

Periodiek van de Vereniging voor
Alcohol- en andere Drugproblemen vzw



VAD-berichten

maart - april 2002 • N2

Versijnt vijf maal per jaar • Afgiftekantoor: 9000 Gent X



AANKONDIGINGEN

VAD-vormingen

- Genderspecifieke aspecten bij problematisch alcoholgebruik
Avondseminarie
30 mei 2002, Wemmel
- Praten over drugs in de klas
4 en 11 juni 2002, Brussel
- Hulpverlening voor drugverslaafden met jonge kinderen
Dagseminarie
11 juni 2002, Brussel

Buitenlandse congressen

- Training in Addiction Research
6-8 mei 2002, Amsterdam

Info:

EATI Staff Office
Mieke Voet
Tel.: +31 20 675 20 41
Fax: +31 20 676 45 91
E-mail: info@eati.org
Website: www.eati.org

- New Dimensions in Promoting Health
Linking health promoting programmes with public policies
11-13 juni 2002, Londen

Info:

New Dimensions Co-ordinator
Tel.: +44 20 8832 7311
Fax: +44 20 8832 7301
E-mail: info@profileproductions.co.uk
Website: www.newdimensions2002.co.uk

- Addictions 2002
Integrating Substance Abuse Treatment and Prevention in the
Community
15-17 september 2002, Eindhoven

Info:

Addictions 2002 Conference Secretariat
Joanne Walton
Tel.: +44 1865 843643
Fax: +44 1865 843958
E-mail: j.walton@elsevier.co.uk
Website: www.addictions2002.com



INHOUD

REDACTIONEEL	p. 3
VAD-ACTIVITEITEN	p. 4
De Druglijn in cijfers	p. 4
Opvoedingsondersteuning voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen	p. 5
Therapeutisch advies: hoe zit het nu?	p. 7
IN DE KIJKER	p. 8
Interculturele bemiddeling en de drugproblematiek	p. 8
VRIJE TRIBUNE	p. 10
Minderjarige drugverslaafden en psychiatrische patiënten moeten plaats ruimen in gesloten instellingen – DM 30/01/02	p. 10
BELEIDSINFO	p. 12
Verfrissend, lekker en trendy	p. 12
Alcohol en limonade in de mix	p. 12
Cel Gezondheidsbeleid drugs	p. 13
Wetsontwerp tot rationalisering van de werking en het beheer van de Nationale Loterij	p. 13
Parlementaire vragen	p. 14
VOOR U GESURFT	p. 15
GETUIGENIS	p. 16
ONDERZOEK	p. 17
Schatting van het alcoholgebruik en -misbruik in Vlaanderen en België	p. 17
Communiceren over genotmiddelengebruik bij adolescenten van Vlaams-Brabant	p. 19
ABSTRACT VERPAKT	p. 21
VERSLAG STUDIEDAG	p. 23
Slotconferentie van het Europese project 'Vulnerable people. Addicted mothers and their young children' ..	p. 23
BOEKENNIEUWS	p. 25
VAD-bibliotheek plaatst catalogus op internet	p. 25
VOOR U GELEZEN	p. 26
KORT GENOTEERD	p. 27
NIEUW MATERIAAL	p. 28

COLOFON

HOOFDREDACTIE:	F. Matthys
REDACTIE:	I. Baeten J. De Swert H. Heyvaert H. Kinable F. Laudens
ILLUSTRATIES:	Kim Duchateau
ABONNEMENTEN:	02-423 03 33
E-MAIL:	vad@vad.be
WEBSITE:	www.vad.be
LAY-OUT & DRUK	Drukkerij EPO 03-239 61 29

Ver. uitg.: S. Ansoms. E. Tollenaerstraat 15, 1020 Brussel



Redactioneel

Is verslaving een vorm van geestesziekte? Mag je mensen die behandeling weigeren, opsluiten? Kan je verwachten dat ze daardoor tot inzicht komen en drugs afzweren? Moet je als ouder lijdzaam toezien hoe je zoon of dochter het verkeerde pad opgaat? Kan niemand iets doen om hen te verplichten hun probleem ten gronde aan te pakken? Beseffen hulpverleners en beleidsmensen wel dat druggebruik catastrofaal kan aflopen?

Veel vragen en nog veel meer meningen werden de laatste weken geventileerd over dit onderwerp. Soms laaiden de emoties sterk op.

Enkele dingen kunnen misschien wel klaarder geformuleerd worden. De wet op de gedwongen opname is een beschermende maatregel waarbij mensen van hun vrijheid beroofd worden om henzelf of hun omgeving tegen acuut gevaar te beschermen: iemand die depressief is en zelfmoord wil plegen; iemand die in de war is, denkt dat zijn buurman door de duivel gestuurd is en hij hem onschadelijk moet maken; iemand die door alcohol of geneesmiddelen zodanig ontremd en verward is dat hij zichzelf of anderen in gevaar brengt. Eens die gevaarssituatie voorbij, wordt ook de gedwongen opname beëindigd. Deze wet is niet bedoeld om mensen therapierijp te maken. Meestal heeft hij op de therapiebereidheid trouwens een averecht effect. Dwang is nu eenmaal geen geschikte methode om mensen in een positieve, bereidwillige stemming te brengen en te motiveren.

Het probleem bij middelenmisbruik is dat wij ons vaak zo machteloos voelen.

Als je ten einde raad naar een dienst of een ziekenhuis belt en de hulpverlener zegt "We kunnen maar helpen als hij het zelf wil, mevrouw!" of "Laat haar maar eens contact opnemen als zij meer gemotiveerd is.", dan voel je je nog machtelozer en ben je boos dat er eerst weer een ongeluk moet gebeuren voor iemand iets doet.

Ouders en ook partners hebben meer nodig dan zo'n laconiek antwoord dat getuigt van weinig betrokkenheid. Hulpverleners kunnen met hen wel op zoek gaan naar de beste weg om de problemen aan te pakken. Soms moeten we ook accepteren dat we het probleem niet direct kunnen oplossen. Er bestaat niet voor alles een pilletje, een infuus, een chirurgische ingreep, een goede bestraling. Sommige problemen zitten zo verweven in een persoon, in zijn functioneren, in zijn leven en in zijn omgeving dat we tijd nodig hebben om de situatie te leren kennen, te begrijpen en te aanvaarden. Pas dan kunnen we adequate stappen zetten naar verandering.

Als je het in je gezin meemaakt, is het soms moeilijk deze afremming van de hulpverlening te verdragen. Je zou naar het einde van de wereld willen vliegen om daar de oplossing te krijgen, hoe pijnlijk en agressief ook, als het maar direct en definitief is. Maar dat blijkt juist niet te kunnen. Verslaafd worden is een langdurig proces met veel lichamelijke, psychische, relationele en sociale aspecten. Het genezingsproces is even complex en langdurig. Maar hierbij kan zowel de verslaafde als zijn/haar omgeving wel hulp krijgen, hulp die ondersteunend en veranderend kan zijn en meer garanties biedt op een definitieve evolutie dan een korte, drastische ingreep.

Frieda Matthys

De DrugLijn in cijfers

2001 was een 'bewogen' jaar voor de DrugLijn. Het werd gekenmerkt door personeelwissels en vooral door de voorbereiding en implementatie van een vernieuwde vrijwilligerswerking (het was tenslotte het Internationale Jaar van de Vrijwilliger). Daarnaast was er 'Bedrogen?', de opgemerkte campagne over partydrugs, de onvermijdelijke impact van de federale Drugnota op de oproepen en de records aan telefoongesprekken, die bijna van maand tot maand sneuvelden.

Aantal gesprekken: een forse upper ... Aantal oproepen: een downer, maar da's goed nieuws

Dé belangrijkste vaststelling is dat het aantal effectief gevoerde gesprekken fors is toegenomen. Dat aantal had zich de voorbije jaren gestabiliseerd, maar steeg vorig jaar van 5.818 naar 6.442. Deze stijging met bijna 11% is de grootste stijging sinds 1997, toen de DrugLijnpermanentie van 42 uur naar 51 uur per week en het personeelsbestand van 2,5 naar 3 full-timedewerker werd uitgebreid.

In totale tijdsduur uitgedrukt komen de effectief gevoerde gesprekken neer op 79.624 minuten. Het jaar voordien bedroeg dat 68.499 minuten, wat een toename met meer dan 16% betekent. Met andere woorden: er werd 185 uur meer getelefoneerd.

Een evolutie die minder vrolijk stemt is dat het aantal 'uitval'-gesprekken sterk is toegenomen. Het totale aantal steeg van 557 naar 727. In 8 op 10 gevallen gaat het daarbij om stille oproepen en bellers die onmiddellijk inhaken. De overige omvatten nep- en seksbellers en mensen die beweren verkeerd verbonden te zijn.

Voorts valt ook een forse daling op van het aantal oproepen buiten de openingsuren. De beller hoort dan een infobandje. Dat aantal daalde met maar liefst 27%. Die daling is goed nieuws: het is een trend die zich sinds twee jaar doorzet en die vooral toe te schrijven is aan het feit dat sinds twee jaar onze openingsuren opgenomen zijn in de telefoongidsen.

De som van de drie hierboven vermelde categorieën oproepen geeft een beeld van het totale aantal oproepen. Onderstaande tabel leert dat de DrugLijn haar achtste werkjaar afsloot met een lichte daling van het totale aantal oproepen: 11.013 oproepen tegenover 11.628 in 2000. Toch willen we nogmaals benadrukken dat dit een positieve evolutie is, aangezien het aantal effectief gevoerde gesprekken in dit totaal sterk is toegenomen.

Wie belt de DrugLijn?

Er bellen nog steeds veel meer vrouwen (63%) dan mannen (37%) naar de DrugLijn. Tijdens de vorige acht jaar steeg het aantal vrouwelijke bellers van jaar tot jaar. Opvallend genoeg merken we dat het voorbije

jaar aan die trend een einde kwam: de mannelijke bellers pikten terug een procentje in.

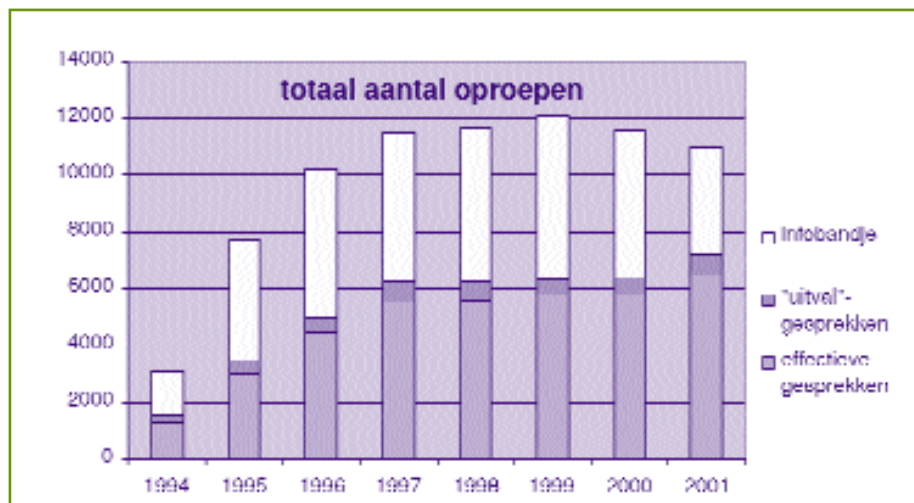
De leeftijd van de bellers varieerde van 9 tot 80 jaar. Zoals voorgaande jaren blijven de bellers tussen 16 en 25 jaar en tussen 36 en 50 jaar de belangrijkste groepen. In het eerste geval gaat het vaak om jonge of experimenterende gebruikers met concrete vragen over risico's en effecten. De tweede categorie bestaat voor een groot deel uit bezorgde ouders met vragen over de aanpak van het druggebruik van hun kind. In vergelijking met vorig jaar valt op dat de categorie bellers tussen 25 en 35 jaar toenam.

