

Periodiek van de Vereniging voor
Alcohol- en andere Drugproblemen vzw



VAD-berichten

Versijnt vijf maal per jaar • Afgiftekantoor: 9000 Gent X



VAD

juni 2004 • N3



VAD-vormingen

Werkwijze®

vormingsaanbod over alcohol en drugs

- **Train-de-trainer: Eerste Hulp bij Drugincidenten-uitgaansleven (EHBD-u)**
21 en 22 september 2004, Laken
- **Train-de-trainer: productinformatie geven aan ouders, begeleiders in de bijzondere jeugdzorg, werknemers en leerkrachten**
28 september 2004, Wemmel
- **Motiverende gespreksvoering**
1, 7, 20 en 27 oktober 2004, 14 januari 2005 (follow-updag), Wemmel
- **Basisvorming drugpreventie: van theorie naar praktijk**
6, 15 en 25 oktober, 9, 17 en 29 november 2004, Schaarbeek

- **Werken naar maatschappelijke integratie van cliënten in de verslavingszorg**
14, 21 en 28 oktober 2004, Wemmel

Binnenlandse congressen

- **International Conference on Communication in Healthcare 2004**
14-17 september 2004, Brussel
E-mail: each@heaton-connexion.co.uk
Website: www.each-conference.com

Buitenlandse congressen

- **16th International Congress on Addiction: Ethnicity and Addiction**
8-10 september 2004, Wenen (Oostenrijk)
E-mail: information@addiction.gpk.at
Website: <http://www.isamweb.com/pdfs/Ethnicity.pdf>

IACM 3rd Conference on Cannabinoids in Medicine

10-11 september 2004, Oxford (Verenigd Koninkrijk)

E-mail: info@cannabis-med.org

Website: www.cannabis-med.org/meeting/Oxford2004

- **Addictions 2004: Crossing Boundaries: implications of advances in basic sciences for the management of addiction**
24-26 september 2004, Queensland (Australië)
E-mail: addiction-conference@elsevier.com
Website: www.addiction-conference.elsevier.com
- **6th European Conference European Opiate Addiction Treatment Association**
1-3 november 2004, Parijs (Frankrijk)
E-mail: m.reisinger@worldonline.be
Website: www.europad.org/conf2004.asp

INHOUD

REDACTIONEEL	3
VAD IN ACTIE	4
VAD-dossiers met pep	4
Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen	7
FOCUS	9
De nieuwe VAD-leden	9
UITGESPROKEN	12
Doping in de sport	12
BRUSSEL-CENTRAAL	13
Memorandum over een globaal Vlaams alcohol- en drugbeleid	13
Parlementaire vragen	15
GEWIKT EN GEWOGEN	17
Trendonderzoek in het uitgaansleven	17
ABSTRACT VERPAKT	19
BIJBLIJVEN	20
Peace, love and unity in 3D	20
GEBOEKSTAAFD	21
UITGELEZEN	22
Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation	22
KORT GENOTEERD	
Toetanchamon dronk rode wijn	7
Scholieren telen marihuana tijdens tuinlessen	11
Verkeerd verbonden	11
96-jarige alweer betrapt op drugbezit	14
ETALAGE	24

COLOFON

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



Redactioneel

De zomer staat voor de deur. Dat betekent zon, vakantie en reizen, maar ook festivals waar veel, meestal vooral jonge mensen zich verzamelen om samen te genieten en soms uit de bol te gaan.

Festivals hebben dan ook een slechte reputatie wat alcohol- en drugmisbruik betreft, misschien vaak ten onrechte.

Als het van de bierproducenten afhangt, kan die reputatie er enkel maar op verslechteren. Zij hebben zoete bieren op de markt gebracht om die jongeren die de smaak van bier niet aantrekkelijk vinden, toch over de streep te trekken. Letterlijk verleiden heet dat. De alcopops, waar we het in een vorig redactioneel over hadden, hebben de weg naar de jongeren gevonden en nu zien de bierproducenten hier ook voor zichzelf een markt.

Eigenlijk is het niet fair dat de jongeren met de vinger gewezen worden voor hun alcoholmisbruik en al de overlast die ermee gepaard kan gaan. Het is de industrie die winst wil maken en zich weinig zorgen maakt over wie hun product in welke hoeveelheden consumeert. Integendeel, deze nieuwe dranken zijn precies gericht op mensen die spontaan niet naar bier grijpen, misschien nog een kinderlijke smaak hebben, misschien zelfs te jong zijn om alcoholische dranken te drinken. "Jong geleerd is oud gedaan" is een pedagogisch principe dat ook voor negatief en schadelijk gedrag opgaat.

Ik wens de jongeren een fantastische zomer met veel plezier, maar hopelijk een verstandige houding tegenover al deze verborgen verleiders.

Frieda Matthys

VAD-dossiers met pep

VAD publiceert twee nieuwe dossiers: 'ADHD en middelengebruik' en 'XTC'. Beide dossiers zijn uitgewerkt op basis van een uitgebreide literatuurstudie. Dat betekent niet dat de praktijkrelevantie uit het oog verloren wordt. Enerzijds is er in de dossiers aandacht voor aanknopingspunten voor preventie, hulpverlening en onderzoek. Anderzijds wordt aan elk dossier een visietekst gekoppeld, waarin ervaringen en meningen over de thema's aan bod komen. Het verzamelen van die ervaringen en meningen gebeurde aan de hand van een bevraging van de alcohol- en drugsector. In dit artikel belichten we beknopt beide dossiers.

ADHD en middelengebruik: een complex verhaal

Door het stijgende aantal diagnoses van ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) de publieke aandacht voor ADHD de laatste jaren fel toegenomen. Daarmee samenhangend deed zich ook een stijging voor in het aantal behandelingen van ADHD, wat geleid heeft tot een toename van het gebruik van Rilatine® en andere medicatie. Daarom is het niet zo ondenkbaar dat, net zoals in het buitenland, ook in België de discussies over ADHD en de behandeling ervan meer en meer de kop zullen opsteken. Om een aantal zaken over het thema op een rij te zetten, werkte VAD het dossier 'ADHD en middelengebruik' uit. Meer specifiek krijgt de link tussen ADHD, medicatie en (problematisch) middelengebruik in het dossier ruime aandacht. Het dossier geeft objectief de voornaamste bevindingen overzichtelijk weer.

ADHD: enkele feiten

Met ADHD wordt 'aandachtsstoornis met hyperactiviteit' aangegeven. Er zijn drie

subtypes: het overwegend inattentieve type, het overwegend hyperactief-impulsieve type en het gecombineerde type. Over de oorzaken van ADHD kan nog geen definitief uitsluitsel worden gegeven. Men gaat ervan uit dat het bij 3 à 5% van de kinderen en jongeren voorkomt. Op jonge leeftijd wordt ADHD vaker vastgesteld bij jongens dan bij meisjes. Bij volwassenen is er geen sprake meer van dit geslachtsverschil. Dat men de diagnose ADHD meer vaststelt bij jongens kunnen we verklaren doordat het hyperactieve type meer voorkomt bij hen. Dit type valt veel sterker én vroeger op dan het inattentieve type, dat vaker bij meisjes voorkomt.

Bij volwassenen komt ADHD iets minder voor, globaal genomen tussen 1 en 3%. ADHD is nochtans een stoornis die het hele leven aanwezig blijft. Dat de prevalentie bij volwassenen lager ligt, heeft onder andere te maken met het feit dat de diagnosecriteria voor volwassenen niet aangepast zijn. Bovendien hebben volwassenen al meer een manier van omgaan met de symptomen ontwikkeld, zodat de symptomen minder zichtbaar zijn. Diagnose van ADHD gebeurt in regel op basis van de DSM-IV-criteria. Dit instrument is ontwikkeld voor kinderen en jongeren tussen vier en zestien jaar, zodat de bruikbaarheid bij volwassenen onderwerp van discussie is. Bovendien komt ADHD vaak samen voor met andere stoornissen, vooral met gedragsstoornissen, maar ook met tal van andere mogelijke stoornissen en problemen. Deze comorbiditeit bemoeilijkt de diagnose.

Behandeling van ADHD

De behandeling van ADHD bestaat meestal uit het verstrekken van centrale stimulantia, vooral het product methylfenidaat. Veruit het meest gebruikte geneesmiddel is Rilatine®. Sinds kort is ook het langerwerkende methylfenidaat Concerta® op de Belgische markt. Methylfenidaat werkt in op de neurotransmitter dopamine. Men beschouwt het als een efficiënt en relatief veilig product. In ongeveer 70 à 80% van de gevallen levert de behandeling met Rilatine® positieve resultaten op. In de overige 20 à 30% zijn de bijwerkingen te sterk of is de efficiëntie niet afdoende aantoonbaar. De verkoop van Rilatine® zit overal in de lift. Dat geldt ook voor België, waar de verkoop een exponentiële groei kent sinds begin jaren negentig. De verkoop is sindsdien meer dan vertienvoudigd. Er bestaat discussie over de rol van huisartsen en geneesheer-specialisten in deze stijging. Het gebruik van methylfenidaat in de behandeling van ADHD is onderwerp van een soms hevige polemiek. Los van de pro-contra-discussie zijn er enkele aandachtspunten. Eerst en vooral mag men met de diagnose ADHD niet te lichtzinnig omspringen. Nog te veel Rilatine®-gebruikers hebben geen (duidelijke) ADHD-diagnose. Naast een (mogelijke) medicinale behandeling zijn bij een ADHD-diagnose ook complementaire behandelingen aangewezen. We denken in de eerste plaats aan psycho-educatie en aan gedragstherapeutische interventies, maar ook aan ondersteuning van familie en leerkracht(en) en aan andere begeleidingen.

ADHD, ADHD-medicatie en problematisch middelengebruik

Meerdere onderzoeken leggen een verband tussen ADHD en een stijging van het gebruik van cocaïne, cannabis, tabak en alcohol. Maar de relatie tussen ADHD en middelengebruik zou vrij sterk te verklaren zijn door comorbide stoornissen, in de eerste plaats gedragsstoornissen. De zelfmedicatiehypothese wordt vaak aangehaald om de link tussen ADHD en middelengebruik te



duiden. Personen met ADHD zouden roesmiddelen gebruiken om ADHD-symptomen te onderdrukken, om zich beter te voelen en om beter te kunnen presteren.

In de resultaten van verschillende onderzoeken vond men een link tussen prenatale blootstelling aan middelen en een verhoogd risico op ADHD. Dat verband werd vooral aangetoond voor prenatale blootstelling aan nicotine en ook alcohol.

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat het gebruik van methylfenidaat op jongere leeftijd zou leiden tot een verhoogde kans op (problematisch) middelengebruik op latere leeftijd. Meer zelfs, het risico op later (problematisch) middelengebruik ligt hoger bij personen met ADHD die niet medicinaal behandeld werden.

Het spectaculair stijgende gebruik van Rilatine® verhoogt de kans dat het product door sommigen wordt misbruikt, bijvoorbeeld als straatdrug of als middel om beter te kunnen studeren. Personen die Rilatine® misbruiken, doen dit meestal door het product te snuiven of te injecteren, met de daaraan verbonden risico's op korte en lange termijn. Misbruik gebeurt vaak door een hoge dosis in een keer te nemen. Dit leidde in sommige gevallen al tot een dodelijke afloop.

ADHD in de hulpverlening

Algemeen komt ADHD vaak voor bij cliënten in de alcohol- en drughulpverlening. Cliënten met ADHD vertonen ook een meer uitgesproken gebruik (polygebruik, piekgebruik, ...). Algemeen bereiken cliënten met ADHD ook minder goede resultaten in de behandeling van hun alcohol- en/of drugprobleem. Dit heeft wellicht te maken met de vaak voorkomende comorbiditeit met een antisociale gedragsstoornis. Behandeling van ADHD in de alcohol- en drughulpverlening is daarom van belang. Een medicinale behandeling vergt de nodige voorzichtigheid, onder meer door de kans op medicatiemisbruik.

De behandeling van ADHD bij cliënten in de alcohol- en drughulpverlening is een complex gegeven. De vaak voorkomende combinatie van ADHD met problematisch middelengebruik wordt regelmatig nog verzaamd door bijkomende stoornissen. Een andere moeilijkheid is het vooralsnog ontbreken van een degelijke ADHD-diagnose bij volwassenen.

In Nederland heeft men voor de residentiële hulpverlening een protocol uitgewerkt voor de behandeling van ADHD bij problematisch middelengebruik. In de diagnose staan drie onderdelen centraal: screening, diagnose en procedure bij heraanmelding. Voor de behandeling propageert men een multidimensionale aanpak, met daarin vooral aandacht voor een medicinale behandeling van ADHD (mits de nodige voorzichtigheid en het maken en controleren van duidelijke afspraken tussen behandelaar en cliënt), psycho-educatie, coaching, lotgenotencontact en psychotherapie gebaseerd op de systeemtheorie.

