aspx)

Bestelbon

Naam publicatie	Bestelcode	Stukprijs (€)	Aantal	Totaal
© 2010, LOL zonder alcohol projectmap	LOL01	€ 10,00 downloadbaar op www.vad.be		
© 2010, LOL zonder alcohol projectboek voor de leerling	LOL02	€ 0,70 downloadbaar op www.vad.be		
© 2010, LOL zonder alcohol flyer voor de ouders	LOL03	€ 0,50 downloadbaar op www.vad.be		
© 2010 (herziene herdruk), Feest! set van 3 affiches	ALG33	€ 3,00 per set, 1 set gratis		
			Totaal	

Naam organisatie:
(indien u in functie van uw organisatie bestelt)

Naam en voornaam:

Leveringsadres:

Facturatieadres:
(indien verschillend van leveringsadres)

Telefoon:

E-mail:

Datum bestelling:

Handtekening:

De prijzen zijn exclusief verzendingskosten en eventuele verpakkingskosten. De leveringstermijn is ongeveer twee weken. Betaling na ontvangst van factuur. **TERUGSTUREN NAAR: VAD, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel | F 02 423 03 34 | vad@vad.be**



Voor alle informatie- en hulpvragen over drank, drugs, pillen en gokken.

DE DRUGLIJN
078-15-10-20

Via 078 15 10 20: voor een anoniem, objectief en vertrouwelijk gesprek. De beantwoorders zitten klaar om naar je verhaal te luisteren, concrete informatie en/of een eerste advies te geven. Ze weten ook waar je bij jou in de buurt terecht kan voor drughulp of -preventie. Ma-vr 10u tot 20u | Vanaf een vast toestel bel je aan voordeeltarief.

Via www.druglijn.be: meer dan tweehonderd pagina's informatie over drank, drugs, pillen en gokken. En over De DrugLijn zelf. Je kan ook anoniem je vraag mailen via www.druglijn.be/contact. Je mail wordt binnen de vijf werkdagen beantwoord.