Wie belde	%
Gebruiker of ex-gebruiker	26
Ouder	30
Gerelateerde (partner, familie, vriend)	19
Intermediair (in het kader van preventie)	13
Intermediair (in het kader van hulpverlening)	5
Geïnteresseerde of andere	7
Totaal	100

(Ex-)gebruikers en ouders blijven veruit de belangrijkste categorieën bellers. Vorig jaar nam het aantal bellers in de categorie geïnteresseerde licht toe. Dit lijkt hand in hand te gaan met de grotere belangstelling voor de DrugLijnwerking in het algemeen (onder andere van de pers en naar aanleiding van de 'Bedrogen?'-campagne).

Pilletjes, poedertjes, plantjes en drankjes ...

Van de theorie voor een schoolopdracht, over de bezorgdheid om kind, vriend of



familieid, tot vragen bij het eigen gebruik, ... wie naar de DrugLijn belt heeft meestal vragen die gelinkt zijn aan één of ander product. Het verbaast dus niet dat in bijna 80% van alle gesprekken één of meerdere producten aan bod kwamen.

Belangrijkste product	%
Cannabis	42
Alcohol	19
Speed	12
XTC en aanverwante (onder andere PMA)	10
Cocaïne	10
Medicatie	7
Heroïne	6

Cannabis is meer dan ooit de drug waarover we de meeste vragen krijgen. Dat aantal vragen nam in 2001 nog toe met maar liefst 4%. De brede maatschappelijke en politieke discussie over de federale Drugnota is daarvan duidelijk de oorzaak. Op het moment dat de Drugnota bekend gemaakt werd (februari) steeg het aantal vragen over cannabis zelfs tot 51%. Een andere indicatie voor de impact van de Drugnota is de forse toename van het aantal vragen over wetgeving dat steeg van 10 naar 14%. De DrugLijn heeft zich van bij de bekendmaking van de Drugnota geprofileerd als kanaal waar correcte en up-to-date informatie kon ingewonnen worden en heeft die rol blijkbaar naar behoren vervuld.

Stimulerende synthetische drugs, zoals speed, XTC en aanverwante, vormen een verhaal apart in onze registratiegegevens. Daar waar twee jaar terug over deze groep in totaal nog zo'n 33% van de vragen kwam, viel dat aantal in 2000 terug tot 28%, om vorig jaar verder te zakken tot 23%. Een eenduidige verklaring daarvoor is niet te vinden. Wat wel duidelijk blijkt, is dat de 'Bedrogen?'-campagne in november voor een duidelijke toename zorgde van het aantal vragen over deze producten. In elk geval blijft deze categorie de op één na belangrijkste in het rijtje van producten. Wat opvalt is dat speed boven XTC en aanverwante uitsteekt. De DrugLijn probeerde speed op een persconferentie in 1999 al onder de aandacht te brengen. Toch blijft het gevoel dat speed (breder maatschappelijk gezien) zelden ter sprake komt en zijn reputatie van 'meest over het hoofd geziene drug' blijft waarmaken.

Het aantal vragen over *alcohol* blijft, ondanks alle heisa over alcopops, stabiel, terwijl het aantal vragen over *medicatie* wel significant toenam. Wat *cocaïne* betreft blijft het aantal vragen constant, terwijl het aantal vragen over *heroïne* licht steeg.

Een stap verder: doorverwijzen

De DrugLijn vervult een belangrijke doorverwijsfunctie naar het preventiewerk en de drughulpverlening. De telefoonbeantwoorders proberen zich met zoveel mogelijk gevoel voor nuancering van deze taak te kwijten. In 43% van de gesprekken kreeg de beller één of meerdere doorverwijsadressen mee.

In 2001 werd doorverwezen naar:

Doorverwezen naar ...	%
Ambulante drughulpverlening (DC, CGG, MSOC, ...)	54
Residentiële drughulpverlening (CIC, PC, PZ, PAAZ, TG, ...)	19
Ambulante GGZ (niet drugspecifiek)	17
Algemene eerstelijnsinstanties (huisarts, AZ, infolijnen, politie, ...)	14
Zelfhulpgroepen	11
Welzijns- en infocentra (CAW, JAC, CLB, CBJ, Justitiehuisen, ...)	10
VAD en DrugLijnsecretariaat	6

Tom Evenepoel
Coördinator DrugLijn

Deze cijfers kan u ook raadplegen op onze website www.druglijn.be. Wie meer info wil over wie, wanneer en waarvoor naar de DrugLijn belde, kan het uitgebreide jaarverslag opvragen op het nummer 02-423 03 33 of vad@vad.be.

Opvoedingsondersteuning voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen

Het laatste decennium is er zowel vanuit het werkveld als in wetenschappelijk onderzoek een stijgende interesse voor de drugproblematiek van specifieke cliëntgroepen. Zo is er ook voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen steeds meer aandacht. In het najaar van 2000 werd in opdracht van VAD een vooronderzoek uitgevoerd over opvoedingsondersteuning voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen' (Derluyn, Vanderplasschen & Broekaert, 2000). Er werd een inventaris gemaakt van modellen en opvoedingsondersteunende methodieken die gebruikt worden in de hulpverlening aan en ondersteuning van drugverslaafde ouders en hun kinderen.

Uit dit onderzoek bleek dat diverse voorzieningen en instanties uit verschillende werkvelden betrokken zijn bij de onder-

steuning van deze doelgroep. Dit betekent niet alleen dat er heel wat verschillende visies en methodieken worden gehanteerd,

maar ook dat de afstemming vaak niet van een leien dakje loopt.

Op basis van de resultaten van dit vooronderzoek werden vorig jaar in opdracht van VAD twee pilootprojecten opgezet. Doelstelling van beide projecten was één of meerdere werkvormen te ontwikkelen en toe te passen, de ene in een residentiële setting, de andere in een ambulante werkvorm. De Kiem, project Tipi, werkte een residentieel programma uit. Het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) Genk (de CAD Limburg) nam het ambulante programma voor haar rekening.

¹ Derluyn, I., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). *Drugverslaafden met jonge kinderen. Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen*. VAD: Brussel.

Beide projecten resulteerden in een draaiboek. In beide draaiboeken krijgen zowel methodieken voor individuele opvoedingsondersteuning als voor opvoedingsondersteuning in groepen hun plaats. Omdat dat zowel de achtergronden als het programma, de implementatie en de evaluatie uitgebreid beschrijven, zijn ze een praktisch instrument en ondersteuningsmiddel. Naast de inhoudelijke aspecten is veel aandacht voorzien voor concrete implementatie en structurele aanpassingen van de voorziening.

Deze draaiboeken zijn inspirerend voor andere hulpverleners en reiken handvatten aan om in de praktijk met deze doelgroep te werken. We geven u een korte beschrijving van beide draaiboeken.

Opvoedingsondersteuning voor drugverslaafde ouders in een ambulante setting²

De bedoeling van dit draaiboek is ambulante diensten die werken met drugverslaafde ouders, handvatten aan te reiken om bestaande programma's uit te breiden met meer op maat gesneden opvoedingsondersteunende initiatieven.

Het draaiboek beschrijft onder meer enkele criteria waaraan opvoedingsondersteunende initiatieven voor deze gezinnen in een ambulante setting moeten voldoen. De eigenheid van deze doelgroep, de complexiteit van de problematiek en de vaak problematische relatie die zij met hulpverleningsinstanties onderhouden zijn belangrijke uitgangspunten. Verder bevat het een analyse van de beschermende en de risicofactoren in de opvoedingssituatie in deze gezinnen. Die analyse leidt tot de formulering van een aantal werkpunten, waarop opvoedingsondersteuning zich moet focussen.

Als een ambulante dienst overweegt om haar hulpverleningsprogramma uit te breiden met opvoedingsondersteuning, moet ze er rekening mee houden dat netwerkvorming en samenwerking essentieel zijn. Daarnaast is een eenduidige, positieve

visie op deze gezinnen zeer belangrijk om een veilig en duidelijk kader te scheppen. Naast visie is ook de nodige kennis en expertise vereist, zowel op het vlak van de drugproblematiek, als op het vlak van pedagogische thema's. Hieruit blijkt dat een vormingsaanbod zeker geen overbodige luxe is.

Het draaiboek schuwt ook de praktische aspecten van opvoedingsondersteuning niet. Hoe ondersteun je drugverslaafde ouders bij het opvoeden van hun kinderen, waardoor is dit anders dan bij andere ouders, welke aanpassingen van bestaande methodieken kan je overwegen om nauwer aan te sluiten bij de eigenheid van de doelgroep, ... ?

Op al deze vragen worden mogelijke antwoorden geformuleerd, waarbij opvoedingsondersteuning op maat van de ouders steeds de leidraad vormt. Dit houdt in dat bij de aanvang van de begeleiding de gezinssituatie grondig geanalyseerd moet worden. Een volgende stap is dan casegebonden overleg met alle betrokken hulpverleners (multi-disciplinair en multi-sectorieel), dat zorgt voor een op elkaar afgestemde, duidelijke aanpak met gepaste evaluatiemomenten.

Daarnaast wordt uitgebreid stilgestaan bij de verschillende mogelijke opvoedingsondersteunende methodieken. Vertrekkend van de eigenheid van de doelgroep krijgen we enkele aanbevelingen om de 'traditionele' methodieken aan te passen. Flexibiliteit, creativiteit en moed om verder te kijken dan de bestaande methodieken zorgen voor een nauwere aansluiting bij de doelgroep. Enkele voorbeelden illustreren dit.

Opvoedingsondersteuning voor drugverslaafde ouders in een residentiële setting³

Er zijn vier centrale factoren die van belang zijn bij het werken met deze doelgroep in een residentiële ouder-kindvoorziening: de kenmerken van de ouder, de kenmerken van het kind, de kenmerken van het gezin, het sociale en het professionele netwerk en ten slotte de specifieke kenmerken van de

opvoeding en de opvoedingssituatie in deze gezinnen. Die vormen het raamwerk voor de verdere uitbouw van een residentiële ouder-kindvoorziening.

Het draaiboek gaat in op inhoudelijke en programma-elementen. Het staat stil bij de ondersteuning van de ouder en van het kind, de ondersteuning van de relaties met de familie, het sociale en het professionele netwerk en de pedagogische ondersteuning. Verder is er ook aandacht voor de specifieke ondersteuning van zwangere vrouwen en moeders met een pasgeboren kind en voor nazorg.

De auteurs staan stil bij een aantal visies op opvoedingsondersteuning en bij de verschillende fases in opvoedingsondersteuning in het programma. Ze hebben ook aandacht voor de implementatie van verschillende opvoedingsondersteunende methodieken in een residentiële setting voor drugverslaafde ouders met jonge kinderen, waaronder individuele begeleiding van ouder, kind en van ouder en kind samen, handelingsplanning en video-interactiebegeleiding. Zowel uit de eerste wetenschappelijke evaluatie, die uitgevoerd werd door de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent, als uit de eigen evaluatie in de Tipi blijkt dat video-interactiebegeleiding een belangrijke meerwaarde kan bieden aan de opvoedingsondersteuning van drugverslaafde ouders met jonge kinderen. De niet-bedreigende, positieve visie van waaruit deze methodiek vertrekt, samen met het non-verbale karakter van de videobeelden, zijn elementen die deze methodiek toegankelijk maken voor moeders en ervoor zorgen dat opvoeding bespreekbaar wordt zonder dat de moeders zich bedreigd voelen.