Een ander behandelingsmodel is gebaseerd op 'sensory integration treatment', een gedragstherapeutische benadering met verschillende sensorische relaxatietechnieken. Beide modellen werden positief geëvalueerd. Gezien hun kleinschalige testopzet is het de vraag of deze modellen ook op grote schaal dezelfde resultaten kunnen voorleggen. Maar ze verdienen alleszins de nodige aandacht.

ADHD in preventiewerk en onderzoek

Door de toegenomen publieke aandacht voor ADHD en Rilatine® zal de vraag naar informatie navenant zijn. Het is belangrijk om duidelijke informatie te geven over ADHD zelf, over de diagnose en over eventuele behandelingsstappen. Centraal staat de vroegtijdige detectie door de opvoeders (ouders, scholen, ...). De hoekstenen van een goede aanpak zijn: oog hebben voor signalen en het bespreken van en omgaan met mid-

delengebruik. Maar screening en diagnose moeten zorgvuldig en vakkundig gebeuren. We moeten absoluut vermijden dat Rilatine® wordt verstrekt aan kinderen en jongeren zonder duidelijke ADHD-symptomen.

Het onderzoek naar ADHD, de verkoop van methylfenidaat en het onderliggende verband is in België nog onontgonnen gebied. Nochtans verlangt de mogelijk opkomende publieke discussie hierover de nodige wetenschappelijke onderbouw. Voor een betrouwbare ADHD-diagnose bij volwassenen is verder onderzoek nodig. Daarnaast zou onderzoek bij vrouwen meer genderspecifieke aspecten aan het licht kunnen brengen.

Het merendeel van de aangehaalde onderzoeksresultaten komt uit kleinschalig onderzoek. Bijkomend (evaluatie)onderzoek van behandelingsmodellen zou de eerste, veelbelovende resultaten kunnen toetsen en de methodieken verder kunnen verfijnen.

E, XTC, ecstasy ... een dossier

In 1997 organiseerde VAD een studiedag met als centraal thema 'XTC'. De belangrijkste topics die toen besproken werden, zijn gebundeld in de publicatie: 'No XTC in my house'. Vandaag, zeven jaar later, hebben we opnieuw een publicatie over XTC klaar. Deze literatuurstudie kan gezien worden als een update van het vroeger geleverde werk.

XTC, what's in a name

Ooit stond de term 'XTC' borg voor een gemiddelde dosis van 100 mg MDMA (3,4-

GEBRUIKERS RAPPORTEREN DEPRESSIEVE GEVOELENS



methyleendioxyamfetamine). Dit is de actieve stof die oorspronkelijk in alle XTC-tabletten aanwezig was. Aangezien dit tegenwoordig niet altijd het geval is, is de term 'XTC' van betekenis veranderd. XTC is het typische product (in pilvorm, capsules of poedervorm) dat door gebruikers wordt benoemd als XTC, zonder hierbij de concrete samenstelling van het product te specificeren.

Toen en nu

Hoewel XTC pas de laatste tien à vijftien jaar een veel besproken product is, werd de actieve component (MDMA) reeds in het begin van de twintigste eeuw ontwikkeld. Doorheen de jaren veranderde het recept geleidelijk en pas eind jaren zeventig komt MDMA in het recreatieve drugmilieu terecht. Enkele jaren later kreeg MDMA om commerciële redenen een bijnaam: ecstasy, ook wel XTC geschreven. Vanaf dan verspreidde de drug zich van Noord-Amerika via Ibiza en Goa naar het Europese vasteland en andere delen van de wereld. In 1985 werd het bezit van MDMA strafbaar gesteld in Amerika. In 1988 verboden ook België en Nederland het bezit van MDMA. Begin jaren negentig werd XTC steeds populairder in België en in andere Westerse landen. Momenteel is België samen met Nederland de draaischijf van de XTC-productie en -handel.

Wie gebruikt XTC?

Volgens het United Nations Drug Control Program (UNDCP) nemen West-Europa en Noord-Amerika 85% van de wereldconsumptie van XTC voor hun rekening. In Europa zijn amfetamines en XTC na cannabis de meest gebruikte illegale drugs. Uit de Leerlingenbevraging van VAD leren we dat XTC-gebruik afhankelijk is van leeftijd en geslacht. Zo zien we dat het ooit-gebruik bij achttienjarigen (9,0%) bijna viermaal hoger ligt dan bij vijftienjarigen (2,4%). Jongens uit het secundair onderwijs gebruiken duidelijk meer XTC dan meisjes (4,7% tegenover 2,9%). Uit andere onderzoeken blijkt dat vooral jongvolwassenen XTC gebruiken. Onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen loopt het ooit-gebruik van XTC op tot 30%.

Werking en effecten

MDMA werkt hoofdzakelijk in op de neurotransmitters serotonine en dopamine. Serotonine is een neurotransmitter die een aantal vitale functies zoals slapen, stemming, geheugen, eetlust, ... reguleert. MDMA lokt een verhoogde afgifte van dopamine uit en dat zorgt voor het euforische effect. Naast dopamine en serotonine is er nog een aantal andere neurotransmitters die een rol spelen bij de werking van MDMA in de hersenen. Wat deze rol juist is, moet nog verder onder-

van die risico's vinden we terug bij heel wat producten, andere zijn zeer specifiek voor XTC-gebruik.

Net zoals bij de meeste middelen kan een gebruiker afhankelijk worden van XTC. We spreken hier van een psychische afhankelijkheid waarbij de gebruiker een sterk verlangen ervaart om een XTC-roes op te roepen. Daarnaast bestaat het risico op een overdosis. XTC gebruiken kan ook een chronische psychiatrische stoornis uitlokken in de vorm van een psychose, een paniekstoornis of een depressie. Gebruik-

Psychische effecten	Fysiologische effecten
Gevoel van welbehagen (euforie)	Bruxisme (tandenknarsen)
Ontspannen gevoel	Gespannen kaakspieren
Extravert, openheid	Droge mond
Intimiteit, samenhangigheid	Verminderde eetlust
Toegenomen emotionele gevoeligheid	Verhoogde zweetsecretie
Verminderde angsten (bijvoorbeeld meer zelfvertrouwen)	Afgenomen evenwichtsgevoel
Lichte derealisatie	Meer energie (slapeloosheid)
Verandering in tijd en ruimte	Misselijkheid – braakneigingen
Visuele verstoringen (lichte hallucinaties, trillend beeld, ...)	Midriasis (verwijding van de pupildiameter)
	Stijging van de lichaamstemperatuur
	Stijging van de bloeddruk
	Stijging van de hartslag

Tabel 1: Meest voorkomende acute psychologische en fysiologische effecten van MDMA

Subacute effecten	Subacute na-effecten
Slapeloosheid	Vermoeidheid
Droge mond	Spierpijn
Gebrek aan eetlust	Hoofdpijn
Gespannen kaakspieren	Depressieve gevoelens
	Prikkelbaarheid
	Concentratieproblemen

Tabel 2: Meest voorkomende subacute effecten en subacute na-effecten van MDMA

zocht worden.

De effecten die MDMA veroorzaakt kunnen we best opdelen in acute en subacute effecten en in psychische en fysiologische effecten. Ook de mate van tolerantie, het verwachtingspatroon en de stemming hebben een belangrijke invloed op de werking van XTC.

Risico's van XTC-gebruik

Het gebruik van alcohol en andere drugs brengt risico's met zich mee. Een aantal

kers rapporteren regelmatig over de zogenaamde 'midweek blues', kortstondige depressieve gevoelens enkele dagen na het gebruik. Verder kan het combineren van XTC met andere legale of illegale drugs extra risico's met zich meebrengen. Bovendien heeft XTC een negatieve invloed op de rijprestaties.

Eén van de belangrijkste risico's verbonden aan het gebruik van XTC is de onzekere samenstelling van de tabletten. XTC-tabletten kunnen onzuiverheden uit het

productieproces bevatten of versnijdingsmiddelen (andere psychoactieve middelen) en verdunners (niet-actieve stoffen, zoals suikers). Consumenten weten nooit wat ze slikken. Op het logo of het uitzicht van de tablet kan de gebruiker zich niet richten, want twee identiek uitziende XTC-pillen kunnen een totaal andere inhoud hebben. Daartegenover staat dat de samenstelling van XTC-tabletten de laatste jaren zuiverder is geworden.

Een ander risico dat samenhangt met het gebruik van XTC is hyperthermie. Dit is een ernstige complicatie waarbij de lichaamstemperatuur stijgt tot 38 à 42-43°C. Om hyperthermie te voorkomen is het verstandig af en toe te 'chillen' tijdens het dansen en water te drinken. Teveel water drinken is echter ook niet goed, want dat vergroot de kans op hyponatriemie (een verstoring van de zout-waterbalans in het bloed).

Ten slotte kan het gebruik van XTC ook leiden tot neurologische schade. De afgelopen twintig jaar werd hierover heel wat onderzoek gedaan, zowel bij dieren als bij mensen. Hoewel de onderzoeken elkaar geregeld tegenspreken, blijkt toch duidelijk dat regelmatig XTC-gebruik de serotoninehuishouding negatief beïnvloedt. Volgens sommige onderzoekers zou deze schade op de meeste plaatsen in de hersenen herstelbaar zijn. Verder blijken vrouwen gevoeliger te zijn voor schade door XTC-gebruik dan mannen. Toekomstig onderzoek moet verder uitsluitsel brengen.

Johan Rosiers
Jochen Schrooten

Beide dossiers kan u schriftelijk bestellen bij VAD met de bestelbon op pagina 24.

KORT GENOTEERD

Toetanchamon dronk rode wijn

Dat de oude Egyptenaren graag wijn dronken, was al gebleken uit de afbeeldingen van wijnranken op grafmuren. Maar tot nu toe was het een goed bewaard geheim of ze een voorkeur hadden voor rode dan wel witte wijn. Daarom onderzocht een team van de universiteit van Barcelona een aantal kruiken uit het Egyptische Museum in Cairo en het British Museum in Londen. Een van de kruiken werd gevonden in het graf van Toetanchamon. In die kruik werd syringezuur gevonden, een afbraakproduct van malvidine. Malvidine is de belangrijkste roodbruine kleurstof in rode wijn uit Egypte en wordt in nagenoeg geen enkele andere vloeistof aangetroffen. Op die manier werd duidelijk dat de farao graag rood dronk.

Bron: De Standaard, 09/04/2004

GROEPSWERKING ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen GROOD, een leidraad voor begeleiders

Opvoedingsondersteuning en -hulp wint de laatste jaren steeds aan belang. Ook in de categoriale alcohol- en drughulpverlening gaat meer aandacht naar de behoefte aan ondersteuning van ouders van druggebruikende kinderen.

Bij een bevraging in 2002 noteerden we 24 oudergroepen in Vlaanderen en Brussel. Zij hebben als eerste doelstelling de ondersteuning van ouders van druggebruikende kinderen (los van het gegeven of hun kind al dan niet in begeleiding is)¹. Deze oudergroepen werken ofwel als zelfhulpgroep, ofwel met professionele begeleiding, met een kortdurend of permanent groepsaanbod.

De werkgroep 'ouderconsult' is al een paar jaar actief op VAD. Deze groep bestaat uit hulpverleners en preventiewerkers die individueel consult aan ouders geven en/of oudergroepen begeleiden. Professionelen uit zowel ambulante als residentiële settings maken hiervan deel uit. Op basis van hun ervaringen werd de 'GROOD-werkmap' samengesteld: een leidraad voor begeleiders van groepswerkingen voor ouders met druggebruikende kinderen. De beschreven

items, aanpak en methodieken kunnen daarnaast ook een inspiratiebron zijn voor individuele consultgesprekken met ouders van druggebruikende kinderen.

Wat heeft groepswerking te bieden?

Ouders zijn meestal niet erg spraakzaam over de problemen die ze met hun kinderen ervaren. Ze vrezen de veroordeling door hun omgeving: te lakse opvoeding, onvol-

doende toezicht, teveel met het werk bezig, geen tijd voor de kinderen, te streng, ... Met als gevolg dat als vrienden of burens in een gesprek het onderwerp 'kinderen' aansnijden, ze zwijgen of snel zeggen dat alles goed gaat. Ouders isoleren zich om deze gesprekken te vermijden.

In een groepswerking realiseren ouders zich dat ze niet alleen staan met wat ze meegevoelt hebben of meemaken. De ervaring dat andere ouders hetzelfde overkomt, kan heel rustgevend zijn. Ouders ondervinden herkenning en daardoor ook erkenning, zodat ze gemakkelijker over hun ervaringen en belevenissen durven praten.

Groepswerking heeft een ontschuldigend effect. In groep horen ouders verschillende verhalen en handelwijzen en komen zo tot het besef dat dé manier van aanpakken niet bestaat.

Door het verhaal van anderen te horen, krijgen ouders een meer gedifferentieerde kijk op het probleem. Door zichzelf te spiegelen aan andere ouders kunnen zij ertoe komen zichzelf te observeren en hun manier van

¹ De Bock, M. (2003). *Erover praten is de eerste stap. Inventaris (2002) van groepswerkingen voor ouders van druggebruikende kinderen. Herzien versie, september 2003.* Brussel: VAD.

handelen en denken in vraag te stellen. Of ze kunnen vaststellen "dat het bij hen nog niet zo erg is" en dat bij hun kind nog een aantal zaken goed verloopt. De bundeling van ervaringen biedt ouders veel nieuwe inzichten. De inbreng van andere ouders in een groepsgerichte aanpak zorgt ervoor dat een situatie vanuit verschillende gezichtspunten bekeken wordt. Het ondervinden van steun van de groep geeft zelfvertrouwen. Ook zelf steun bieden zorgt ervoor dat het gevoel van eigenwaarde vergroot. De ouder is niet enkel de geholpene maar ook de helper.

Groepswerking: een meerwaarde voor de begeleider?

Door het groepsproces en de interactie met de andere groepsleden krijgen ouders sneller een beter zicht op zichzelf en op hun 'ouder zijn': waar liggen de eigen gevoeligheden? Wat zijn hun sterkten? Met welke vooroordelen zitten ze zelf? Hoe kunnen ze het anders aanpakken?

Door de ervaringen van andere ouders en die van zichzelf beseffen ze - meer dan in een individueel gesprek met een professionele begeleider - dat er een grote kloof kan bestaan tussen wat je als ouder tracht te bereiken en het effect van je handelen op je kind. Een identieke aanpak bij verschillende jongeren kan een totaal ander effect hebben. Ouders beseffen (terug) hun deskundigheid (zij zijn diegenen die het best hun zoon of dochter kennen) en ze leren deze deskundigheid (terug) hanteren.

In de groepswerking is er ook sprake van een 'gedeelde' deskundigheid: begeleider en ouders zitten in een gelijkwaardige positie. Op welke manier en wanneer de deskundigheid van de begeleider ingebracht wordt, is een delicaat gegeven. Zoals Alice van der Pas (1996)² het verwoordt "Het is de kunst van wel deskundig zijn, maar niet de deskundige uithangen."

Deelnemers leren van mekaar door feed-

back te geven, ervaringen en informatie uit te wisselen (bijvoorbeeld nuttige adressen, ondersteunende literatuur, bruikbare tips).

In welke 'conditie' komen ouders met druggebruikende kinderen naar een groepswerking?

De 'conditie' van ouders die naar een groepswerking of op een individueel begeleidingsgesprek komen is sterk gelijklopend: ouders wensen in eerste instantie hulp voor hun druggebruikend kind en niet voor zichzelf. Als het druggebruik stopt, is zowel de gebruiker als het gezin geholpen. Stoppen met gebruik lukt niet altijd, zeker niet onmiddellijk. Vanuit de vaststelling dat je maar voor iemand kan zorgen als

je eerst goed voor jezelf zorgt, is ondersteuning van de ouders zelf van primordiaal belang.

De volgende metafoor illustreert dit: tijdens de veiligheidsinstructies op het vliegtuig worden ouders aangemaand om in geval van nood eerst het eigen zuurstofmasker op te zetten en dan pas dat van hun kind.

Je kunt maar zuurstof geven als je eerst voor jezelf zorgt.³

Ouders met een druggebruikend kind hebben het gevoel gefaald te hebben in hun opvoedingstaak. Ze voelen zich maatschappelijk bekeken als diegenen die mislukt zijn. Vaak hebben ouders al een hele zoektocht achter de rug. Ze hebben veel geprobeerd: dreigementen, praten, vriendelijkheid, grenzen stellen, sanctioneren, ... met als resultaat gevoelens van machteloosheid. Dit maakt hen erg onzeker en bijzonder kwetsbaar. Elke uitspraak over opvoeden zien zij als een uitspraak over hun opvoedingsfalen.

Bij de groepswerking komt daarbij nog een belastend element: ouders treden naar buiten met hun probleem en dit verlies van anonimiteit kan bedreigend zijn. Ouders

die voor de eerste maal naar een groepsbijeenkomst komen, voelen zich niet erg op hun gemak. Wanneer deze bijeenkomst zich dan ook nog richt op persoonlijke en gezinsproblemen kan de spanning oplopen. Ouders zitten met emoties en bezorgdheden waarover zij niet gewoon zijn te praten en zeker niet in een groep. Een veilige groeps sfeer creëren is dan ook één van de belangrijkste voorwaarden om de groepswerking te doen slagen.

GROOD: de leidraad

Hoe kan GROOD een hulp zijn bij de opstart en begeleiding van je groepswerking voor ouders met druggebruikende kinderen? GROOD is een leidraad bestemd voor beroepskrachten en vrijwilligers die oudergroepen wensen op te starten en te begeleiden. Met deze map reiken we begeleiders handvatten aan om op een adequate manier om te gaan met de vragen en de bezorgdheden van ouders met druggebruikende kinderen.

Het eerste hoofdstuk geeft informatie over de achterliggende visie, met onder meer de doelstellingen en de voordelen van de groepswerking, maar ook de beperkingen. Verder komt de taak van de begeleider uitgebreid aan bod. Wat zijn belangrijke werkingsprincipes voor de begeleider? Op welke manier kan de begeleider een veilige sfeer creëren?

In het volgende hoofdstuk staan we stil bij de aandachtspunten voor zowel open als gesloten groepswerkingen. Waarop moet je specifiek letten als je kiest voor één van beide werkvormen? Ook de zelfhulpgroep wordt even onder de loep genomen.

In het derde hoofdstuk vind je praktische informatie voor de start van een groepswerking. Op welke manier maak je het groepsaanbod best bekend? Verder volgt nog een aantal tips over de organisatie en het aantal bijeenkomsten, de groeps-grootte, de eventuele criteria of toelatingsvoorwaarden (kennismakingsgesprek, geheimhoudingsplicht, bereidheid om ervaringen te delen) en verloop van de

In de groepswerking is er ook sprake van een 'gedeelde' deskundigheid: begeleider en ouders zitten in een gelijkwaardige positie.

Een veilige groeps sfeer creëren is dan ook één van de belangrijkste voorwaarden om de groepswerking te doen slagen.

² van der Pas, A. (1996). *Nogmaals: de bagage van de ouderbegeleider. Zijn empathie, kennis en kunde voldoende?* s.l.: Sectie Ouderbegeleiding NVRG.

³ Van Reybrouck, T. & Van Coillie, K. (2002). *Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind? Draaiboek groepen van ouders van kinderen met een verslavingsproblematiek.* Gent: CAT.

eerste bijeenkomst. Dit hoofdstuk bekijkt ook hoe je met moeilijke situaties in een oudergroep kan omgaan, bijvoorbeeld wanneer dezelfde ouder voortdurend het woord neemt. Er volgt nog een aantal kennismakingswerkvormen en opwarmingsoefeningen en als afsluiter methodieken waarmee je de groepswerking kunt evalueren.

In hoofdstuk vier vertelt Herbert Jenaer (begeleider groepswerkingen, CAD Limburg) over zijn houding in en aanpak van de begeleiding van oudergroepen.

Hoofdstuk vijf is het meest uitgebreid. Het beschrijft tien gespreksonderwerpen en

mogelijke werkvormen of methodieken om ze aan te kaarten. Het merendeel van deze werkvormen werd reeds toegepast door de samenstellers van de leidraad en hebben op die manier hun bruikbaarheid bewezen. De inleiding bij elk gespreksonderwerp geeft verduidelijking over inhoud en aanpak. De keuze van de gespreksonderwerpen is gemaakt op basis van ervaringen met oudergroepen.

Met deze leidraad voor begeleiders willen we geen standaardaanbod afleveren. Ouders ondersteunen betekent immers zoveel mogelijk vertrekken vanuit hun inbreng, vragen en noden. Dit vergt de nodige flexibiliteit van de begeleider.

Het is aan de begeleider om, aangepast aan zijn oudergroep en begeleidersstijl en -vaardigheden, een keuze te maken uit de verschillende onderwerpen en werkvormen. Ze kunnen ook een bron van inspiratie zijn om nieuwe thema's met de groep te bespreken.

Mia De Bock

U kan deze publicatie binnenkort schriftelijk bestellen bij VAD. Voor meer informatie verwijzen we naar het septembernummer van VAD-berichten.

FOCUS

Sinds de Algemene Vergadering van 28 april telt VAD er weer drie nieuwe leden bij. Traditiegetrouw geven we hen de gelegenheid om hun werking voor te stellen in VAD-berichten.

De nieuwe VAD-leden

De Vlonder, ontwenningafdeling van de Kliniek Heilige Familie in Kortrijk

De Kliniek Heilige Familie is een relatief klein psychiatrisch ziekenhuis (75 bedden en 15 plaatsen daghospitaal voor volwassenen en 30 bedden kinderpsychiatrie), gelegen in het centrum van Kortrijk. De afdeling voor volwassenen omvat vijf behandel-eenheden, waarvan De Vlonder zich specifiek richt op ontwenning. Er kan een vijftiental patiënten opgenomen worden die dan het fasenprogramma volgen. Dit programma is

de leidraad van de behandeling. In fase 1 ligt de klemtoon op de fysieke ontwenning. Strikt toezicht en deskundig ingrijpen kenmerken deze fase, die op basis van bepaalde indicaties in afdeling De Bolder kan plaatsvinden. Dit is de afdeling voor observatie en intensieve zorgen. Patiënten die zich in nuchtere toestand, zonder veel lichamelijke problemen en met een zekere motivatie aanmelden, worden rechtstreeks in leefgroep De Vlonder opgenomen. In fase 2, die minstens een week duurt, staan motivering en psychische ontwen-

ning voorop. De patiënt engageert zich voor de behandeling (de patiënt ondertekent een behandelingscontract) en volgt het weekprogramma. Er is een vrij uitgebreid ergotherapie-programma, dat een aantal keuzemogelijkheden voor de patiënt bevat. Omdat de psychische afhankelijkheid zich sterk manifesteert, mag de patiënt de kliniek nog niet verlaten.

In fase 3 (duur: twee weken) en fase 4 (duur: onbepaald) - het centrale gedeelte van de behandeling - wordt probleemoplossend gewerkt. Hiermee bedoelen we dat, naast het luisteren naar de bestaande problemen, we eveneens op zoek gaan naar wat nog wel goed loopt, naar de aanwezige en potentiële mogelijkheden van de patiënt.



Samen met de patiënt zoekt de maatschappelijk werker, psycholoog of verpleegkundige naar hulpbronnen en legt contacten met steunfiguren. De nadruk ligt op de mogelijkheden die mensen in zich hebben en die hen kunnen helpen om verandering te bekomen. In deze fasen krijgt de patiënt geleidelijk aan meer vrijheid: in fase 3 mag hij het ziekenhuis verlaten met begeleiding, in fase 4 kan dit zonder begeleiding en mag hij tijdens het weekend uitslapen. Het inschakelen van een fase van dagbehandeling - fase 5 - is een mogelijkheid die een stapsgewijze overgang naar het thuismilieu

toelaat. In de beginfase van de dagbehandeling komt de patiënt elke dag. Tijdens het verdere verloop wordt het aantal dagen afgebouwd. Hoeveel en welke dagen een patiënt precies komt, is afhankelijk van de resterende probleemgebieden en het therapeutische aanbod op de diverse dagen. In principe volgt de patiënt de fasen chronologisch, wat neerkomt op een opname van een zestal weken. Maar omdat bij herval de patiënt een fase wordt teruggeplaatst, kan de opname ook langer duren. Er zijn 4,5 voltijdse verpleegkundigen verbonden aan de leefgroep, een voltijdse

medewerker sociale dienst, een voltijdse psycholoog en een voltijdse ergotherapeut. De leefgroepwerking staat onder supervisie van een leefgroeparts.

Als nazorg kan de patiënt op consultatie komen bij de arts en bestaat de mogelijkheid om in de kliniek een AA-groep te volgen of naar de tweewekelijkse nazorggroep te komen.

Jan Messely
Hoofdverpleegkundige
Kliniek Heilige Familie Kortrijk

De Eenmaking - El Wahda - Birleşim - ...