Ook opvoedingsondersteuning in groep komt aan bod. De auteurs gaan onder meer in op de implementatie van oudercursussen en oudergroepen in een ouder-kindvoorziening.

Dave Smits en Lin De Bruyn, de CAD Limburg
Ilse Derluyn, Vakgroep Orthopedagogiek,
Universiteit Gent
Geert Verstuyf

² De Bruyn, L. & Smits, D. (2002). *Drugverslaafde ouders met jonge kinderen. Concept- en methodiekontwikkeling voor opvoedingsondersteuning in een ambulante setting*. VAD: Brussel.

³ Derluyn, I. et al. (2002). *Drugverslaafde ouders met jonge kinderen. Concept- en methodiekontwikkeling voor opvoedingsondersteuning in een residentiële setting*. VAD: Brussel.

Therapeutisch advies: hoe zit het nu?

Standpunt van de hulpverlenings- en welzijnssector

De hulpverlenings- en welzijnssector formuleerde op 12 december 2001 tijdens een hearing haar standpunt over het voorstel van Koninklijk Besluit (KB) over therapeutisch advies (TA). Deze hearing werd georganiseerd door prof. dr. Joris Casselman onder impuls van de Werkgroep Justitie-Hulpverlening. Deze werkgroep werd in het kader van de federale Drugnota opgericht om voorstellen te doen om de samenwerking tussen de justitiële sector en de drughulpverlening te optimaliseren. Op de hearing nodigden we vertegenwoordigers van de drughulpverlening uit. Zowel hulpverleningscentra die TA aanbieden als diensten die dat niet doen waren vertegenwoordigd.

De hearing resulteerde in een duidelijk en genuanceerd standpunt. Onze sector formuleerde niet alleen een consensus over de in het KB voorgestelde werkvorm. Ook over de huidige werkvorm, zoals deze tot op heden steeds werd uitgevoerd en die niet in het KB-voorstel aan bod kwam, konden de voor- en tegenstanders van deze werkvorm tot een eensgezind standpunt komen.

Wat is therapeutisch advies?

TA, zoals tot op heden toegepast, is een vorm van vroeghulp waarbij een hulpverleningscentrum één of meerdere probleemverkennde gesprekken voert met jongeren (minderjarigen en meerderjarigen) die betraapt werden op druggebruik of -bezit en hiervoor geverbaliseerd werden. De bedoeling is jongeren die problemen ervaren op het vlak van druggebruik of andere levensdomeinen zo vroeg mogelijk te detecteren. Samen wordt dan bekeken of begeleiding voor deze problemen aangewezen is. De mogelijkheid van een individueel gesprek met een hulpverlener wordt tijdens of kort na de verbalisatie door de verbalisant zelf of het parket aan de geverbaliseerde vrijblijvend aangeboden in die regio's waar hierover afspraken met een hulpverleningsdienst werden gemaakt. Aan deze werkvorm is een terugkoppeling van informatie naar het parket gekoppeld. Niettegenstaande het vrijblijvende karakter van het aanbod, ervaart de jongere in deze situatie meestal wel een zekere justitiële druk. Voor sommigen kan dit aanbod dan ook werken als een stok achter de deur.

De praktijk

Het aantal hulpverleningscentra die TA aanbieden (in hoofdzaak Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg) is in de loop der

jaren toegenomen. De tendens om de drugproblematiek minder repressief en meer hulpverleningsgericht te benaderen, heeft hier waarschijnlijk toe bijgedragen. De afspraken over de uitvoering van TA tussen de hulpverleningsdienst die voor de regio TA uitvoert en de politiediensten en het parket van die regio, kunnen per regio heel sterk verschillen. Dit heeft vooral te maken met het feit dat deze werkvorm op lokale gronden wortel heeft geschoten. Een hulpverleningscentrum dat met TA wou beginnen, heeft meestal een oudere pionier uit de eigen rangen als voorbeeld genomen. Maar afhankelijk van dikwijls heel uiteenlopende samenwerkingsmotie-

ven en visies op de doelstellingen van TA van de betrokken actoren, verschenen telkens nieuwe variaties. Eens het systeem liep, bleken vooral de afspraken over het doorgeven van informatie over de aanwezigheden van de cliënt en de formulering van het TA het meest te wijzigen. Een duidelijke taak- en terreinafbakening tussen beide sectoren en meer uniformiteit in de uitvoering en de werkafspraken drongen zich meer en meer op in het werkveld.

Het voorstel van KB

In opvolging van de Drugnota deed de overheid eind 2001 een poging om voor deze werkvorm, die zich situeert in de grijze zone tussen justitie en hulpverlening en tot op heden niet wettelijk erkend is, een duidelijk kader te scheppen. Zij deed dit in de vorm van een voorstel van KB.

Het voorgestelde kader voor TA verschilt op meerdere punten van de huidige gang van zaken. De meest in het oog springende verschillpunten zijn de volgende:

1. De *doelgroep* aan wie TA zou kunnen aangeboden worden, is veel ruimer opgevat. De justitiële sector wil ook personen die in een verder stadium van de strafrechtsbedeling zitten naar externe hulpverlening doorsturen.
2. De *aanvragers* van TA zouden niet meer enkel de politiediensten of het parket



- zijn, maar ook procureurs, onderzoeksrechters en rechters ten gronde.
3. De *doelstellingen* van de werkvorm lijken ons niet zozeer in functie van de cliënt geformuleerd, dan wel in functie van de rechtsbedeling. De vraag aan de hulpverlener "Zeg ons welke maatregel wij het best opleggen" klinkt hier zeer duidelijk door.
 4. Voor de goede gang van zaken bij de uitvoering en organisatie van TA wordt per gerechtelijk arrondissement een nieuwe functie in het leven geroepen, namelijk deze van *justitiële casemanager*.

Het standpunt van onze sector

Het standpunt dat op de hearing op 12 december 2001 geformuleerd werd, houdt drie belangrijke aspecten in:

1. Onze sector pleit voor een *differentiëring* in doelgroep en werkvorm. Naast (1) de niet-geformaliseerde doorverwijzingen naar hulpverleningscentra, die nog altijd moeten kunnen gebeuren, pleit

onze sector voor (2) het behoud van de huidige werkvorm van TA voor *beginnende* gebruikers, omwille van de preventieve meerwaarde. Wij zouden deze huidige werkvorm ook graag gekoppeld zien aan *seponering*. De uitvoering van de in het KB voorgestelde werkvorm (3) beschouwen wij eerder als een 'gerechtelijk advies' en vinden wij enkel zinvol voor personen die voor *zwaardere drugdelicten* zijn geverbaliseerd of reeds meerdere keren in aanraking kwamen met het gerecht. Dit is dan de doelgroep die niet voor seponering in aanmerking zou komen. De dispatching van de geverbaliseerde naar één van deze drie mogelijkheden zou eventueel een onderdeel kunnen zijn van het takenpakket van de justitiële casemanager.

2. Onze sector ziet het duidelijk niet als taak van onze hulpverleningsinstellingen om dergelijke 'gerechtelijke onderzoeken' te verrichten. Onze sector *weigert* unaniem zich hiervoor in te schakelen, aangezien wij geen vervloeiing van finaliteiten kunnen toestaan. Wij zien de uitvoering van

dergelijk 'expertiseonderzoek' eerder als een taak van de gerechtelijke adviseurs en/of van de justitiële casemanagers.

3. Onze sector suggereert eveneens een naamswijziging voor beide werkvormen en wenst alvast de huidige werkvorm voortaan '*begeleidingsadvies*' noemen. De term 'therapeutisch' blijkt bij nader inzien niet de juiste lading te dekken en bleek bij de jongeren de drempel naar de hulpverlening enigszins te verhogen.

Wat nu?

Momenteel ligt het voorstel van KB ter goedkeuring voor bij de Raad van State. Aangezien de definitieve tekst van het KB-voorstel geen fundamentele wijzigingen inhoudt, die aan onze standpunten tegemoet komen, zal het voor de welzijns- en hulpverleningssector uiterst belangrijk zijn het hierboven geformuleerde standpunt eensgezind te blijven verdedigen.

Nadine Roose

IN DE KIJKER

Interculturele bemiddeling en de drugproblematiek

VAD-berichten ging praten met Birsen Cetin. Zij is als intercultureel bemiddelaar voor de Turkse gemeenschap verbonden aan de CAD Limburg. Samen met haar collega, Malika Boukbir, intercultureel bemiddelaar voor de Marokkaanse gemeenschap, probeert zij het aanbod van de CAD Limburg af te stemmen op de vragen van de Turkse en Marokkaanse gemeenschap. We kregen een enthousiast verhaal over de successen en moeilijkheden die zij ervaart.

VAD-berichten: Je collega en jij zijn interculturele bemiddelaars. Wat houdt die functie precies in?

Birsen: Op het vlak van preventie betekent het voorlichting en vorming geven en participeren aan overleg. Het is dus grosso modo hetzelfde als 'gewone' preventie. Onze doelgroep zijn Turkse en Marokkaanse ouders van de eerste generatie. Jongeren spreken meestal wel Nederlands en zij worden ook bereikt via de jeugdverenigingen en de school, vandaar dat wij ons specifiek tot de ouders richten. We hebben

specifieke kanalen en methoden om hen te bereiken. Moeders bereiken we vooral via buurthuizen, taalgroepen en huisbezoeken, vaders via het verenigingsleven, wat kan gaan van moskeeverenigingen tot caféverenigingen.

In hulpverleningsgesprekken zorgen wij voor culturele vertaling. We noemen het culturele vertaling, omdat het meer is dan alleen letterlijk vertalen. We proberen ervoor te zorgen dat cliënt en hulpverlener elkaar zo goed mogelijk begrijpen. Zowel voor preventie als voor hulpverle-

ning is het dus erg belangrijk dat ik Turks ken en mijn collega Arabisch. Waar nodig vertalen we, maar we zijn geen beëdigde tolken. We zorgen vooral voor een culturele vertaling.

VAD-berichten: Worden jullie bij de hulpverleningsgesprekken betrokken op vraag van de cliënt, van de hulpverlener of van beide?

Birsen: Als een cliënt van Marokkaanse of Turkse origine door de CAD begeleid wordt, zijn wij er van het eerste tot het laatste gesprek bij betrokken. Dat is de procedure en dat wordt ook zo duidelijk gemaakt aan de cliënt. Het komt wel eens voor dat de cliënt bezwaar heeft, omdat hij zich niet op zijn gemak voelt, omdat wij ook van Turkse, respectievelijk Marokkaanse origine zijn. Daar hebben wij het volste respect



voor en dan zullen we ook niet bij de gesprekken aanwezig zijn.

Meestal zijn de cliënten blij dat we erbij zijn. In vele gevallen moeten we ook echt letterlijk vertalen omdat de cliënt geen of weinig Nederlands spreekt.

Er komen bij de CAD natuurlijk nog mensen van andere origines, maar omwille van het taalprobleem kunnen wij enkel mensen helpen die Turks of Arabisch spreken.

VAD-berichten: Hoe pakken jullie de voorlichtingen en vormingen aan in het kader van preventie?

Birsen: Een eerste belangrijk punt is dat we mannen en vrouwen steeds apart benaderen. In een eerste stap leggen we uit wie wij en de CAD zijn. We geven informatie over waar ze terecht kunnen voor informatie en hulpverlening.