Vlaanderen heeft een zeer uitgebreid en kwaliteitsvol aanbod voor mensen met een drugprobleem. De meeste van deze organisaties zijn zo'n twintig à dertig jaar geleden ontstaan. Dit was een antwoord op een relatief nieuwe problematiek, die in eerste instantie voorkwam bij gemarginaliseerde mensen. Ondertussen zijn deze organisaties geprofessionaliseerd en worden ze bevolkt door hoogopgeleide hulpverleners, voornamelijk afkomstig uit de middenklasse. Deze ontwikkelingen hebben een effect op de attitude, de visie en de methodieken waarmee organisaties omgaan met de 'drugverslaafden'. Uit onze praktijk en uit onderzoek van de Universiteit Gent¹ blijkt dat allochtone drugverslaafden zeer vaak tussen de mazen van het net vallen. Ook kansarmen kampen hiermee. Eén oorzaak is een communicatiestoornis in beide richtingen. Enerzijds is deze stoornis een gevolg van de geschiedenis, de visies en de structurele ontwikkelingen van de organisaties. Anderzijds hebben migratieprocessen, (Vlaamse) maatschappelijke ontwikkelingen en wantrouwen ervoor gezorgd dat mensen van allochtone origine niet altijd even snel de weg naar onze voorzieningen vinden.

De Eenmaking reikt organisaties en de bevolking instrumenten aan om dit obstakel weg te werken. Diversiteit is het sleutelwoord. Dit concept weerspiegelt zich in onze

aanpak(ken), methodiek(en), visie en populatie. We kunnen er niet omheen dat we allen opereren in een zeer diverse maatschappij. Als we hiermee geen rekening houden, loert uitsluiting om de hoek. De visie en de instrumenten van de hulpverlening dienen deze diversiteit niet alleen te (h)erkennen, maar er ook daadkrachtig op in te spelen. De Eenmaking helpt hen graag op weg.

De werking van De Eenmaking steunt op vier pijlers: de eerste drie zijn kortetermijnoplossingen, de vierde is een fundamentele langetermijnoplossing. We lichten ze even kort toe.

Preventie

Het luik preventie richt zich specifiek naar minderheidsgroepen die door de reguliere diensten weinig bereikt worden. Om deze moeilijk bereikbare groep tegemoet te komen, werken we aan preventie in een vertrouwde omgeving, zoals scholen, kleine organisaties, de eigen buurt, ... Met onze werking in de gevangnissen richten we ons ook tot gedetineerden.

Begeleidingen

De praktijk leert ons dat de mensen die we doorverwijzen naar de klassieke hulpverlening dikwijls in een voor hen vreemde omgeving terecht komen. Ook de hulp-

verleners worden geconfronteerd met een andere cultuur (door origine, klasse, individuele geschiedenis, ...), met onzekerheid als gevolg. De Eenmaking begeleidt zowel de hulpverlener als de cliënt en vergeet ook de ouders niet. Zij kunnen soms een ongelooflijke hefboom zijn om een veranderingsproces op gang te brengen.

Opleidingen

Vanuit onze knowhow leiden we 'peers' of sleutelfiguren op om binnen hun gemeenschappen drugpreventief te werken. We leiden ook hulpverleners op in het werken met minderheidsgroepen, maar enkel in het kader van onze vierde en fundamentele pijler:

Diversiteitsbeleid

We proberen de reguliere drughulpverlening ervan te overtuigen om te kiezen voor een diversiteitsbeleid. Dit is niet enkel het aanleren van een paar trucjes, maar een attitude-/cultuurverandering in de organisatie, waardoor ook minderheidsgroepen er zich thuis kunnen voelen.

Alain De Bruyne
Medewerker
De Eenmaking - El Wahda - Birleşim - ...
Gent

Meer info zie www.deeenmaking.be.
Voor specifieke vragen kan u mailen
naar info@deeenmaking.be.

¹ Broekaert, E., Vandeveld, S. & Vanderplasschen, W. (2000). *Drughulpverlening aan allochtonen: een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*. Onderzoeksrapport voor de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. Gent: Universiteit Gent.

Het Medisch-Sociaal Opvangcentrum Oostende

Het Medisch-Sociaal Opvangcentrum (MSOC) Oostende richt zich tot gebruikers van illegale drugs, evenals tot hun nabije omgeving (familieleden, vrienden). Het is een ambulanc centrum voor personen met een drugprobleem, die het gevoel hebben dat ze nergens anders meer terecht kunnen voor hulp. Het MSOC staat in voor de begeleiding, de ondersteuning en de behandeling van zijn cliënten op medisch, psychisch en sociaal vlak en beoogt hiermee een verbetering van hun algemene toestand. We streven dan ook naar het terugdringen van de schadelijke gevolgen van het druggebruik en naar het verhogen van de levenskwaliteit van zowel gebruikers als hun omgeving. Ontwenning is hierbij geen voorafgaande voorwaarde, maar wel een uiteindelijke doelstelling. De werking van het MSOC bestaat uit drughulpverlening, instuif, ouderwerking en spuitruil.



Drughulpverlening

Om de cliënten zo adequaat mogelijk te begeleiden, houden we het onthaal in het centrum zo laagdrempelig mogelijk. Dit betekent dat iedereen onvoorwaardelijk welkom is. De problemen waarmee onze cliënten te kampen hebben, situeren zich zelden op een enkel domein. Daarom voorzien wij een gecombineerd aanbod van sociale, psychologische en medische ondersteuning:

- medisch: verminderen of elimineren van het druggebruik (eventueel met vervangmedicatie), behandeling van druggerelateerde problemen, screening van infectieziekten (tbc, hepatitis en hiv) en vaccinatie;
- psychologisch: behandelen van problemen die aan de basis liggen van het druggebruik of die het gebruik in stand houden;
- sociaal: hulp bieden bij het invullen van sociale basisbehoeften (huisvesting, werk, administratie, ...).

Daarnaast beogen we voor een optimale zorgverlening een doorgedreven samenwerking met andere hulpverlenende instanties.

Instuif

De instuif is een onthaalruimte, een soort ontspanningsruimte voor cliënten die even uit hun dagelijkse leefwereld willen stappen. Hier ontmoeten hulpverleners en cliënten elkaar. De cliënten kunnen er, samen met de hulpverleners, allerlei activiteiten organiseren. Cliënten die nog geen persoonlijke begeleiding wensen, leren tijdens de instuif het MSOC op een informele manier kennen. Ze kunnen er ook altijd terecht met al hun vragen.

Ouderwerking

We bieden ook ondersteuning aan ouders. Tijdens de maandelijkse ouderwerking kunnen ouders, bijgestaan door een hulp-

verlener, hun ervaringen in groep uitwisselen. Daarnaast kunnen ouders ook steeds individueel bij hulpverleners terecht.

Spuitruil

Twee keer per week vindt een spuitruilmoment plaats in het instuiflokaal van het MSOC. Injecterende druggebruikers, niet enkel cliënten van het MSOC, krijgen er kosteloos steriel injectiemateriaal en geven er ook hun gebruikte spuiten af.

Stijn Van Hoecke,
Directeur
SOC Oostende

Voor meer info kan u mailen naar msoc@oostende.be.

KORT GENOTEERD

Scholieren telen marihuana tijdens tuinlessen

Drie veertienjarige leerlingen in het Tsjechische Rymarov stortten zich met ongezien enthousiasme op hun tuinlessen, uiteraard tot grote tevredenheid van hun leerkracht. Die leerkracht wist dan ook niet hoe hij het had toen hij vaststelde dat de leerlingen de bladeren van de zelfgekweekte 'tomatenplanten' oprookten tijdens de lessen. De politie kwam ter plaatse en gaf de

leerkracht meteen een verklaring voor het ongebreidelde enthousiasme: in plaats van ordinaire tomaten kweekten de leerlingen cannabis tijdens de schooluren.

Bron: De Morgen, 23/03/2004

Verkeerd verbonden

Een vrouw in Oklahoma die voorwaardelijk vrij was, beging een fatale telefonische

vergissing. Ze belde haar vaste dealer op met de vraag haar amfetamines te leveren. In plaats van cash te betalen, stelde ze voor de amfetamines te betalen met andere drugs. In haar haast had de vrouw echter niet het nummer van haar dealer, maar dat van de reclasseringsambtenaar die haar begeleidde gedraaid. Op die manier kwam er snel een einde aan haar voorwaardelijke invrijheidsstelling.

Bron: De Morgen, 18/03/2004

Doping in de sport

Doping en sport lijken wel twee begrippen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Er gaat vrijwel geen dag voorbij of er verschijnen berichten in de media over het misbruik van allerlei verboden substanties en methoden in de sport.

De berichtgeving over het dopinggebruik in de sport puilt echter uit van geruchten, vermoedens, verdachtmakingen, halve waarheden. Verliezers bestempelen winnaars heel gemakkelijk als gebruikers en de soms spectaculaire prestatiecurve van sommige atleten wordt al te gemakkelijk toegeschreven aan het gebruik van kunstmatige hulpmiddelen.

Is de huidige (top)sport dan werkelijk zo verziekt? De realiteit is dat niemand eigenlijk de werkelijke omvang van het dopingprobleem in de sport kent.

Enerzijds wordt door sportleiders dikwijls verwezen naar de statistieken en naar de percentages van positieve laboratoriumcontroles. Deze cijfers onderschatten het probleem, want een groot aantal controles wordt gehouden bij internationale wedstrijden en zijn dus in zekere zin aangekondigd. Daarbij mogen we ook niet vergeten dat verschillende verboden substanties (onder andere het groeihormoon) met de huidige detectiemethoden nog niet kunnen worden opgespoord.

Anderzijds is ons inziens ook de stelling dat topsport zonder 'iets extra's' niet meer mogelijk is, niet correct. Deze vooronderstelling is trouwens niet fair voor de vele talentvolle topsporters, die zich op een gedisciplineerde manier en met veel opofferingen voorbereiden op topprestaties. De waarheid ligt ergens in het midden, maar is niet in een cijfer te vatten.

Het streven naar steeds betere prestaties is inherent aan (top)sport. De kwaliteit van een sporter wordt enkel en alleen beoordeeld op grond van zijn prestaties. Prestaties betekenen prestige, media-aandacht en geldgewin, niet alleen voor de sporter zelf, maar ook voor zijn begeleiders, zijn club, zijn sportfederatie, zijn land. Het verschil tussen een medaille, met veel roem en bekendheid en de anonimiteit van een vierde of vijfde plaats is dikwijls bijzonder klein.

Voortdurend wordt gezocht naar manieren om de prestaties te verbeteren: trai-

ningsmethoden worden bijgestuurd via wetenschappelijk onderzoek, voedings- en leefgewoonten worden verbeterd. En wanneer - door gebrek aan talent of doorzettingsvermogen - de verbetering door training beperkt blijft en bepaalde prestatienormen (selectiecriteria) niet worden bereikt, is de verleiding voor de sporter zeer groot om zijn toevlucht te nemen tot middelen die niet toegelaten zijn. Het onmiddellijke succes primeert daarbij meestal op de soms zeer negatieve (of nog ongekende) langetermijneffecten op de gezondheid.

Het dopinggebruik in de sport moet bekeken worden in een bredere maatschappelijke context. Wij leven in een maatschappij waar zeer veel effect wordt verwacht van allerlei geneesmiddelen en voedingssupplementen. Je kan geen kwaaltje, pijnkje of ongemak bedenken of er bestaat wel een middelje tegen, met een al dan niet bewezen effect. Het gebruik van allerlei substanties en methoden om de fysieke en mentale paraatheid te verbeteren, het prestatieniveau te verhogen en de vermoeidheid te onderdrukken is wijd verspreid in onze maatschappij. Het verleggen van grenzen en prestaties op alle vlakken wordt zeer sterk aangemoedigd en geprezen.

Het gebruik van niet toegelaten en dikwijls zeer schadelijke middelen om de sportpres-

taties te verbeteren is zeker niet beperkt tot de topsport. Uit vele getuigenissen en statistieken blijkt dat ook beoefenaars van amateursporten en zelfs van recreatiesporten zeer gretig naar allerlei middeljes grijpen. Het is bizar te moeten vaststellen dat mensen die sport beoefenen 'om hun gezondheid' middelen gaan gebruiken die de gezondheid kunnen schaden.

En waarom? Om zichzelf een rad voor de ogen te draaien of om medesporters te overbluffen.

Meer nog, we moeten vaststellen dat bepaalde dopingmiddelen, zoals bijvoorbeeld anabolica en allerlei andere hormonale substanties, door velen absoluut niet met sportieve bedoelingen worden gebruikt. In de Verenigde Staten en in Canada, en stilaan ook meer en meer bij ons, worden anabole steroïden gebruikt, niet zozeer om op het sportveld beter te presteren, maar veel eerder om er beter uit te zien, de eeuwige jeugd te behouden, enzovoort. De producenten spiegelen daarbij de goedgelovige koper allerlei, meestal valse, verwachtingen voor.

Sport kan prachtig en begeistertend zijn, sport brengt massa's in beweging en kan het enthousiasme van duizenden uitlokken, sport heeft een belangrijke maatschappelijke functie en kan een belangrijk middel zijn in de opvoeding. Er rust een grote verantwoordelijkheid op de schouders van sportleiders om de gezondheid van alle sportbeoefenaars te allen prijze als hoogste goed te vrijwaren en zo via de sport ook een positieve sociale rol te vervullen.

Dr. Jan Verstuyft
Voorzitter van de antidopingcommissie van het BOIC¹

¹ BOIC: Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité

Memorandum over een globaal Vlaams alcohol- en drugbeleid¹

Het voorbije half jaar werkte VAD, samen met haar partners op het terrein van de alcohol- en drugproblematiek, aan een Memorandum over een globaal Vlaams alcohol- en drugbeleid. Dit Memorandum is het resultaat van zeer uitgebreid overleg. Eind 2003 startten we de voorbereiding met een bevraging van een honderdtal sleutelfiguren uit de eigen sector en uit sectoren waarmee we samenwerken. Dit resulteerde in een eerste voorlopige tekst die als 'Voorloper van een Memorandum' aan alle partijvoorzitters werd verstuurd, met de vraag om de alcohol- en drugproblematiek in hun partijprogramma op te nemen.

De resultaten van de eerste bevraging werden in verschillende werkgroepen besproken: structuur en inhoud van preventie, harm reduction, vroeginterventie en hulpverlening. Op de VAD-infosessie van 28 april 2004 werd de tekst integraal voorgesteld en besproken. De tekst werd goedgekeurd door de Raad van Bestuur van VAD, waarmee VAD zich als koepelorganisatie engageert om dit memorandum te onderschrijven. Ten slotte werd het voorstel naar alle geïnteresseerde partners gestuurd, met de uitnodiging de tekst te onderschrijven. Na 13 juni werd de integrale tekst aan de formateur en de regeringsonderhandelaars bezorgd.

Het Memorandum bestaat uit twee grote delen: preventie en vroeginterventie & hulpverlening. Naast de Memorandumtekst werd een dossier uitgewerkt, waarin de vragen en voorstellen worden geconcretiseerd en waarin voor elk departement (gezondheid, welzijn, onderwijs, sport, jeugd, tewerkstelling, vrije tijd, gemeentelijk beleid, ...) concrete beleidsaanbevelingen worden geformuleerd. Voorafgaand worden drie voorwaarden geformuleerd om een effectief Vlaams alcohol- en drugbeleid te voeren. Ze hebben betrekking op samenwerking en afstemming met andere beleidsniveaus (federaal, Europees en internationaal) en op de coherente inzet van de nu vaak versnipperde beschikbare middelen. We pleiten voor een flexibele financiering, die via pilootprojecten inspeelt op nieuwe

noden en trends, die na positieve evaluatie in een structurele financiering wordt vertaald.

Preventie

Op het vlak van preventie is een globaal beleid nodig met gedifferentieerde doelstellingen naargelang de doelgroep, het product en de omstandigheden. Deze doelstellingen gaan van aanmoedigen van niet-gebruik, over uitstellen van experimenteel gedrag, naar verantwoord omgaan met middelen, vroegtijdig ingrijpen en schade beperken. Verantwoord omgaan met alcohol- en ander druggebruik houdt ook in dat de thematiek bespreekbaar is, dat mensen genuanceerd leren denken over alcohol- en ander druggebruik en op een deskundige manier met dit gebruik in hun omgeving en in de samenleving kunnen omgaan.

We pleiten voor een Vlaams preventiebeleid met voldoende financiële middelen op lange termijn. Hiervoor moet de Vlaamse regering in haar regeerakkoord de uitwerking van een Vlaamse alcohol-

en drugnota opnemen en voor de uitvoering van deze nota voldoende financiële middelen in de begroting inschrijven.

De Vlaamse drugnota moet rekening houden met de bestaande initiatieven en concepten en de verdere implementatie en de continuïteit van de bestaande werking vormen een eerste prioriteit.

De Vlaamse drugnota moet de uitbouw van een alcohol- en drugspecifieke coördinatiestructuur voorzien met de nodige mandaten en financiële middelen. Dit betekent onder andere het verderzetten van de financiële ondersteuning van de VAD-werking en het versterken van de preventiewerking in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Ze moet tevens samenwerkingsprotocollen afsluiten met provincies en steden en gemeenten om een afgestemd en geïntegreerd Vlaams preventiebeleid te realiseren.

Aanvullend op het inclusieve beleid moet een beleid op maat van de verschillende doelgroepen worden ontwikkeld, met specifieke aandacht voor bijzonder kwetsbare groepen in de samenleving en groepen die niet via een specifieke sector zijn te vatten (bijvoorbeeld ouders).

Steden en gemeenten en provincies moeten worden aangezet om een lokaal alcohol- en drugbeleid (ondersteund door de lokale overheid) te ontwikkelen waarin verschillende initiatieven op elkaar worden afgestemd en waarin men met een coherente aanpak naar de lokale bevolking werkt.

In de Vlaamse drugnota moeten initiatieven worden voorzien om een inclusief alcohol- en drugbeleid in alle maatschappelijke sectoren (onderwijs, arbeidssector, vrijetijdssector, welzijnssector) te ondersteunen. Voor elke bevoegde minister worden suggesties opgenomen om een alcohol- en drugbeleid in zijn of haar beleidsdomein te implementeren. Tevens wordt van elke minister verwacht dat hij of zij ruimte zal vrijmaken voor innoverende projecten en inspanningen zal doen om het thema alcohol en drugs in het vormingsaanbod van de betrokken sectoren (structureel) in te bouwen.

¹ Met alcohol en andere drugs bedoelen we alcohol, psychoactieve geneesmiddelen, illegale drugs en gokken

Aanvullend op het inclusieve beleid moet een beleid op maat van de verschillende doelgroepen worden ontwikkeld, met specifieke aandacht voor bijzonder kwetsbare groepen in de samenleving en groepen die niet via een specifieke sector zijn te vatten (bijvoorbeeld ouders). In de alcohol- en drugnota van de Vlaamse regering moet een aantal prioritaire doelgroepen worden vastgelegd, waarvoor de nodige financiële middelen moeten worden gereserveerd. We denken hierbij aan: ouders, ouderen, maatschappelijk kwetsbare jongeren, kinderen van ouders met alcohol- en drugproblemen, nieuwkomers en illegalen, gedetineerden, ...

De Vlaamse regering moet harm reduction als pragmatische doelstelling bij de aanpak van alcohol- en andere drugproblemen erkennen. Gezien harm reduction een relatief nieuw terrein is, zijn er voortrekkers voor harm reduction nodig in de alcohol- en drugspecifieke coördinatiestructuur. Daarnaast moeten specifieke middelen worden voorzien voor onder

andere peer-supportnetwerken en structurele maatregelen om harm-reductiondoelstellingen te realiseren.

Vroeginterventie en hulpverlening

Een coherent alcohol- en drugbeleid dient naast een preventieve aanpak, een beleid te ontwikkelen ten aanzien van vroeginterventie, behandeling en harm reduction.

Hulpverlening bij problematisch alcohol- en druggebruik vereist een geïntegreerde aanpak in een gedifferentieerd hulpverleningsaanbod, waarbij vroegtijdige interventie, continuïteit, zorg op maat en een

hol- en drugproblematiek) als van de niet-categoriale hulpverlening die een aanbod naar alcohol- en druggebruikende jongeren en ouders (opvoedingshulp) aanbieden.

Vroeginterventie moet ondersteund worden vanuit een lokaal alcohol- en drugoverleg en moet kunnen rekenen op vorming en consult vanuit de ambulante categoriale hulpverlening. Op het terrein van vroeginterventie is er nood aan conceptontwikkeling en pilootprojecten, met ingebouwde evaluatie en opvolging.

Hulpverlening

Door de stijgende vraag naar hulpver-

KORT GENOTEERD

96-jarige alweer betraapt op drugbezit

Op de gezegende leeftijd van 96 jaar nog moeten terechtstaan voor bezit van en handel in drugs? Het lijkt onmogelijk, maar gebeurt dezer dagen toch in het Amerikaanse Noord-Carolina. Daar vond de politie immers zeven pakjes cocaïne in de rolstoel van een 96-jarige vrouw. Zij beweerde geen idee te hebben hoe de drugs daar terecht kwamen, maar daar had de politie geen oren naar. Eerder vonden ze in de beenprothese van de hoogbejaarde dame immers ook al cocaïne. Ze zou samen met haar 61-jarige zoon een handeltje in drugs opgezet hebben.

Bron: Het Laatste Nieuws, 15/03/2004



flexibele aanpak essentiële kenmerken zijn van een effectieve aanpak.

Vroeginterventie

Vroeginterventie is een specifiek actieterrein tussen preventie en hulpverlening in en is gericht op het vroegtijdig tussenkomen om problemen door alcohol- en druggebruik zo beperkt mogelijk te houden. Er is nood aan zowel impliciete als specifieke vroeginterventie, die in een globaal en regionaal hulpverleningsaanbod moeten worden ingebed.

Er is uitbreiding nodig van zowel de ambulante categoriale (gespecialiseerd in de alco-

lening in zowel stedelijke als landelijke regio's en omwille van het grotere aantal justitiële doorverwijzingen en de vraag naar participatie in netwerken, is uitbreiding van de hulpverleningscapaciteit en voornamelijk van de ambulante categoriale hulpverlening nodig. Ook niet-categoriale diensten die met deze doelgroep willen werken, moeten extra omkadering krijgen en huisartsen moeten een beroep kunnen doen op alternatieve financiering voor hun participatie aan zorgcircuits. Voor minderjarigen moeten bijkomende ambulante en residentiële opvangmogelijkheden worden gecreëerd. Er is tevens ondersteuning nodig van zelfhulpgroe-

pen en mantelzorg.

Om de kwaliteit van het hulpverleningsaanbod te garanderen moet het VAD-vormingsaanbod Werkwijze® gecontinueerd worden en moeten hogescholen gestimuleerd worden om het thema alcohol en drugs in het curriculum van hun basisopleidingen op te nemen.

In het kader van reïntegratie van mensen met een alcohol- of drugprobleem moet extra omkadering geboden worden aan sociale tewerkstellingsinitiatieven en arbeidszorg en ook in deze sector is vorming en opleiding nodig. Voor deze doelgroep moeten tevens projecten van woonbegeleiding worden voorzien. Ten slotte moet dringend een oplossing uitgewerkt worden voor de registratie en gegevensverzameling in de drughulpverlening en moet actie- en evaluatie-onderzoek worden verricht om de kwaliteit van de hulpverlening te ondersteunen.

Harm reduction

Er is sensibilisering en vorming nodig van alle hulpverleners en intermediairen om de waarde van harm reduction te onderkennen en in de eigen praktijk te integreren.

Zowel voor preventie als voor hulpverlening biedt harm reduction een essentiële aanvulling op de meer traditionele aanpak. De spuitenruilprojecten moeten gecontinueerd en verruimd worden naar gezondheidsbevordering en harm reduction bij gemarginaliseerde druggebruikers.

Er zijn innoverende projecten nodig om een gepast zorg- en hulpverleningsaanbod aan deze doelgroep te bieden. Outreachend werken kan hierbij een belangrijke brugfunctie vervullen en straathoekwerkers moeten hiervoor vorming en ondersteuning krijgen. Peersupportnetwerken moeten ondersteuning krijgen om de informatieoverdracht naar deze moeilijk bereikbare doelgroep mogelijk te maken.

Er is sensibilisering en vorming nodig van

alle hulpverleners en intermediairen om de waarde van harm reduction te onderkennen en in de eigen praktijk te integreren. De Vlaamse regering moet er daarenboven in haar globale beleid op toezien dat (ex-) alcohol- en druggebruikers niet gediscrimineerd worden (onder andere op het vlak van wonen en werken) omwille van hun vroegere gebruik.

Alle bovenstaande actiepunten werden gedetailleerd in een dossier uitgewerkt. Dit dossier wordt bij het Memorandum gevoegd. Na de vorming van de Vlaamse regering zullen we alle bevoegde ministers met onze vragen contacteren.

Van de nieuwe Vlaamse regering vragen we nu het engagement om het opstellen van een Vlaamse alcohol- en drugnota als prioritair punt in het regeerakkoord op te nemen en hiervoor de nodige middelen te voorzien.