We hebben ook een Marokkaanse en een Turkse preventiefilm met Nederlandse ondertiteling. Die gebruiken we om het onderwerp drugs bespreekbaar te maken. Na de film worden sommige vrouwen erg emotioneel, omdat het allemaal zeer herkenbaar is. De film is heel realistisch gemaakt en dat roept veel op. In de film wordt een gemakkelijke taal gesproken, echt begrijpbaar. Nadien volgt een bespreking van de film.

VAD-berichten: Wordt er gemakkelijk over het thema drugs gepraat of merk je dan nog dat het een taboe-onderwerp is?

Birsen: Dat merk je toch wel, hoor. Sommigen durven er wel vragen over stellen en praten er wel over, maar niet iedereen. Wat ook opvalt is dat ze niet direct in eigen naam vragen stellen, maar het hebben over 'de buurvrouw' of een kennis. Soms merk je dan dat het een rechtstreekse hulpvraag van henzelf is. Als iemand met een rechtstreekse hulpvraag komt verwijzen we soms ook door naar de hulpverlening.

VAD-berichten: In een onderzoek dat het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) in Antwerpen deed werd vastgesteld dat de allochtone gemeenschap dikwijls heel weinig zicht heeft op welke hulpverleningsmogelijkheden er zijn. Herken je dat zelf ook?

Birsen: Ja, het komt vaak voor dat mensen daar heel weinig over weten. Als ze er al eens over gehoord hebben, blijft het vaak

ook bij 'er eens over gehoord hebben', maar er niet meer over weten. Ze hebben misschien wel eens van de CAD gehoord, maar ze weten niet wat het is, waarvoor het staat, hoe we hier werken.

VAD-berichten: Jullie zijn ook gestart met een proefproject 'Tuppercare'. Hoe gaat dat in zijn werk?

Birsen: Het project werkt volgens het verkoopssysteem van Tupperware, dat iedereen wel kent. Het is gebaseerd op de theorievorming over empowerment.

We hebben bij dertig Turkse en dertig Marokkaanse moeders in de wijk Meulenberg in Houthalen een enquête afgenomen tijdens een huisbezoek. Deze enquête is een aangepaste versie van de enquête van het Arraziproject in Amsterdam. We hebben vooraf een brief geschreven om ons voor te stellen en aan te kondigen dat we zouden langskomen. Vervolgens zijn we echt van deur tot deur gaan aanbellen. We hebben ons beperkt tot Turkse en Marokkaanse moeders met kinderen tussen tien en vijftientwintig jaar. Met die enquête wilden we te weten komen waar die moeders precies behoefte aan hebben. De enquête was wel zo opgemaakt dat we niet meteen met de deur in huis vielen en onmiddellijk vragen stelden over drugs. Op basis van de resultaten van de enquête wordt de inhoud van de Tuppercaremomenten vastgelegd. Voor de Tuppercaremomenten zoeken we sleutelfiguren uit de wijk, bijvoorbeeld iemand bij wie ze elke woensdagnamiddag thee gaan drinken. Zo'n sleutelfiguur fungeert als gastvrouw. Het wordt aan haar overgelaten wie zij uitnodigt: familie, kennissen, wie dan ook. Het moeten niet noodzakelijk mensen van de wijk zijn. Ik heb net een eerste sessie achter de rug. Er waren zes à zeven vrouwen. Voor de gastvrouw voorzien we ook een geschenk omdat we bij hen thuis informatie mogen komen geven. De meerwaarde van dit systeem is dat we ook vrouwen bereiken die we via het verenigingsleven niet zouden bereiken. De vrouwen krijgen de gelegenheid om in een vertrouwde en gekende sfeer het thema drugs te bespreken. Dit is een laagdrempelige manier van voorlichting geven en spreekt de vrouwen daardoor meer aan.

VAD-berichten: Aan welke informatie bleken de vrouwen vooral behoefte te hebben?

Birsen: Ze hebben vooral vragen over opvoeden en grenzen stellen en over het herkennen van signalen van druggebruik. Ik heb uit de enquête bij de Turkse moeders bijvoorbeeld ook kunnen opmaken dat 70% van de bevroegden kon lezen en schrijven. Dit betekent dat ik tijdens de Tuppercaremomenten ook foldertjes kan uitdelen of dat ik schriftelijke oefeningen kan voorbereiden.

VAD-berichten: Als je zo bij de mensen thuis komt, wordt het dan niet moeilijk om het onderscheid te maken tussen je werktijd en je eigen tijd?

Birsen: Mijn collega woont in de wijk waar we de enquête hebben afgenomen, dus voor haar was het in het begin niet altijd even makkelijk, maar uiteindelijk moet je wel een lijn trekken. Mensen leren je immers kennen als iemand die hen kan helpen en ze doen wanneer dan ook beroep op je, zowel voor hulpvragen als voor informatievragen.

Doordat mijn collega al gekend was in de wijk, kon ze wel makkelijker contacten leggen. Of je nu in de wijk woont of niet, als je bij mensen aan huis gaat is het makkelijker om een vertrouwensrelatie op te bouwen en dat is erg belangrijk.

VAD-berichten: Doordat jullie bekendmaken dat er interculturele bemiddelaars bij de CAD zijn, worden er waarschijnlijk hoge verwachtingen geschapen. Kunnen jullie ook altijd aan die verwachtingen beantwoorden?

Birsen: Voor zover we kunnen, proberen we dat zeker. De hulpverlening wordt er alleszins toegankelijker door voor heel wat mensen. Anderzijds gebeurt het ook wel dat het omgekeerd werkt, dat mensen zich eerder bedreigd voelen dan meer op hun gemak. Als er bijvoorbeeld iemand komt uit de stad waar ik woon en ze weten wie ik ben, kunnen ze uit schaamtegevoel het moeilijk hebben om de stap naar hier te zetten. Meestal zijn de mensen echter opgelucht dat er iemand is die hun taal begrijpt zodat ze zich daar al geen zorgen meer over moeten maken.

VAD-berichten: Zijn jullie ook betrokken in lokaal overleg?

Birsen: Inderdaad, vergaderen en overleg is ook een deel van onze job. We zijn actief

in de verslavingsstuurgroep in Houthalen omdat we door de gemeente Houthalen gedetacheerd zijn naar de CAD. We gaan ook regelmatig naar de migrantenraad van Houthalen en ook naar die van Genk omdat Genk de grootste Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroep heeft. Door regelmatig aanwezig te zijn, blijven we op de hoogte van wat er reilt en zeilt en kunnen we ook steeds opnieuw ons aanbod bekendmaken.

VAD-berichten: Denk je dat preventiewerkers van Belgische origine hetzelfde zouden kunnen bereiken als jullie?

Birsen: Voor wij er waren hebben ze alleszins ook deze voorlichtingen en vormingen gegeven, maar ik denk dat zij ook hebben ervaren dat ze het culturele aspect misten. De informatie overbrengen kan wel, maar het gaat ook over wat tussen de lijntjes gezegd en gedaan wordt. Zij hebben ook ervaren dat er behoefte was aan iemand

die de eigen taal van de mensen kon verstaan. Taal en cultuur zijn heel belangrijk. Het is ook belangrijk dat je op een gemakkelijke en verstaanbare manier met hen kan praten zodat er niet nog meer vragen gecreëerd worden dan er al zijn.

VAD-berichten: Hartelijk dank voor dit gesprek.

Inge Baeten

VRIJE TRIBUNE

Minderjarige drugverslaafden en psychiatrische patiënten moeten plaats ruimen in gesloten instellingen – DM 30/01/02

Eind januari 2002 besliste de federale overheid om het plaatsgebrek in de gesloten gemeenschapsinstellingen op te lossen door jongeren die daar niet thuishoren, zoals drugverslaafden en psychiatrische patiënten, te weren uit deze instellingen. Deze jongeren moeten opgevangen worden door respectievelijk de opvang- en behandelingscentra voor drugverslaafden en de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Wij vroegen een reactie aan drie tenoren uit de alcohol- en drugsector: prof. dr. Joris Casselman, docent Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg aan de KU Leuven, Johan Maertens, directeur van De Sleutel en dr. Stan Ansoms, hoofd Departement voor Afhankelijkheidsproblemen, PC Broeders Alexinanen, Tienen.

Andermaal instantcrisisbeleid in plaats van degelijk preventiebeleid

Sedert ruim twee jaar was het voor de overheid reeds duidelijk dat, in overleg tussen de bevoegde federale en gemeenschapsinstanties, dringend een gezamenlijk alternatief moest worden gevonden voor de onmiddellijke plaatsing van jongeren die een zeer ernstig misdrijf gepleegd hebben. De noodzaak van een alternatief drong zich op om te voorkomen dat vanaf begin 2002 een chronische crisissituatie acuut zou worden.

Op het moment dat dit alternatief met de nodige wettelijke beschikkingen had moeten klaar zijn, ontdekt men plots dat een aanzienlijk aantal jongeren niet op hun plaats zit in de gesloten gemeenschapsinstellingen. Druggebruikers en jongeren met psychiatrische problemen zouden moeten doorgesluisd worden naar de drughulpverlening en de jeugdpsychiatrie.

Een kritische observator stelt echter niet alleen vast dat daar evenmin plaatsen beschikbaar zijn, maar vooral dat in het verleden niet werd ingegaan op de vraag van deze twee geïsoleerde sectoren om voldoende te investeren in de opvang van minderjarige gerechtscliënten. Dit is zonder meer een schoolvoorbeeld van kortetermijn-crisisbeleid op zijn Belgisch.

Al sinds lang is er voor probleemjongeren dringend nood aan een meer daadkrachtige ondersteuning van een preventief beleid op lange termijn. Een dergelijk preventief beleid dient zich niet alleen te richten op (een alles samen nog beperkte groep van) extreem problematische jongeren. Een dergelijk beleid moet jongeren als belangrijke bevolkingsgroep in zijn geheel in rekening nemen. Wanneer jongeren op vlak van preventie en hulpverlening verwaarloosd blijven, zal de overheid in de toekomst nog met veel meer acuut wordende chronische crisissituaties geconfronteerd worden. Een opval-

lend gegeven is bijvoorbeeld dat veel jonge daders van ernstige misdrijven voordien het slachtoffer werden van mensonterend gedrag van volwassenen en dat zij daarbij onvoldoende opvang hebben gekregen. Ook de overgang van minderjarigheid naar meerderjarigheid van jongeren in het algemeen en probleemjongeren in het bijzonder, vertoont grote lacunes in de zo vaak aanbevolen continuïteit van zorgen. In een breed preventief perspectief gaat het uiteraard niet alleen over manifest problematische jongeren, maar over een grote groep mensen die zich in een overgangssituatie bevindt tussen kind en volwassen zijn, met inbegrip van manifest problematische jongeren.

Prof. dr. Joris Casselman, Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg, KU Leuven

Minderjarigen en de drugproblematiek

Op dit ogenblik wordt ons vanuit de gesloten gemeenschapsinstellingen gevraagd om opvang, behandeling en doorstroommogelijkheden voor minderjarigen met een drugproblematiek te voorzien. Onze stelling is de volgende:

Prioritair en als basis voor alle volgende acties moet primaire preventie georganiseerd worden. Deze krijgt onder andere vorm door te focussen op structurele inter-

actieve training van sociale vaardigheden vanaf de jongste kinderjaren. Kind, ouders, leerkracht en de ruimere omgeving worden hierbij betrokken. Het maximaal verwerven van deze vaardigheden moet een eerste gezonde beschermingslaag vormen voor alle grensoverschrijdend gedrag en dus ook voor escalerend druggebruik. Deze vorm van preventie is de enige waarvoor voldoende wetenschappelijke evidence bestaat betreffende zijn effectiviteit¹.