Marijs Geirnaert

Parlementaire vragen

Vraag van de heer Miguel Chevalier (VLD) aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over 'het alcoholgebruik door vrouwen' (20 april 2004)

"Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het verbaasde mij toen ik vanmorgen in het parlement binnenstapte, dat een aantal vrouwelijke collega's mij meteen op de vingers tikte over de aard van de vraag die ik vanmorgen wenste te stellen aan de minister. Blijkbaar rust er nog steeds een taboe op het probleem. (...) Recent verscheen een aantal artikels over het alcoholmisbruik in ons land. Ik weet dat de minister heel wat zaken probeert te doen rond nicotinemisbruik en dat dat taboe nu volledig doorbroken is. Thans vraag ik dat ook het probleem omtrent alcoholgebruik en alcoholmisbruik uit de taboesfeer wordt gehaald en wordt opengetrokken. (...) Eén van de cijfers uit alle gegevens die nu ter beschikking zijn, stelt

dat het alcoholgebruik en -misbruik bij vrouwen verdubbeld is in de loop van de laatste jaren. Dat betekent niet dat het probleem zo erg is, want de verhouding ten opzichte van het misbruik bij mannen is ongeveer tien tegen een. Bij mannen is het probleem dus veel groter. Ik wil echter dat de minister het probleem in zijn totaliteit aanpakt, want nu blijkt dat vrouwen niet enkel klimmen op de maatschappelijke ladder en een aantal taken uitvoeren die vroeger exclusief voorbehouden waren aan mannen, maar dat ze tegenwoordig - jammer genoeg - blijkbaar ook de negatieve aspecten van een aantal factoren uit onze samenleving meepikken. Ook bij hen is dus vandaag een probleem aanwezig. Dat een aantal vrouwen zo fel reageert, is voor mij een illustratie van de diepte van het probleem in zijn totaliteit. Niemand wenst blijkbaar dit probleem te bespreken, het is nog steeds maatschappelijk onbespreekbaar."

De heer Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (PS): "Mijnheer Chevalier, ik heb zowel aandacht voor het probleem van nicotinemisbruik als voor het probleem van alcoholmisbruik, dat wellicht een van de grootste problemen is van onze maatschappij. Men spreekt vaak over het misbruik van drugs, maar men vergeet dat in ons land veel mensen lijden aan alcoholisme. Daardoor vallen gezinnen uiteen en verslechtert de gezondheidstoestand, omdat veel mensen om een hele reeks goede of slechte - ik denk vooral slechte - redenen teveel drinken. Het wordt in onze maatschappij een soort culturele afwijking en dit moet volgens mij ook worden gezegd. Het is natuurlijk een kwestie waarop een taboe rust. Het alleen maar beweren is echter niet genoeg. Men moet concrete acties ondernemen om daartegen te strijden. Ik heb kennis genomen van de resultaten van de studie van het Hoger Instituut

VROUWEN PIKKEN NEGATIEVE MANNELIJKE ASPECTEN MEE NA KLIM OP MAATSCHAPPELIJKE LADDER...



voor de Arbeid van de Katholieke Universiteit Leuven over de kosten en de baten van het alcoholverbruik en -misbruik voor de samenleving. Ik kan aldus vaststellen dat de meest ontvullende cijfers nog meer het alcoholverbruik op het werk in het algemeen betreffen dan het verschil in verbruik tussen mannen en vrouwen. De sociale kosten van het alcoholverbruik op het werk worden inderdaad op 2,2 miljard euro geraamd, hetzij 36% van de totale geraamde kosten. Deze cijfers plaatsen het deel van de sociale kosten dat te wijten is aan het verbruik binnen het werkkader op de eerste plaats, dus nog vóór de kosten die worden veroorzaakt door alcohol achter het stuur en de kosten voor de rechtstreekse gezondheidszorg. Het is in deze context dat ik de samenwerking van mijn collega, de staatssecretaris voor Arbeidsorganisatie en Welzijn op het Werk, heb gevraagd om concrete mogelijkheden voor actie te ontwikkelen. Wat het specifieke gebruik door vrouwen betreft, bewijst de studie die in 2001 door het Instituut voor Volksgezondheid werd gemaakt, dat 3,6% van de vrouwen van vijftien jaar en ouder een alcoholprobleem heeft, tegenover 9,5% van de mannen. Voor het overige toont het geheel van minimale psychiatrische basisgegevens aan dat het verschil tussen het totale aantal mannen en het totale aantal vrouwen die voor een alcoholprobleem werden behandeld tussen 1999 en 2001 slechts

lichtjes afneemt. Men beschikt dus niet over voldoende elementen die een specifieke benadering van alcoholisme bij vrouwen zouden rechtvaardigen. Ik voeg hieraan nog toe dat mijn diensten een werkgroep over alcoholgebruik door jongeren hebben opgericht, samengesteld uit vertegenwoordigers van de consumentenorganisaties en de federaties voor de distributie, de productie en de verkoop van alcoholhoudende dranken. In deze werkgroep komt een consensus in zicht om de regels van zelfdiscipline goed te keuren en elke verkoop te verbieden van alcoholhoudende dranken via automaten

die zich bevinden in de buurt van plaatsen waar jongeren onder de achttien jaar samenkomen: scholen, jongerenclubs, bushaltes, enzovoort. De preventie en de opvoeding - belangrijke hoofdlijnen in het beleid ter bestrijding van het misbruik van alcoholhoudende dranken - behoren tot de bevoegdheid van de overheden van de Gemeenschappen. Ik zal niet nalaten hun initiatieven terzake te steunen."

Miguel Chevalier: "Mijnheer de minister, ik dank u in elk geval voor het engagement en de initiatieven die u wil nemen in deze problematiek. Een aantal cijfers die u daarnet gegeven hebt over de sociale kosten vind ik verontrustend voor het probleem in zijn totaliteit. Dat is natuurlijk maar één onderdeel van de kosten, want dit zijn cijfers over de werksfeer en de omgeving. Ik denk dat dit slechts één aspect van het probleem is, want er is ook nog de hele privéproblematiek. Mijnheer de minister, ik verzoek u om de strijd tegen alcohol en alcoholmisbruik voort te zetten. Uit de reacties die ik daarnet nog heb gekregen, blijkt hoe diep het zit en hoe groot het taboe is. Het is al vrij moeilijk dat mannen moeten leven met de stempel van alcoholicus. Voor vrouwen zal het nog veel moeilijker zijn, omdat het maatschappelijk gewoon niet aanvaard wordt en men die waarheid niet wil zien. Ik wens u veel sterkte in uw strijd."





Trendonderzoek in het uitgaansleven

In de zomerperiode van 2003 ging het trendonderzoek in het uitgaansleven van start. Het gaat om een exploratief onderzoek naar het druggebruik en de kenmerken van de gebruikers in het uitgaansmilieu. We proberen een zicht te krijgen op de producten die gebruikt worden, de groep gebruikers, de toedieningswijzen, de combinaties en de plaatsen waar gebruikt wordt. Op termijn moeten hieruit trends duidelijk worden die wijzigende gebruikspatronen en gebruikersgroepen identificeren. Dit geeft ons de mogelijkheid om gepaste antwoorden te formuleren op deze nieuwe trends, zowel op het vlak van preventie, interventie en hulpverlening als van (lokaal) beleid.

In de zomer van 2003 trokken enkele onderzoekers bijna elk weekend naar een festival, event of club om mensen te bevragen over hun druggebruik. Meer dan 650 partygangers vulden een vragenlijst in, wat op zich al een noemenswaardig resultaat is.

De respondentengroep heeft een gemiddelde leeftijd van 22 jaar en bestaat uit 400 mannen en 221 vrouwen. Iets minder dan de helft is nog student en iets minder dan de helft heeft een job. Twee op drie woont nog bij de ouders.

Wat de uitgaanscultuur betreft geeft iets meer dan de helft van de respondenten techno-muziek als voorkeur op. Drie vierde van de respondenten duidt één van de muzieksoorten onder de categorie 'dance' als voorkeur aan. Vier op vijf ging in de laatste dertig dagen op café, iets minder naar festivals. Discotheken worden minder bezocht, maar de frequentie van bezoeken ligt hoger dan bij festivals. Dit kan te maken hebben met het feit dat discotheken vaker open zijn en er maar een beperkt aantal festivals is.

Middelengebruik

Alcohol blijkt de meest gebruikte uitgaansdrug te zijn. Dit halen we niet enkel uit de cijfers over het gebruik per product, ook in het combigebruik komt alcohol op de eerste plaats. Bijna zeven op tien respondenten gebruikten in het laatste jaar minstens één maal per week alcohol.

De helft van alle respondenten heeft in het laatste jaar een illegale drug gebruikt. Bijna iedereen van deze groep gebruikte cannabis occasioneel of regelmatig. Eén vijfde van alle respondenten heeft in het laatste

jaar XTC gebruikt, één op negen cocaïne. Eén op vijf gebruikte dagelijks cannabis. Dit is bijna het dubbele van het dagelijkse gebruik van alcohol. Bekijken we het regelmatige gebruik, dan merken we dat alcohol toch meer dan het dubbele van cannabis scoort.

Bij verschillende drugs (XTC, speed, cocaïne) zien we dat het gebruik beperkt blijft tot experimenteren (ooit, maar niet in het laatste jaar).

Bij de nieuwe producten, zoals GHB, ketamine en Viagra®, merken we dat het gebruik in deze steekproef beperkt blijft.

Eén op vijf geeft aan niks te doen om gezondheidsproblemen te voorkomen. 'Goed uitgeslapen zijn' en 'voldoende

het stijgende gebruik van cannabis, cocaïne en XTC en het combineren van middelen opvallend.

De respondenten die in het laatste jaar illegale drugs hebben gebruikt, blijken hun drugs voornamelijk tijdens het uitgaan en in groep te gebruiken. Speed en XTC worden duidelijk minder gebruikt na het uitgaan. Dit kan te maken hebben met de ongewenste effecten van deze middelen na het uitgaan (bijvoorbeeld bij het slapen gaan). Toch is er nog een vrij groot percentage dat ook na het uitgaan speed en cocaïne gebruikt. Een mogelijke verklaring kan zijn dat dit gebruikers zijn die nog moeten rijden of werken. Kijken we naar alle respondenten die individueel gebruiken¹, dan zien we dat dit nog een grote groep is (voornamelijk bij XTC en speed). Vanuit het vermoeden dat individuele gebruikers aan meer risico's onderworpen zijn (geen vangnet op het moment dat er iets fout kan lopen, ...), is dit dus een vrij grote risicogroep.

Als we naar hun koopgedrag kijken, zien we dat meer dan vier op vijf gebruikers zijn middelen zelf koopt en dit voornamelijk

Grafiek 1: Koopgedrag



water drinken' zijn de twee meest voorkomende voorzorgsmaatregelen. Bij de vraag over nieuwe trends is vooral

lijkt niet tijdens het uitgaan (grafiek 1). Het zijn vooral diegenen die bij een wisselende dealer en/of tijdens het uitgaan kopen,

¹ Som van enkel individueel gebruik en zowel individueel als gebruik in groep.

Grafiek 2: combigebruik



die een belangrijke risicogroep vormen. Als de respondenten gevraagd wordt om zelf in het oog springende trends aan te geven, wordt combigebruik vaak vermeld. Bovendien bleek bijna de helft van de laatstejaarsgebruikers regelmatig alcohol met andere illegale drugs te combineren (grafiek 2). Eén op vier gebruikt regelmatig illegale drugs met andere illegale drugs. Dat combineren van illegale drugs met alcohol vaker voorkomt dan combineren van verschillende illegale drugs heeft te maken met de hogere prevalentie van alcohol, die op zich weer samenhangt met de legale

status en de sociale aanvaardbaarheid van het middel.

De vraag naar de combinaties die worden gebruikt, leverde voornamelijk combinaties op met alcohol, cannabis en XTC.

Invloed van sociodemografische kenmerken

Het statuut van de respondenten, student of werkende, heeft een invloed op het gebruik van illegale drugs. In de groep werkende respondenten vind je meer laatstejaarsgebruikers van illegale drugs dan

in de groep studenten. Dat verschil vind je ook terug als je de producten afzonderlijk bekijkt. Werkenden gebruiken vaker en vertonen meer combigebruik.

Wat de invloed van de woonsituatie betreft, kan worden aangetoond dat laatstejaarsgebruik van illegale drugs vaker voorkomt bij respondenten die niet meer in het ouderlijk huis wonen.

Hoe ouder de respondenten, hoe meer van hen cocaïne, XTC, speed, psilo's of paddo's, smart drugs en cannabis gebruiken (grafiek 3). Voor alcohol en energy drinks konden we geen verband vinden. Beide dranken zijn al op jonge leeftijd algemeen ingeburgerd. Op basis van dit onderzoek kunnen we de startleeftijd niet achterhalen vermits we hier niet naar gevraagd hebben. Verder onderzoek is aangewezen.