Kinderen en hun omgeving met een bijzondere kwetsbaarheid (door hun familiale achtergrond of bepaalde specifieke psychische kenmerken) of problemen met drugs kunnen geïnformeerd, ondersteund en eventueel begeleid worden.

Wanneer uiteindelijk toch een groeiend drugprobleem vastgesteld wordt, dat dreigt te evolueren naar controleverlies, kunnen ouders, huisarts, leerkracht ... aan de bel trekken. In goede samenwerking en eventueel gecoördineerd door het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) kunnen huisarts, school, ouders, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en gespecialiseerde drughulpverlening een intensievere ambulante begeleiding organiseren. Op jonge leeftijd kunnen met korte intensieve acties goede resultaten bereikt worden en heel wat problemen in de toekomst vermeden worden.

Wanneer de situatie toch verder escaleert, kunnen ouders en omgeving beroep doen op het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg en/of op de jeugdrechter om meer dwingende acties te ondernemen. In het ergste geval kan men opsluiting, ontwenning, motivering en eventueel behandeling, waarvoor men vrij moet kunnen kiezen, in een gesloten instelling garanderen. Motiveren voor intensievere vormen van vrije ambulante of residentiële behandeling genieten uiteraard de voorkeur boven behandeling in een gesloten instelling.

Op deze wijze hebben we minstens zeventien jaar (tot de leeftijd van twintig jaar met de verlengde minderjarigheid inbegrepen) waarin we intensief kunnen werken aan voldoende bescherming door sociale vaardigheden te trainen en escalerende problemen te behandelen. De problemen, die nadien ontstaan en de problemen die ondanks de

maximale preventie en behandeling op jeugdige leeftijd hardnekkig blijven bestaan, zullen een groep moeilijk te behandelen cliënten betreffen voor wie continue begeleiding op verschillende leefgebieden zal moeten voorzien worden.

Vanuit deze redenering vinden we dan ook dat het logisch zou zijn dat het grootste deel van de middelen, die besteed worden aan drugproblemen, zou gaan naar het maximaal voorkomen van die problemen bij jongeren. De behandelingssector voor illegaledrugproblemen is historisch gegroeid door ad hoc antwoorden te formuleren op acute problemen. De laatste tien jaar kwamen de impulsen voor verdere groei voornamelijk vanuit het veiligheidsdenken, waardoor de middelen vooral gericht werden op de overlast veroorzakende druggebruiker. Op dit ogenblik kennen we een wanverhouding tussen de middelen die besteed worden aan hulp en zorg voor ernstig verslaafde en sterk gemarginaliseerde volwassenen en de middelen die besteed worden aan het voorkomen van de problematiek en aan de hulp voor jongeren die dreigen af te glijden. Is onze maatschappelijke boodschap dan dat je als verslaafde eerst volwassen moet worden en overlast moet veroorzaken voor je kunt geholpen worden? Velen zullen onze boodschap goed begrijpen.

Johan Maertens, directeur De Sleutel

Neen, het is niet zo eenvoudig

"Minderjarige drugverslaafden en psychiatrische patiënten moeten plaats ruimen in gesloten instellingen". Ik denk wel te begrijpen wat men bedoelt, maar dit is een misleidende slogan, een uitspraak die meer genuanceerd mag worden. Waarom zitten die jongeren in die gesloten instellingen? Zijn zij het slachtoffer van een falend beleid op vlak van preventie en vooral van vroegtijdige interventie? Waren er misschien toch redenen om strafrechtelijk op te treden?

Vorige week nam ik deel aan een debat over drugpreventie. Er werd uitvoerig gedebatteerd over de ganse waaier van preventieve mogelijkheden. De onderliggende stelling was dat een goed preventief beleid best gebeurt met maximale inschakeling van ouders, scholen en leeftijdgenoten. Dit

gebeurt in Vlaanderen reeds behoorlijk goed, maar het kan en moet natuurlijk nog veel beter. Vrij vlug kwamen er vragen over de hulpverlening en besprak men de mogelijkheden van een vroegtijdige interventie door de ouders, de scholen, de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en ten slotte de residentiële hulpverlening. Theoretisch zijn er dus veel mogelijkheden, op allerlei niveaus, maar toch heerst er een flink ongenoegen. Wij hebben hier immers te maken met een bijzonder moeilijke problematiek, met veel risico's, eventueel storende sociale overlast en vooral ook een grote machteloosheid bij de betrokken ouders ... Wat als er geen hulpverlening op gang komt en wanneer bepaalde grenzen overschreden worden? De eveneens aanwezige magistraten gaf een overzicht van de justitiële ervaringen, de pogingen tot therapeutisch advies en de oriëntering naar de hulpverlening. Zij stelde uitdrukkelijk dat de bestraffing voor onschuldig druggebruik reeds lang tot het verleden behoort, dat er bij eventuele strafrechtelijke vervolging of uitspraken wel degelijk ernstige redenen van sociale overlast of zelfs criminele aard zijn. Toch bleef er een vervelend gevoel hangen: er is geen probleem voor extreme situaties, maar er is een tussenliggende grijze zone. Wie trekt hier de grenzen en hoe gebeurt dit?

Wij leven in een maatschappij waar de beschikbaarheid van drugs erg groot geworden is en bovendien de beeldvorming rond druggebruik flink gewijzigd is. Het is dus begrijpelijk dat veel minderjarigen zich wat vergalopperen en tot onvoorziene moeilijkheden komen. Vooral jongeren met beginnende psychiatrische problemen zijn erg vatbaar voor riskant druggebruik. Deze twee kwetsbare groepen moeten maximaal beschermd en tijdig geholpen worden, door de ganse sector van de jeugdzorg. Maar, zoals alcoholisme of alcoholmisbruik geen vrijgeleide mag zijn voor de meest uiteenlopende gedragsdelicten, zo mag druggebruik ook geen alibi zijn voor delinquent gedrag. Men mag ook niet naïef zijn: waarom zouden jeugdige delinquenten ook niet geïnteresseerd zijn in druggebruik of in het drugwereldje? Een correct en consequent beleid moet een antwoord kunnen bieden op de volledige waaier van problemen. Bij gebeurlijke justitiële confrontaties moet het strafrechtsapparaat voor ieder geval apart

¹ Cuypers, P., Prevention of cannabis use and misuse, p. 93, International scientific conference on cannabis, Ministry of Public Health of Belgium, Brussels, 25/02/2002.

een bijzonder genuanceerde analyse maken. Men moet de therapeutische mogelijkheden onderzoeken en vooral tijdig benutten, maar men moet uiteraard ook voorzien in strikt juridische oplossingen of maatregelen, met inbegrip van een tijdelijke vrijheidsberoving, wanneer de delinquentie op het voorplan staat. Extreme situaties doorschuiven naar de drughulpverlening en/of jeugdpsychiatrie is niet zinvol en voor deze instanties ook niet haalbaar.

Anderzijds moet men in de hulpverlening willen zoeken naar meer passende therapeutische mogelijkheden, zeker voor jongeren, maar dan wel op basis van genuanceerde indicaties en mits de nodige, zeg maar meteen veel ruimere therapeutische infrastructuur en financiële mogelijkheden. Meespelen in een soort pingponggebeuren bij extreme situaties lijkt mij niet zo zinvol. Vroegtijdige samenwerking bij het ganse scala van tussenliggende probleemsitu-

aties is wel noodzakelijk en kan flink verbeterd worden. Wij kijken uit naar een duidelijke en vooral ook hanteerbare invulling van de begrippen 'probleemgebruik' en de procedure van 'therapeutisch advies'.

Dr. Stan Ansoms, psychiater,
Departement voor
Afhankelijkheidsproblemen,
PC Broeders Alexianen, Tienen

BELEIDSINFO

Verfrissend, lekker en trendy Alcohol en limonade in de mix

De laatste tijd is er nogal wat te doen over de zogenaamde alcoholische limonademixen. Een zeer trendgevoelige drank waarover nogal wat, vooral juridische, vragen zijn. Over welke soort drank hebben we het? Valt deze drank onder de wetgeving over de sterke dranken of juist niet? Na rondvraag bij verschillende overheids- en private diensten, bleek vrij snel dat het antwoord op deze vraag niet zo eenvoudig is. Voer voor juridische spitstechnologen. Het bleef echter niet bij die ene vraag. We noteerden verder nog: mogen deze dranken verkocht worden aan minderjarigen, mag het in automatenshops, kan het in de kleinhandel, welke maatregelen moeten genomen worden, ... Kortom, wat mag en wat mag niet wanneer het over minderjarigen gaat?

Om deze reden én op vraag van de Cel Gezondheidsbeleid drugs vonden we het noodzakelijk om een dossier samen te stellen. Dit bezorgden we aan de federale overheid om onze vraag naar verduidelijking van de wetgeving te ondersteunen.

Wat zijn alcopops en wie gebruikt ze?

In het recente verleden waren alcoholische mixdranken reeds populair in Australië, de Verenigde Staten en Engeland. In Engeland waren ze in 1996 al goed voor een markt van 250 miljoen pond. Sinds 1997 vinden we het product ook op de Belgische markt terug. De cijfers van het huidige syntheserapport van de leerlingenbevraging geven aan dat jongeren op jongere leeftijd en meer regelmatig alcohol gebruiken. Uit dit syntheserapport blijkt dat alcopops in de smaak vallen van de leerlingen uit het middelbaar onderwijs. Uit de laatste resultaten blijkt dat 44,6% van de jongeren het voorbije jaar occasioneel en 14,7% regelmatig alcopops dronk. Een onrustwekkende vast-

stelling. Zeker wanneer we bovendien merken dat de consument over verkeerde informatie beschikt en dat jongeren deze dranken als ongevaarlijk, zeker in vergelijking met andere alcoholhoudende dranken, bestempelen.

Om begripsverwarring uit te sluiten gaan we kort in op de verschillende soorten

drankjes. De *designer drinks of alcopops* (alcoholische limonades) zijn vrij nieuw op de markt. Door de gisting van vruchtensappen ontstaat alcohol. Het alcoholgehalte ligt tussen 4 en 8 graden (bijvoorbeeld Hooper's Hooch, Two Dogs). De *pre-mixen* (alcoholhoudende mixdranken) zijn een mix van limonade of fruitsap met een sterke drank. We kennen ze ook onder de naam 'ready to drink, ready to serve'. Ze zijn de meest voorkomende dranken in dit genre van trendy dranken. De mixdranken (4 à 8 graden) worden meestal gemaakt op basis van een bekende gedistilleerde drank zoals wodka, jenever of rum, vermengd met limonade of vruchtensap (bijvoorbeeld Baccardi-Breezer, Funky Fog, Silver Lion, ...). De *boosters* zijn alcoholvrije frisdranken met toevoegingen waaraan een stimulerende werking wordt toegeschreven, zoals cafeïne, guarana, taurine, ... (bijvoorbeeld Red Bull). Een *blaster* is dan weer een mix van een booster (alcoholvrije frisdrank) en een gedistilleerde drank (vaak wodka). Ze hebben een alcoholgehalte van



om en bij de 10 graden. Dé mix van vandaag is Red Bull met wodka. En ten slotte zijn er nog de *shooters* (10 à 20 graden). Dit zijn likeuren met een hoog alcoholgehalte die verkocht worden in een flesje van zocc (bijvoorbeeld Feigen Heini). Soms zijn shooters vermengd met een lichtstimulerende stof zoals cafeïne en guarana.

De wet zei ...

Dat er zoveel heisa op wetgevend vlak is, heeft alles te maken met het ontbrekende antwoord op de vraag of deze bewuste mixdranken al dan niet sterke drank zijn. Bij een bevestigend antwoord is het aanbieden, schenken en verkopen aan minderjarigen verboden. Daarenboven kan de verkoop enkel daar gebeuren waar een vergunning kan gegeven worden. Automatenshops en winkels verbonden aan benzinestations vallen automatisch uit de boot.