Verder blijkt dat hoe ouder de gebruiker is, hoe meer hij combineert. Dit verband is het sterkst bij het combineren van illegale drugs met andere illegale drugs. Dit kan samenhangen met het frequentere gebruik van bepaalde middelen zoals XTC, speed, ... bij oudere respondenten.

Mannen komen tweemaal zoveel voor in de groep van laatstejaarsgebruikers van illegale drugs dan vrouwen.

Invloed van uitgaanscultuur

Respondenten die frequent naar discotheken gaan gebruiken vaker middelen: XTC, cocaïne, smart drugs, energy drinks, cannabis, psilo's of paddo's en speed. Bovendien combineren zij vaker verschillende illegale drugs. Hetzelfde geldt voor dancemuziek liefhebbers: hoe liever men dancemuziek hoort, hoe vaker men deze middelen gebruikt en hoe vaker men ze combineert.

Rockliefhebbers zullen dan weer minder frequent XTC gebruiken.

Discotheekgangers komen dubbel zoveel voor in de groep van laatstejaarsgebruikers van illegale drugs; danceliefhebbers 3,5 keer zoveel.

Zij die vaak op café gaan drinken frequenter alcohol. Fuifgangers gebruiken beduidend minder vaak cocaïne, XTC en speed dan de bezoekers van andere settings. De typische 'uitgaansdrugs' komen dus minder voor in deze setting. Dit kan te maken hebben met



de jongere leeftijd van respondenten die naar fuiven gaan. Concertgangers drinken frequenter alcohol.

Kenmerken van middelengebruik

Laatstejaarsgebruikers van illegale drugs blijken meer voldoende water te drinken en niet met de wagen te rijden. Hoe ouder de respondent is, hoe meer hij aangeeft water te drinken om gezondheidsproblemen te voorkomen. Ook danceliefhebbers geven meer aan voldoende water te drinken.

Respondenten die regelmatig gebruiken, kopen meestal zelf hun drugs. Cannabis wordt meestal via vrienden of in coffeeshops verkregen. Andere illegale drugs worden zowel voor als tijdens het uitgaan verkregen bij vaste en wisselende dealers.

Combinaties van alcohol en illegale drugs en de combinatie van illegale drugs met illegale drugs komen frequent voor bij gebruikers van illegale drugs. Respondenten die regelmatig gebruiken combineren vaker dan sporadische gebruikers.

Respondenten die illegale drugs met alcohol combineren zullen ook sneller geneigd zijn om illegale drugs met mekaar te combineren en omgekeerd. Verder zal deze laatste groep geneigd zijn om voldoende water te drinken.

Conclusie

Dit trendonderzoek gaf ons een eerste, meer grootschalige kijk op middelengebruik en verwante aspecten in het uitgaansleven in Vlaanderen. Daaruit blijkt onder andere dat alcohol veruit de meest gebruikte drug

is, maar ook dat een opvallend grote groep illegale drugs gebruikt. Verder brachten we een aantal risicoverhogende gedragingen in kaart, zoals het combigebruik en het nalaten om gezondheidsmaatregelen te nemen bij gebruik. De resultaten van dit eerder kwantitatieve onderzoek herbergen nu al heel wat aanknopingspunten voor preventie. Dat wordt volgend jaar aangevuld met een kwalitatief onderzoek, waarin we specifieke elementen verder zullen onderzoeken.

Tina Van Havere

De publicatie van het trendonderzoek kan u schriftelijk bestellen bij VAD met de bestelbon op pagina 24.

ABSTRACT VERPAKT



Bij cannabisgebruikers treedt schizofrenie vroeger op dan bij niet-gebruikers

In een Nederlands onderzoek (Veen, N., Stelten, J.P., et al. (2004). Cannabis Use and Age at Onset of Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 161, 501-506) werd de leeftijd vergeleken waarop de eerste schizofrene opstoot zich voordeed bij cannabisgebruikers en bij niet-gebruikers. Bij mannelijke patiënten werd een duidelijk verschil gevonden. Er werden te weinig vrouwelijke cannabisgebruikers onder de schizofrene onderzoeksgroep gevonden om hieruit conclusies te trekken. Bij mannelijke cannabisgebruikers trad de eerste psychotische opstoot gemiddeld 6,9 jaar vroeger op dan bij mannelijke niet-gebruikers. Aangezien bekend is dat hoe vroeger de ziekte uitbreekt, hoe slechter de prognose

is, loont het de moeite op dit terrein verder onderzoek te doen.



Samengaan van alcohol- of drugmisbruik en persoonlijkheidsstoornissen

De onderzoeksgroep van Grant (Grant, B., Stinson, F., et al. (2004). Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 361-368) geeft een epidemiologisch overzicht van de genderverschillen in het voorkomen van DSM-IV diagnoses middelenmisbruik en persoonlijkheidsstoornissen. Bij actuele alcoholproblemen treft men in 28,6% van de gevallen minstens een persoonlijkheidsstoornis (PD) aan, bij drugproblemen in 47,7% van de gevallen. Omgekeerd heeft 16,4% van de mensen met een PD ook een alcoholpro-

bleem en 6,5% heeft ook een drugprobleem. Alcoholproblemen zijn vooral geassocieerd met antisociale, hysterische en afhankelijke PD. Bij drugproblemen ziet men dezelfde associaties, maar in nog veel sterkere mate. De associaties zijn meestal sterker bij vrouwen dan bij mannen, behalve wat de afhankelijke PD betreft.



Black-outs door alcohol zijn genetisch bepaald

Bij tweelingonderzoek in Australië (Nelsen, E., Heath, A., et al. (2004). Genetic Epidemiology of Alcohol-Induced Blackouts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 257-263) werd vastgesteld dat een erfelijke factor meespeelt in de gevoeligheid voor het krijgen van black-outs onder invloed van alcohol.

Frieda Matthys

Peace, love and unity in 3D

Van 17 tot en met 24 april had in Melbourne de '3th International Conference on Nightlife, Substance Use and Related Health Issues' (Club Health Congres) en de '15th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm' (Harm Reduction Congres) plaats. Redenen genoeg voor VAD om af te zakken naar het verre Down Under.

Around the world ...

... en toch. De Aussies mogen dan wel onze tegenvoeters zijn, tegelijk is Australië ook zo dichtbij! De wereld is verworden tot 'one global village'. Dit geldt ook voor de alcohol- en drugsector. Het Club Health Congres, georganiseerd door de Liverpool John Moores University en het National (lees: Australië) Drug and Alcohol Research Centre, was daarvan een mooie afspiegeling. Naast de nadrukkelijk belichte alcohol- en drugthematiek had het congres¹ ook aandacht voor andere gezondheidsthema's die direct verband houden met recreatief gebruik van alcohol en andere drugs. Met Partywise voelden we ons dan ook meteen als een vis in het water. In de parallelle sessie 'Interventions' hebben we het Vlaamse preventieconcept 'www.partywise.be' toegelicht. Dit om terug bij het beginpunt te komen, met name: de globalisering. Het uitgaansleven en de muziekcultuur zijn bij uitstek een internationaal gegeven en blijkbaar straalt dit ook af op de preventie- en harm-reductioninitiatieven die her en der op onze planeet ontwikkeld worden voor het uitgaansleven, een vrijetijd domein van een niet onbelangrijk aantal jonge mensen.

Eerst werken op lange termijn, nu participatie ...

De input van de voorgaande edities in Amsterdam (2000) en Rimini (2002) heeft duidelijk zijn stempel gedrukt op het preventiewerk in heel wat landen in hoofdzakelijk Europa, Oceanië en Noord-Amerika. De International Basic Standards, een pakket van structurele preventierichtlijnen

voor uitgaansgelegenheden, gebaseerd op 'good practices' als Sorted (N-ZI), Safer Clubbing (UK), The Safe Setting Campaign (USA) zijn gemeengoed geworden. Het concept EHBD-u (Eerste Hulp bij Drugincidenten-uitgaansleven) is in verschillende landen momenteel in volle ontwikkeling. Over een globale preventieaanpak voor het uitgaansleven met professionelen en lokale overheden als belangrijke sleutelfiguren heerst een duidelijke consensus. Men erkent ook algemeen dat voor de verdere ontwikkeling van preventie in het uitgaansleven meer dan ooit nood is aan permanente wetenschappelijke onderbouwing. Naast het Vlaamse Trendonderzoek,

dat we presenteerden in de parallelle sessie 'Drugs and Dance Surveys', werd op het Club Health Congres duidelijk dat de afgelopen jaren tal van onderzoeksprojecten over druggebruik in het uitgaansleven opgestart werden.

Ten slotte had het Club Health Congres ook de intentie om club managers, organisatoren van muziekevenementen en niet in het minst de clubbers zelf te betrekken en een plaats te geven in het programma. Tot op vandaag blijven het evenwel voorzichtige, maar belangrijke stappen. Het geeft mee aan dat preventie in het uitgaansleven stilaan volwassen wordt. Hier ligt voor alle stakeholders dan ook een grote uitdaging voor de toekomst.

Harm reduction als filosofie ...

De moeizame stappen op vlak van emancipatie en empowerment op het Club Health



¹ www.clubhealth.org.uk

Congres werden verder duidelijk op het moment dat het Club Health Congres plaats moest ruimen voor het Harm Reduction Congres. De atmosfeer die hiervan uitging, verraadde onmiddellijk dat het hier vooral een attitude betreft tegenover de drugthematiek en andere gezondheidsthema's, zoals bijvoorbeeld de aidsproblematiek. Het respect waarmee mensen met elkaar omgaan en de vanzelfsprekendheid waarmee mensen vanuit verschillende hoeken van de wereld, gepland en onverwacht, een forum krijgen om in dialoog te treden met elkaar, laat aanvoelen dat harm reduction niet verengd kan en mag worden tot een éézijdig technische preventie- of hulpverleningsstrategie. Het is veeleer een filosofie die je moet laten doordringen, om nadien in het werken met cliëntengroepen, sleutelfiguren in maatschappelijke sectoren én het beleid terug te kunnen meegeven! Door de enorme hoeveelheid presentaties (niet minder dan 1250) is het onbegonnen werk om hiervan een overzicht² te geven. Daarom kies ik ervoor om beknopt één harm-reductionprogramma voor de horeca aan te stippen. Ook in Vlaanderen verdient de horecasector meer aandacht en is er op de verschillende niveaus nood aan structurele netwerking en onderbouwde preventieconcepten op maat.

Safer Bars Program

Dit harm-reductioninitiatief werd gepresenteerd op beide congressen onder de titels: 'Results of the evaluation of the safer

² www.ihra.net

bars program: an approach to reducing aggression in bars and clubs' en 'The role of bar staff in harm escalation and harm reduction'.

De stelling is dat cafés aangewezen locaties zijn om harm-reductioninterventies te ontwikkelen. Niet alleen omwille van de veelheid aan potentiële risicofactoren, maar ook omdat in deze settings intermediairen werken die harm reduction in de praktijk waarmaken. Zij spelen een sleutelrol in het gepast omgaan met alcohol- en druggebonden agressie en geweldpleging in uitgaansgelegenheden.

Prof. Kathryn Graham van de University of Western Ontario (Canada) heeft met haar onderzoeksteam in het kader van het *Safer Bars Program* kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar interventies als reactie op agressie en geweldpleging in cafés onder invloed van alcohol en andere drugs. Belangrijkste conclusie van dit recent onderzoek is dat training van horeca- en veiligheidspersoneel in het omgaan met problemen en grenzen stellen resulteert in een sterke daling van agressie en geweld in cafés.

Gedurende 1.334 observatienachten, telkens tussen middernacht en 2 uur 's nachts, observeerden de onderzoekers in 118 cafés in Toronto de houding en het gedrag van horeca- en veiligheidspersoneel en in het bijzonder de wijze van interveniëren tijdens incidenten.

Het personeel in cafés werd 816 keer geïdentificeerd als 'agressor' en 422 keer als 'behoeder van de vrede'. Het vaakst gestel-

de gedrag door horeca- en veiligheidspersoneel die zichzelf agressief opstelden was het intimideren van klanten, schelden, zich laten verleiden tot duw- en trekwerk, pesten, enzovoort. De 'behoeders van de vrede' reageerden hoofdzakelijk door kalm en geduldig te blijven, respect te tonen voor de klant, tijdig bijstand van collega's in te roepen om de incidenten onder controle te houden en nieuwsgierigen op afstand te houden zodat omstanders niet nodeloos bij het incident betrokken raakten.

Of horeca- en veiligheidspersoneel agressief of preventief optrad was sterk gelinkt aan de mate van agressief gedrag van de betrokken klant(en), het al of niet onder invloed zijn van de klant(en) en omgevingsfactoren en sfeer in de uitgaansgelegenheden.