Het antwoord op onze vraag hadden we eenvoudig kunnen terugvinden in de wet van 28 december 1993 betreffende het verstrekken van sterke drank en betreffende het vergunningsrecht. Tot voor 27 november 1996 werd in deze wet sterke drank omschreven als "drank waarvan het alco-

holgehalte bij een temperatuur van 20° Celcius méér dan 22 volumeprocenten bedraagt". Het aantal volumeprocenten was een eenvoudige indicator.

Dit veranderde allemaal samen met het KB van 27 november 1996 dat de definitie van sterke drank wijzigde in 'de dranken bedoeld in artikel 14 van het KB van 29 december 1992 betreffende de structuur en de accijnstarieven op alcohol en alcoholhoudende dranken' ondertussen vervangen door de wet van 7 januari 1998 betreffende de structuur en de accijnstarieven op alcohol en alcoholhoudende dranken. In het artikel 16 van deze wet krijgen we een vrij ingewikkelde opsomming waarbij nogmaals verwezen wordt naar GN-codes (gecoördineerde nomenclatuur). Het is een term uit de douanewereld die een soort register omvat dat bij Europese wetgeving vastgelegd is.

Onder één van deze codes (GN-code 2208) vonden we in de lijst 'limonades met alcohol' terug. Alcoholische mixdranken zijn sterke drank! We zouden het graag geloven, maar bevestiging hebben we hierover van de federale overheid nog niet gekregen.

Daarom zijn wij vragende partij voor een duidelijk en coherent overzicht van de wet-

geving over vooral de verkoop (ook op vlak van reclame stellen we ons vragen) van alcoholhoudende producten aan minderjarigen. Op basis hiervan kan men met een gerichte communicatiestrategie naar de consument en naar alle andere actoren (uitbaters, personeel van handelszaken, ...) informatie geven over ieders rechten en plichten.

Ook een goede controle op de wet loopt bij gebrek aan duidelijkheid spaak.

Ten slotte is een verbod op zich geen voldoende voorwaarde om gedragsverandering te realiseren. In een preventief kader zijn wetgevende maatregelen een eerste stap. Een verbod alleen doet mensen hun gedrag echter niet veranderen. Integendeel, een verbod maakt het product bij de jongeren misschien nog aantrekkelijker. Daarom is het van essentieel belang dat er op basis van duidelijke en correcte informatie een mix aan preventieve maatregelen genomen wordt die tot doel heeft jongeren, maar ook andere betrokkenen, te leren omgaan met alcohol. Overleg op lokaal vlak en een beleid op lange termijn zijn ook hier sleutelwoorden.

Ilse De Maeseneire

Cel Gezondheidsbeleid drugs

De Cel Gezondheidsbeleid drugs is in juli 2001 informeel van start gegaan. Een interministeriële conferentie bekrachtigde in het najaar de samenstelling en de werking. De Cel Gezondheidsbeleid drugs bestaat uit vertegenwoordigers van de ministers van Volksgezondheid van de verschillende regeringen die België rijk is. De Vlaamse minister van Gezondheid mandateerde drie vertegenwoordigers uit het werkveld: VAD, De Sleutel en een CCG.

Samen met de voorbereiding van het samenwerkingsprotocol voor de Algemene Cel drugs besprak de Cel Gezondheidsbeleid drugs de voorstellen voor wetswijziging, Koninklijk Besluit en richtlijnen betreffende cannabis. Zij agendeerde thema's uit de Drugnota die betrekking hebben op de organisatie van het zorgaanbod, zoals Lokale Coördinatiegroepen Drugs, casemanagement, dubbele-diagnoseproblematiek en spoed- en crisisopvang. In dit

verband realiseerde de adviesgroep van de VAD een nota 'Voorstel lokale en bovenlokale coördinatie'. Vrij recent werd ook therapeutisch advies onderwerp van discussie. Het voorstel van Koninklijk Besluit, het 'Standpunt van de hulpverlenings- en welzijnssector over therapeutisch advies' van VAD en het eindverslag 'Samenwerking justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken' (Casselmann & Noirfalise) vormen de basisdocumenten. Ten slotte besprak de cel ook de trendy mixdranken. Een dossier (productinformatie en wetgeving) wordt als basis van de besprekingen gebruikt.

Ilse De Maeseneire

Wetsontwerp tot rationalisering van de werking en het beheer van de Nationale Loterij, goedgekeurd door de Kamer op 10 januari 2002

Dit wetsontwerp betreft de omvorming van de Nationale Loterij tot een NV van publiek recht. Tot nu toe was de Nationale Loterij een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid onder de bevoegdheid van de minister van Overheidsbedrijven.

De Nationale Loterij valt niet onder de wet van 7 mei 1999 op de kansspelen, de kansspelinrichtingen en de bescherming van de spelers, waarvoor de minister van Justitie bevoegd is. Deze wet en zijn uitvoeringsbesluiten waren prioritair bedoeld om de

bescherming van de spelers en de gokkers te waarborgen. Door deze wet werd bij het ministerie van Justitie officieel een Kansspelcommissie geïnstalleerd met een advies-, beslissings-, en controlefunctie inzake kansspelen.

In het nieuwe wetsontwerp staat niet enkel de organisatie van de openbare loterijen, maar ook de organisatie van kansspelen en van alle vormen van weddenschappen en wedstrijden als opdracht voor de Nationale Loterij. Telkens wordt vermeld dat dit moet gebeuren "in het algemeen belang en volgens handelsmethodes, in de vormen en volgens de modaliteiten door de Koning bepaald, op voordracht van de minister". Bij de organisatie van kansspelen wordt hieraan toegevoegd "... bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad

op voordracht van de minister van Overheidsbedrijven en de minister van Justitie en na advies van de Kansspelcommissie". Het grote probleem hierbij zal zijn wie of wat bepaalt wanneer een spel een 'kansspel' is en dus het advies van de Kansspelcommissie nodig heeft.

Het gevaar is groot dat er een tweede circuit van kansspelen gelanceerd wordt, waarbij de bevoegdheid van de Kansspelcommissie enkel adviserend is, waardoor de bescherming van de spelers en gokkers (wat uiteindelijk de bedoeling van de wetgever was bij de wet van 7 mei 1999) niet meer of nauwelijks nog ter sprake komt.

In de wet wordt ook vermeld dat de Nationale Loterij handelsmethoden moet uitwerken om de openbare loterijen, wedden-

schappen, wedstrijden en kansspelen die zij organiseert te promoten.

Maar anderzijds moet de Nationale Loterij ook voorlichtingscampagnes opzetten omtrent de economische, sociale en psychologische risico's bij gokverslaving en samen met de bevoegde overheden en de diverse actieve verenigingen een gecoördineerd preventie- en opvangbeleid inzake gokverslaving uitstippelen.

Het is dus nog even afwachten op welke manier de omvorming van de Nationale Loterij het aanbod van gokmogelijkheden zal beïnvloeden. Wat de effecten hiervan zullen zijn op het aantal problematische gokkers is dan ook vooralsnog moeilijk in te schatten.

Mia De Bock

Parlementaire vragen

Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Van den Eynde tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over het tekort aan opvangplaatsen voor druggebruikers (289, januari 2002)

De voorbije maand trokken twee Antwerpse opvangcentra voor druggebruikers aan de alarmbel. De twee centra, Free Clinic en De Sleutel, kunnen de stroom van hulpzoekenden niet meer aan. Mensen worden doorverwezen naar andere centra of naar artsen, waarvan ze weten dat ze methadon voorschrijven. Ook het aantal opvangplaatsen in andere opvangcentra in Antwerpen is afgenomen. Volgens de Antwerpse woordvoerder van het straathoekwerkoverleg, moeten de Vlaamse en de federale overheid ingrijpen omdat een grootstad als Antwerpen problemen aantrekt. Hij meent dat zowel de federale als de Vlaamse overheid niets willen ondernemen om van Antwerpen een zorgzame stad te maken. De noodoproep was zo indrukwekkend dat ik deze vraag stel.

Hoe ziet de minister concreet een oplossing voor het tekort aan opvangplaatsen in de twee Antwerpse opvangcentra voor druggebruikers? Heeft de minister reeds afspraken gemaakt met de federale regering, namelijk met minister Vandenbroucke, om

het aantal plaatsen voor ambulante opvang in Antwerpen uit te breiden? Free Clinic heeft anderhalf jaar geleden een erkenning aangevraagd voor 150 extra opvangplaatsen. Zij hebben nog steeds geen antwoord van de federale regering gekregen.

Stelt men ook een tekort aan opvangplaatsen vast in opvangcentra in andere steden? Hoe gaat de minister hiermee om?

Antwoord van Mieke Vogels, minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen:

"Het is inderdaad zo dat de twee ambulante opvangcentra die in Antwerpen met problematische druggebruikers werken, namelijk Free Clinic en dagcentrum De Sleutel, de stroom van cliënten niet meer aankunnen. Ze hebben sinds november 2001 een cliëntenstop afgekondigd voor wie voor een methadonprogramma wil inschrijven, omdat het aantal cliënten de maximumgrens van hun erkende capaci-

teit zwaar overschrijdt. Een uitzondering wordt gemaakt voor hoogrisicogroepen, zoals zwangere vrouwen en HIV-positieven. De grootstad Antwerpen oefent een grote aantrekkingskracht uit op druggebruikers. Bij methadongebruikers is er bovendien niet veel uitstroom omdat zij lang in dat programma blijven zitten. Er komen weinig plaatsen vrij en er is nood aan nieuwe opvang.

De thematiek behoort tot de bevoegdheid van de federale overheid, zowel Free Clinic als De Sleutel werken met RIZIV-conventies. De capaciteit van beide centra is daarin vastgelegd. Een uitbreiding van hun capaciteit werd in het kader van het RIZIV bepleit. De federale overheid gaf vorig jaar de opdracht om de werking van de Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC) in België te evalueren. Het was de bedoeling gegevens te verzamelen om de conventie met de MSOC te begrijpen en eventueel uit te breiden. Eind 2001 werd de evaluatie afgerond. Op dit moment werkt men op het kabinet Sociale Zaken uit hoe de middelen kunnen worden geheroriënteerd en uitgebreid. Deze uitbreiding is opgenomen in het budget van de federale Drugnota.

De uitbreiding van de dagcentra die met een RIZIV-conventie werken, behoort ook tot de

mogelijkheden. Men verwacht een beslissing tegen april of mei 2002. Daarnaast voorziet de federale Drugnota in de oprichting van zorgcircuits in de verslavingszorg. Deze zorgcircuits moeten een betere doorstroming van cliënten in de hulpverleningsvoorzieningen bewerkstelligen, zodat nieuwe cliënten en risicogroepen steeds in de MSOC terecht kunnen. Concreet betekent dit, bijvoorbeeld, dat men onder strikte begeleiding in het MSOC een methadonkuur

opstart, maar op termijn, eens de behandeling is gestabiliseerd, wordt doorverwezen naar huisartsen.

In de loop van 2002 zou dit actiepunt worden opgestart. Op dat moment staat de samenwerking tussen de federaal gefinancierde en de Vlaamse diensten vanzelfsprekend op de agenda. In andere steden is de situatie anders. Alle Vlaamse MSOC hebben een aanvraag tot uitbreiding ingediend bij het RIZIV. Vlaams-Brabant, dat op dit ogen-

blik geen MSOC heeft, heeft een eerste erkenning aangevraagd. De uitbreidingen van de meeste MSOC slaan evenwel op een regionale uitbreiding, terwijl dit in Antwerpen in eerste instantie gaat om een vraag tot uitbreiding van de werking in Antwerpenstad.

De cliëntenstop, zoals die nu van kracht is, bestaat in geen enkel ander MSOC in Vlaanderen. Zij vragen wel uitbreiding naar andere punten in de provincie.”

VOOR U GESURFT

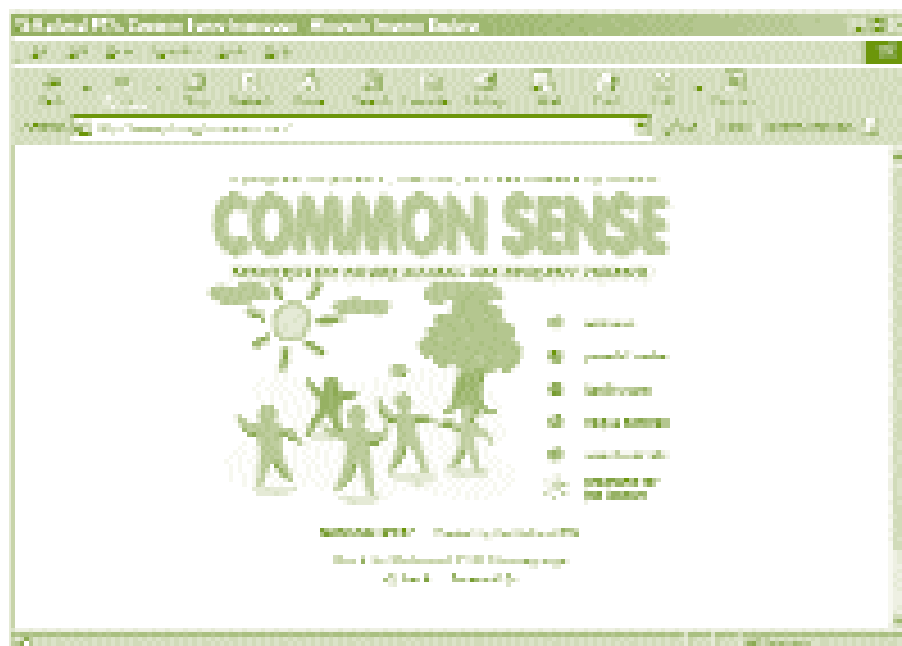
We zijn voor u op zoek gegaan naar websites die concrete informatie en tips bieden aan ouders die een gesprek over alcohol en drugs met hun kinderen willen aangaan. Onze zoektocht leidde ons telkens opnieuw over de Atlantische oceaan. In de Verenigde Staten zijn de verenigingen en individuen op het web, die de strijd hebben aangeboden tegen drugs, nauwelijks te tellen. Ze bieden ouders niet altijd even objectieve of genuanceerde informatie. Andere sites bereiken in hun objectiviteit een droogte en algemeenheid waarvan ik me moeilijk kan inbeelden dat ouders zich erdoor aangesproken voelen. Voorbeelden:

www.ncfy.com/supporti.htm, www.talkingwithkids.org,
www.aap.org/family/subabuse.htm,
www.hpe.org.uk/drugsadvice.htm.

Dé grote uitzondering hierop vormt de site van de Parent Teacher Association (PTA), de grootste kinderrechtenorganisatie in de Ver-

enigde Staten. Op hun site vindt u de module 'common sense' terug (www.pta.org/commonsense/), een interactief programma voor ouders. In het 'parent's center' kunnen ouders terecht voor productinformatie, maar ook voor testjes met onmiddellijke feedback (kennistest, test in grenzen stellen, communicatietest, ...) en concrete tips (om discipline te handhaven, om een goed rolmodel te zijn, om betrokken te zijn bij uw kind, ...). U kan er ook videofilmmpjes bekijken over concrete opvoedingssituaties. In de 'family room' vindt u spelletjes die de communicatie in het gezin bevorderen, virtuele postkaartjes en cartoons. Verder behandelt deze virtuele kamer opvoedingsstrategieën, zoals lastige vragen beantwoorden, kritisch met de media omspringen, gevoelens uiten in het gezin, luisteren naar uw kinderen.

Ook de Nederlandstalige site www.drugsinfo.nl/campagne/index.html is het vermelden waard. Het is de site die de grootscheepse campagne 'Drugs, laat je niks wijsmaken' van het Trimbos-instituut ondersteunde. Deze campagne werd tijdens de tweede helft van november 2001 gelanceerd, maar de site kan u nog steeds bezoeken. Het centrale thema was de communicatie tussen jongeren en hun ouders over drugs en druggebruik. Op deze site kan u de brochure 'drugs en opvoeding, praten helpt' lezen, productinformatie opzoeken en een kennis- of een stellingentest (inclusief opvoedingstips) doen. De campagnevoerders beseften duidelijk dat communicatie tweezijdig is: je vindt op de site niet alleen een luik voor ouders, maar ook één voor jongeren. Voor de jongeren zijn er ook gebruikerstesten, interactieve verhaaltjes en een 'werkstukwegwijzer', een hulpmiddel voor jongeren die een schoolwerkje moeten maken.



Hilde Kinable

Het straathoekwerk neemt onmiskenbaar een heel eigen plaats in in de alcohol- en drugsector. Toch is niet iedereen vertrouwd met de eigenheid van deze nog jonge werksoort. Daarom zocht VAD-berichten Tessa Windelinckx op voor een gesprek. Ze werkte een aantal jaren als straathoekwerkster en is inmiddels coördinatrice van het straathoekwerk in Mechelen. Haar werkterrein ligt haar duidelijk nauw aan het hart!

VAD-berichten: Momenteel ben je coördinatrice van het straathoekwerk in Mechelen. Hoe ben je in deze job terechtgekomen?

Tessa: Dan moet ik teruggaan naar mijn opleiding als maatschappelijk assistent. Tijdens mijn laatste jaar heb ik stage gelopen bij De Sleutel in Antwerpen. Nadat ik afgestudeerd was keerde ik terug om een exemplaar van mijn eindwerk af te geven en ik kreeg prompt een contract voor een jaar aangeboden. Het straathoekwerk was me zo goed bevallen dat ik in dezelfde richting verder gezocht heb en uiteindelijk op de dienst preventie van de stad Sint-Niklaas kon beginnen.

Daar bestond nog geen straathoekwerk. Alles moest nog opgebouwd worden. Als ik er op terugkijk hebben we in Sint-Niklaas veel bereikt. Zo werd in 1999 in samenwerking met het Medisch-Sociaal Opvangcentrum (MSOC) van Gent een methadonproject gestart. Daarnaast werd er ook samenwerking uitgebouwd met het OCMW en andere organisaties (mutualiteit, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, apothekers). Ik heb ze wel moeten wakker schudden, maar het resultaat is er: de permanentie in het methadonproject verlaagt de drempel naar de overige diensten van deze organisaties.

VAD-berichten: Hoe bereikte je je doelgroep. Hoe ging dat in de praktijk in z'n werk?

Tessa: Mijn doelgroep waren oudere gebruikers en hun entourage. Ik ben heel rustig begonnen. Eerst een paar gesprekken met mensen die konden weten waar de vermoedelijke doelgroep zou zitten en dan begon de zoektocht. Zo heb ik in het begin een aantal maanden op café gezeten zonder enig contact. Op een gegeven moment heb je toch contact en kan je vertellen wie je bent. Sint-Niklaas is een kleine stad, ik ben een vrouw en niet van daar afkomstig, dus ik viel wel op. Het is mijn stijl om af te wachten. Als ik rechtstreeks aangesproken werd, vertelde

ik wel onmiddellijk wie ik was en waarom ik daar zat, maar elke straathoekwerker heeft zijn eigen stijl. De aanpak waar je jezelf het beste bij voelt is de meest aangewezen aanpak.

Ik had geluk dat één van mijn eerste contacten reeds vertrouwd was met het straathoekwerk en goed lag binnen de doelgroep. Zo had ik een vrij makkelijke ingangspoort gevonden.

Ik had ook al een jaar ervaring opgedaan in Antwerpen en ik zat op mijn gemak op café.

VAD-berichten: De gasten die je daar bereikte, had je daar langdurig contact mee?

Tessa: Ja, de meesten heb ik toch enkele jaren gevolgd. Er zijn natuurlijk gasten die verdwenen of gestorven zijn of die gewoon met een concrete vraag zaten, die, eens de vraag opgelost, nooit meer teruggekomen zijn. Maar met de meesten heb ik toch een intense relatie gehad.

VAD-berichten: Straathoekwerk is geen nine-to-five job.

Tessa: Neen, je moet heel flexibel zijn, werken wanneer de gasten er zijn. Je weet altijd wanneer je begint, nooit wanneer je stopt.

In het straathoekwerk heb je geen vaste structuur, vele mensen zouden daar niet mee kunnen omgaan. De straat is je opdrachtgever. Het is ook een heel eenzame job met weinig feedback. Vandaar dat er nu toch meer en meer aandacht wordt besteed aan een goede coördinatie.

VAD-berichten: Waren er bijzondere verwachtingen van je werkgever van het project?

Tessa: Vanuit de dienst preventie eigenlijk niet. Ik moet zeggen dat ik daar veel vrijheid heb gekregen om 'mijn ding' te kunnen doen.

Het beleid verwacht natuurlijk iets heel anders. Dat verwacht dat je de problemen

oplost, de jongeren van de drugs houdt, maar die garantie kunnen wij niet leveren. De enige garantie die wij kunnen geven is dat we contact zullen zoeken en dat we er zullen zijn en dat is eigenlijk heel miniem voor het beleid.

VAD-berichten: Heb je daar soms moeilijkheden bij ondervonden?

Tessa: Dat viel eigenlijk mee. Er komen natuurlijk vragen, maar ik heb de boot altijd kunnen afhouden. Het is ook heel belangrijk dat je coördinator achter je staat. Hij is de eerste buffer. Idealiter komen die vragen van het beleid nooit tot bij de werker.

VAD-berichten: Hoe ging je als straathoekwerker om met vertrouwelijke informatie of kennis van illegale praktijken?

Tessa: Die bleef bij mij! Uiteraard werd er in een werkbespreking wel over de gasten gesproken, maar dat gebeurde dan op een anonieme manier. Natuurlijk moet je er ook van uitgaan dat je je coördinator kan vertrouwen.

Je hebt natuurlijk beroepsgeheim en ik waarschuwde de gasten ook dat ze niet alles aan mij moesten zeggen. Ik hoefde niet alles te weten.

Voor deze problemen hebben we in het straathoekwerk een deontologie: je overlegt altijd met je coördinator, je team of Vlastrov. Nadien neem je natuurlijk zelf de beslissing. Je weet nooit hoe de doelgroep zal reageren, maar dat is een risico dat je moet nemen. Ik moet er wel bij vertellen dat we slechts bij uitzondering met deze situaties geconfronteerd worden.

VAD-berichten: Het hulpverlenende aspect van je job, kan je daar iets meer over vertellen?

Tessa: Wat ik deed was EHBO. Het is de taak van de straathoekwerker om de gasten warm te maken voor de hulpverlening, maar er zelf geen te doen.

Dat is een dubbele opdracht: langs de ene kant moeten de maatschappelijke instanties in staat zijn om met een moeilijker doelpubliek te werken en langs de andere kant moeten de gasten ook leren omgaan met de regels van de maatschappelijke instanties. Ik vertelde hen "okee, we gaan dit samen

oppakken, maar het is je eigen verantwoordelijkheid en jij moet het oplossen". Het hulpverlenende aspect van het straathoekwerk beperkt zich eigenlijk tot informatie geven over alle mogelijke onderwerpen, ook over hoe je best drugs kan gebruiken.