Dit onderzoek naar factoren die invloed uitoefenen op incidenten met geweldpleging en agressie onder invloed van alcohol en andere drugs heeft bijgedragen tot de ontwikkeling van het Safer Bars Program dat (1) een risicoanalyse omvat voor de eigenaar van de zaak, (2) een drie uur durende training voor horeca- en veiligheidspersoneel en (3) handvatten voor het ontwikkelen van een beleid.

Wouter Devriendt

Meer details over het Safer Bars Program en over de twee congressen kan u opvragen bij wouter.devriendt@vad.be.

GEBOEKSTAAF



van Laar, M.W. (2003). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2003*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De Nationale Drug Monitor (NDM) brengt in kaart wat er bekend is over het gebruik van drugs in Nederland vergeleken met het buitenland. De NDM is bedoeld om feiten aan te dragen voor het drugdebat. Tot die feiten behoren ook opmerkelijke ontwikke-

lingen in preventie, behandeling en drugcriminaliteit. De NDM blijft niet beperkt tot illegale drugs. Ook alcohol, tabak en gokken krijgen aandacht. Drug Monitors bestaan al in de Verenigde Staten, Canada en de Europese Unie.



Parnassia Addiction Research Center (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele hulprogramma's. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Resultaten Scoren 2003*. Den Haag: Parnassia Addiction Research Center.

lijnen voor diagnostiek en behandeling. *Resultaten Scoren 2003*. Den Haag: Parnassia Addiction Research Center.

Het rapport bevat instrumenten en richtlijnen voor de screening en de diagnose van de dubbele diagnoseproblematiek. De richtlijnen zijn voorzien van handleidingen en aanbevelingen voor de praktijk in de alcohol- en drughulpverlening en in de

psychiatrie. Het bevat een overzicht van de belangrijkste wetenschappelijke inzichten over de behandeling van dubbele diagnoses. Hierbij probeerden de auteurs om zo concreet mogelijke aanbevelingen te doen, maar ze geven geen behandelrichtlijnen.



Bossong, M. (2003). *Werking en gezondheidsrisico's van XTC*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De cd-rom is een initiatief van het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS). DIMS heeft als doel inzicht te krijgen in de verschillende drugmarkten in Nederland en in de veranderingen die zich daarin voordoen. De cd-rom bevat een presentatie, ondersteund met beeldmateriaal (in MS Powerpoint en met een videofragment), over de werking en de gezondheidsrisico's van XTC. De presentatie is bedoeld om preventiewerkers te ondersteunen in hun voorlichtingstaak.



Van Asseldonk, L. (2004). *Junkie Mama*. Amsterdam: Uitgeverij Ploegsma.

Junkie Mama is een jeugdboek dat het verhaal vertelt van Sanne. Sanne, een

adoptiekind, ontdekt dat haar echte moeder een dakloze junk was en schaamt zich daar heel erg voor. Ze vindt het onbegrijpelijk dat haar moeder drugs belangrijker vond dan haar dochter, maar iets in haar maakt haar ook nieuwsgierig naar haar moeder.



Bieleman, B., Goeree, P., & Naayer, H. (2003). *Coffeeshops in Nederland 2002. Aantallen, gemeentelijk beleid en handhaving AHOJ-G criteria*. Groningen: IntraVal.

'Coffeeshops in Nederland 2002' is het vierde deel van de monitor over het aantal officieel gedoogde coffeeshops en het gemeentelijk softdrugbeleid in Nederland. De meting is uitgevoerd in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie. De inventarisatie biedt een zicht op het aantal officieel gedoogde coffeeshops en op de verschillende vormen van coffeshopbeleid zoals die door de Nederlandse gemeenten worden gehanteerd. Naast informatie met betrekking tot de situatie eind 2002 biedt dit rapport ook vergelijkingen met gegevens van eerdere metingen in 1999, 2000 en 2001.



de Wildt, W.A.J.M. & Mandjes, T.J. (2003). *Leefstijltraining voor justitiabelen. Handleiding voor de trainer*. Utrecht: GGZ Nederland.

De leefstijltraining voor justitiabelen is een erkend reïntegratieprogramma aangeboden door de GGZ Nederland aan cliënten in de alcohol- en drughulpverlening. Het doel van de training is een verandering in middelengebruik bewerkstelligen. Het streefdoel is minimaal gecontroleerd gebruik en maximaal abstinentie. De training bestaat uit zes wekelijkse individuele gesprekken van zestig minuten. Het programma is opgebouwd rond motivatie, zelfcontroletraining en terugvalpreventie.

Bij het programma hoort een werkboek voor de cliënt waarin informatie staat over de training en de theorie van de sessie en waarin huiswerkopdrachten kunnen worden genoteerd.

UITGELEZEN

Enjoying the nightlife in Europe The role of moderation

Dit is het vierde boek gepubliceerd door IREFREA in een serie over het recreatieve druggebruik in Europa. IREFREA is een Europees netwerk van onderzoekers en richt zich vooral op de promotie van en het onderzoek naar drugpreventie bij adolescenten en jongeren. Dit boek is de neerslag van een onderzoek dat in 2001 uitgevoerd werd in tien Europese steden en waarbij 1.777 jongeren werden bevraagd in verschillende uitgaansgelegenheden. Aanvullend werd nog een aantal diepte-interviews afgenomen en focusgroepen opgezet om de onderliggende houdingen, attitudes en percepties verder te exploreren.

Het boek begint met het ontstaan van de vrijetijds- en ontspanningscultuur zoals wij die vandaag kennen in zijn historische context te plaatsen. Het tot stand komen van deze vrijetijds- en ontspanningscultuur

was een dynamisch proces van culturele uitwisseling en is ontstaan uit een aantal vrijetijdsgebruiken afkomstig uit de noordelijke landen waar de industriële revolutie begon. De zuidelijke fiëstacultuur heeft

hierop echter ook een aanzienlijke invloed gehad. De vrijetijds- en ontspanningscultuur valt tegenwoordig voor een groot deel samen met de uitgaanscultuur. Uit heel wat onderzoek blijkt dat de uitgaanscultuur gekenmerkt wordt door een hoog druggebruik.

Gebruikers en niet-gebruikers

De vergelijking van gebruikers en niet-gebruikers in het uitgaansleven bevestigt het MMM-model (mens-middel-milieu). Bovendien wordt 'het beheer van de vrije tijd in het weekend' naar voor geschoven



als een nieuwe belangrijke factor die druggebruik kan beïnvloeden. Opmerkelijk is ook dat gebruikers hoger scoren op communicatieve vaardigheden en beter geïntegreerd blijken te zijn in hun vriendenkring. Niet-gebruikers gaan minder uit en houden van andere muziekstijlen (minder electro) dan gebruikers.

Met behulp van focusgroepen werd gepeild naar de redenen waarom niet-gebruikers geen drugs gebruiken. De belangrijkste reden blijkt 'uit principe' te zijn, gevolgd door 'angst voor de gevolgen voor de gezondheid' en 'angst om zelfcontrole te verliezen'. De auteurs houden het echter bij deze vaststelling en koppelen er verder geen aanbevelingen voor preventie aan.

Het boek belicht wel uitvoerig genderverschillen en stelt dat het noodzakelijk is om bij de ontwikkeling van preventieprogramma's rekening te houden met de ontluikende genderidentiteit bij jongeren.

Uit de uitgebreide analyse van het seksuele gedrag van de uitgaande jeugd blijkt duidelijk dat er heel wat linken zijn met druggebruik. De onderzoekers pleiten dan ook voor een integrale benadering van seksualiteit en druggebruik in preventie.

Een doorlichting van het uitgevepatroon van gebruikers en niet-gebruikers brengt ook grote verschillen aan het licht. Gebruikers geven meer uit aan activiteiten die gerelateerd zijn aan uitgaan, niet-gebruikers geven relatief meer uit aan culturele activiteiten (bioscoop, theater, ...). Gebruikers lopen ook een hoger risico om in financiële moeilijkheden te raken. Ook hier zijn echter weinig aangrijpingspunten voor preventie te vinden.

Preventie in het uitgaansleven in de Europese Unie

In het voorlaatste hoofdstuk wordt een exhaustief overzicht gegeven van bestaande preventieprogramma's in de Europese Unie

die zich richten op het uitgaansleven. Dit overzicht verduidelijkt nogmaals dat er geen theoretisch kader bestaat voor de implementatie van interventies in de uitgaanssetting. Preventie-initiatieven in het uitgaansleven zijn zelden gestoeld op wetenschappelijke criteria, worden niet vaak geëvalueerd en differentiëren niet binnen de doelgroep van uitgaande jongeren.

Conclusie

In dit boek worden de niet-gebruikers in het uitgaansmilieu centraal gesteld. Deze groep wordt in heel wat onderzoek over het hoofd gezien. Nochtans blijkt uit dit boek dat de studie van de niet-gebruikers ook leidt tot een beter begrip van het gebruik en de interacties tussen gebruikers en niet-gebruikers. Door een analyse van de uitgaanscultuur op zich - eerder dan van de uitgaanders - slagen de auteurs er ook in heel wat preventietips te geven die de klasieke - op het individu gerichte - benadering overstijgen. Preventie moet zich ook richten op een aantal culturele elementen die aan de basis liggen van de idee dat druggebruik een intrinsiek onderdeel uitmaakt van de ontspanningscultuur. Deze culturele eigenheden kunnen samengevat worden als de 'hegemonie van het nachtelijk uitgaansleven', waarin een snelle, oppervlakkige vorm van ontspanning centraal staat.

Fred Laudens

Calafat, A., et al. (2003). *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*. Valencia: IREFREA.

Dit boek kan u integraal downloaden van www.irefrea.org.

Catalogus

Onze catalogus is weer up-to-date! Wat te oud was, hebben we eruit gezwaard. En actuele VAD- en DrugLijnpublicaties zijn overzichtelijk geïnteriseerd, met telkens een beknopte beschrijving van het materiaal en een indicatie van de doelgroep. De meeste items zijn ook voorzien van een illustratie. Verder vindt u er natuurlijk alle praktische bestelinfo. De catalogus is beschikbaar vanaf september.



Psychoactieve medicatie. Cijfers in perspectief (1990-2002)

Hoeveel benzodiazepines werden de voorbije tien jaar verkocht? Nemen vooral jongere of oudere mensen psychoactieve medicatie? Wanneer is er sprake van problematisch gebruik? Hoe ziet het preventiebeleid eruit? Dit boek zoekt, met behulp van cijfers en achtergrondinfo, een antwoord op onder andere deze vragen.

Een uitgebreid artikel over deze publicatie verscheen in het februari-nummer van VAD-berichten.



Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België

In opdracht van VAD onderzocht het Hoger Instituut Voor de Arbeid (HIVA-KU Leuven) het alcoholgebruik naar leeftijd in België. Prof. dr. J. Pacolet en G. Cattaert baseerden zich hiervoor op een analyse van de Gezondheidsenquête en de Huishoudbudgetenquête. De studie is een vervolg op het in 2001 uitgevoerde onderzoek dat resulteerde in het rapport 'Alcoholgebruik en -misbruik in Vlaanderen en België'.



Boodschap in een fles: dossier alcohol

Dit dossier, dat focust op het alcoholgebruik van volwassenen, onderbouwt de 'Alcohol. Bekijk het eens nuchter'-campagne 'Boodschap in een fles'. De volgende items komen aan bod: het product alcohol en de verschillende manieren van gebruik, het alcoholgebruik in België en Vlaanderen, de risico's van alcoholgebruik, het gebruik van alcohol in verschillende settings en ten slotte de combinatie van alcohol met andere drugs.

gebruik in België en Vlaanderen, de risico's van alcoholgebruik, het gebruik van alcohol in verschillende settings en ten slotte de combinatie van alcohol met andere drugs.

BESTELBON

Naam publicatie	bestelcode	eenheidsprijs	aantal	totaal
■ Psychoactieve medicatie. Cijfers in perspectief (1990-2002)	PUB23	€ 15,90		
■ Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België	ALR04	€ 10,00		
■ Boodschap in een fles: dossier alcohol	ALG23	€ 7,50		
■ Dossier ADHD en middelengebruik	PUB24	€ 7,50		
■ Dossier XTC	PUB22	€ 7,50		
■ Onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven	PUB25	€ 7,50		
■ VAD-de DrugLijn-catalogus: beschikbaar vanaf september	DOC	gratis		
totaal				

Naam: _____

Leveringsadres: _____

Facturatieadres: _____

Tel.: _____ Datum bestelling: _____

Handtekening: _____

De prijzen zijn exclusief verzendingskosten en eventuele verpakingskosten.

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

Terugsturen naar:
VAD, E. Tollenaerstraat 15, 1020 Brussel,
fax 02-423 03 34 • e-mail vad@vad.be