VAD-berichten: Heb je zelf nog vormingen gevolgd om je te bekwamen in de materie?

Tessa: Tuurlijk. Uiteraard de basis- en opvolgingscursus straathoekwerk van Vlastrov en meer specifiek bijkomende vormingen over drugs. Maar de beste leermeesters blijven de gasten zelf.

VAD-berichten: Nu ben je coördinator. Wat houdt dat in?

Tessa: Ik ben nu bijna een jaar bezig. Ik heb de opdracht om het straathoekwerk in Mechelen te overkoepelen, te ondersteunen en als aanspreekpunt te fungeren. Momenteel hebben we in Mechelen vier straathoekwerkfuncties. Uiteraard tracht ik ook aan beleidsbeïnvloeding te doen. Recent heb ik

ook nog de opdracht gekregen om een behoeftenplan op te stellen.

VAD-berichten: Tot welke doelgroep richten jullie je?

Tessa: Wij richten ons tot illegaledruggebruikers via de straathoekwerkers verbonden aan het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en De Sleutel en op maatschappelijk kwetsbaren via de straathoekwerkers van de stad.

VAD-berichten: Welke ondersteuning bied jij aan de straathoekwerkers?

Tessa: Teambegeleiding en werkbespreking. Daarnaast doe ik een supervisie-aanbod en vervul ik uiteraard ook die bufferfunctie.

VAD-berichten: Hoe eindigt de carrière van een straathoekwerker? Zij worden niet allemaal coördinator.

Tessa: Velen gaan iets totaal anders doen. Jammer genoeg stoppen vele straathoekwerkers wanneer ze het beu zijn, in een crisis

zitten. Gelukkig horen deze toestanden meer en meer tot het verleden en worden de straathoekwerkers in Vlaanderen momenteel goed gevormd en krijgen zij op hun werkplaats ook de nodige ondersteuning.

VAD-berichten: Om af te ronden, heb je nog een goede raad voor beginnende straathoekwerkers?

Tessa: Amuseer je op straat. Als je je amuseert, leg je veel sneller contact. Durf je te amuseren met de gasten. Je mag je amuseren als je aan het werk bent.

Vergeet een jaar je eigen middenklassegevoel en alles wat je hebt geleerd op school en leer van de straat, van de gasten, van de wijk en begin nadien terug verbanden te leggen met wat je daarvoor hebt meegekregen.

VAD-berichten: Bedankt voor dit gesprek.

Jurgen De Swert

ONDERZOEK

Schatting van het alcoholgebruik en -misbruik in Vlaanderen en België¹

Het Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA) maakte, in opdracht van VAD, een schatting van het alcoholgebruik en -misbruik in Vlaanderen en België. We geven u een beknopt overzicht van de resultaten.

Definitie

Een eerste vraag die moest worden beantwoord is wat men onder probleemdrinken verstaat. Wij gingen uit van de internationaal gehanteerde grens van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). De WGO spreekt van schadelijk drinkgedrag wanneer de geconsumeerde hoeveelheid alcohol in het bloed een psychomotorische verzwakking aantoonde. Deze verzwakking treedt bij mannen op vanaf 61 gram alcohol per dag (wat overeenkomt met 6 glazen), bij vrouwen vanaf 41 gram per dag (of 4 glazen). Om het aantal overmatige drinkers te bepalen, gingen wij op zoek naar cijfermateriaal over het globale drankverbruik van de bevol-

king, om vervolgens aan de hand van de WGO-norm het drankmisbruik de kwantificeren.

Macro-informatie

Er zijn vooreerst macrogegevens over de alcoholconsumptie in ons land. Op basis van productiecijfers van alcoholische dranken zou de Belgische bevolking (ouder dan 15 jaar) gemiddeld 10,4 liter pure alcohol per jaar consumeren. De alcoholconsumptie daalt en wijzigt licht van structuur. Internationaal situeren wij ons voor alcoholconsumptie op de veertiende plaats op de wereldranglijst.

Micro-informatie

Aangezien deze macrogegevens niets zeggen over het profiel van het drinkgedrag, werden twee enquêtes met micro-data gebruikt: de Gezondheidsenquête van 1997 en de Gezinsbudgetenquête van 1995-1996. De Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) liet toe de verspreiding van de alcoholconsumptie na te gaan aan de hand van consumptie-eenheden (glazen alcoholische drank) per persoon per dag/week/jaar en kon zo verder omgerekend worden in standardeenheden zuivere alcohol. In de Gezinsbudgetenquête van het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) vonden wij informatie over de besteding (uitgedrukt in geld) aan alcoholische dranken per huishouden. Mits een aantal hypothesen omtrent de prijs, de verhouding alcoholgebruik thuis en buitenshuis en de gemiddelde gezinsgrootte kunnen wij opnieuw een beeld geven van het drinkprofiel. De analyse

¹ Cattaert, G. & Pacolet, J. (2002). *Schatting van het alcoholgebruik/misbruik in Vlaanderen en België*. VAD-HIVA: Brussel-Leuven.

van deze twee enquêtes werden vergeleken met het profiel volgens de zogenaamde Ledermann-formule, genoemd naar een Frans demograaf die reeds in de jaren vijftig een profiel schetste van de verdeling van het drinken op basis van de gemiddelde consumptie van een bevolking.

Gezondheidsenquête WIV

Op basis van de Gezondheidsenquête, waarvan men doorgaans stelt dat zij representatief en betrouwbaar is, wordt een gemiddelde consumptie geobserveerd die bijna 4 keer kleiner is dan de cijfers gebaseerd op de totale productie en verkoop. Zoals ook in buitenlands onderzoek voorkomt vreest men hier een onderrapportering. Op basis van dit profiel is 1,5% van de bevolking een probleemdrinker (uitgaande van de WGO-norm) of 1,8% van de mannelijke en 1% van de vrouwelijke Belgische bevolking. Uit deze enquête blijkt verder dat jongeren en 40- tot 60-jarigen relatief meer drinken. De vraag is of dit een leeftijds- of generatie-effect is. In het laatste geval stelt zich de vraag of deze trend zich in de komende jaren zal doorzetten, zodat zich bijvoorbeeld bij de ouderen in toenemende mate alcoholproblemen zullen voordoen (wat ook andere studies laten uitschijnen). Bij vrouwen ouder dan 65 jaar is het aandeel probleemdrinkers nu al hoger dan bij mannen (op basis van de hoger gedefinieerde verschillende grenzen voor vrouwen en mannen).

Gezinsbudgetenquête

De Gezinsbudgetenquête beschrijft redelijk gedetailleerd de aankopen en bijgevolg de consumptie van alcoholische dranken van particuliere huishoudens. De uitgaven buitenshuis zijn evenwel minder goed te traceren. Indien wij een, in de brouwerijsector gehanteerde, hypothese zouden aannemen dat de consumptie buitenshuis ongeveer 1,6 keer de consumptie binnenshuis bedraagt en voor de rest de verhoudingen ongewijzigd blijven (de realiteit is ten dele anders) dan zou de budgetenquête een totale alcoholconsumptie impliceren die vergelijkbaar is met de macro-schatting van het alcoholgebruik in België: 8,9 liter pure alcohol per



persoon ouder dan 15 jaar (men veronderstelt dat een huishouden bestaat uit twee gelijk drinkende personen). Dit ligt hoger dan blijkt uit de Gezondheidsenquête. Op basis van deze aannames kan men opnieuw de verdeling van de consumptie per gezin weergeven. Dit verder omrekenend naar eenheden alcohol per huishouden laat toe het aantal personen met een consumptie van gemiddeld 6 glazen per capita per dag te identificeren. Dit zou neerkomen op ongeveer 11% van de bevolking ouder dan 15 jaar. Vooral in de budgetenquête viel het op dat de consumptie van alcoholische dranken (of althans de aankoop) een geconcentreerd fenomeen is. Bij een grote groep huishoudens komen er geen aankopen voor van alcoholische dranken in hun jaarlijks budget. Dit is het minst het geval voor wijn en bier (maar toch nog respectievelijk 32% en 44%) en in sterke mate voor gedistilleerde dranken (74%). Ook in de Gezondheidsenquête komt dit voor, maar in mindere mate. Deze informatie wordt bevestigd in de diverse jaargangen van de Gezinsbudgetenquêtes.

Ledermann-formule

Deze percentages probleemdrinkers kunnen wij vergelijken met internationaal gehanteerde cijfers en met de cijfers op basis van de Ledermann-formule. Onze hoogste raming komt overeen met de 'Ledermann-formule'. Deze formule wordt evenwel ook internationaal gecontesteerd omdat zij tot een overschatting van het alcoholgebruik zou leiden. Het gebruik van deze formule zou wel impliceren dat ongeveer 60% van de

alcoholconsumptie gesitueerd is bij de zware drinkers, wat weinig plausibel is. De vaststelling strookt ook niet met de Gezondheidsenquête, waar hoogstens 1,5% zware drinkers worden genoteerd. Ook de resultaten over het zogenaamde 'binge drinking' (hier gedefinieerd als meer dan 6 glazen alcohol per dag drinken) in de Gezondheidsenquête komen overeen met de resultaten van een enquête over alcoholgebruik bij een representatieve steekproef van de patiënten bij huisartsen. Ook om die reden kunnen de cijfers niet al te vlug gediskwalificeerd worden als een onderrapportering.

Conclusie

Vier verschillende cijfers voor het gemiddelde verbruik in liters pure alcohol (3 liter, 4 liter, 9 liter en 11 liter), totaal uiteenlopende cijfers over alcoholmisbruik (1,5% tot 12%), dit roept meer vragen op dan het definitieve antwoorden geeft. De databanken die wij een eerste keer ontgonnen hebben (en dan voornamelijk de Gezinsbudgetenquête, maar ook de Gezondheidsenquête) hebben ook over dit probleem veel meer te vertellen dan wat doorgaans geweten is. Bij nader inzien is veel informatie beschikbaar die bepaalde aspecten van het drankgebruik reveleren. Verdere verificatie van de resultaten en uitdieping is wenselijk. Eventueel kunnen ook in de gebruikte enquêtes, die regelmatig worden georganiseerd, bijkomende vragen over alcoholgebruik en -misbruik worden gesteld.

Voorlopig is een oplossing dat wij van deze uiteenlopende observaties en berekeningswijzen de realiteit ergens situeren op het niveau van het gemiddelde. Dit sluit, toevalig of niet, goed aan bij de in de sector gehanteerde cijfers. Het percentage alcoholmisbruik zou dan op ongeveer 6% liggen of ongeveer 500.000 personen, een getal dat ook vroeger reeds door VAD naar voor geschoven werd.

Griet Cattaert
Wetenschappelijk medewerker
HIVA, Leuven

Prof. dr. Jozef Pacolet
Hoofd sector Sociaal en Economisch Beleid
HIVA, Leuven

Communiceren over genotmiddelengebruik bij adolescenten van Vlaams-Brabant

De Vakgroep Ontwikkelings- en Levensloopspsychologie (ONLE) van de Vrije Universiteit Brussel startte in september 2000 een onderzoek naar genotmiddelengebruik en ander risicogedrag bij adolescenten in de provincie Vlaams-Brabant. Dit onderzoek kadert in het onderzoeksprogramma 'genotmiddelengebruik als risicogedrag bij adolescenten' waarin de trends en bepaalde beïnvloedende factoren van genotmiddelengebruik en ander risicogedrag van adolescenten in kaart worden gebracht.

Daar de adolescentiefase een leeftijdsbereik heeft van 12 tot 22 jaar, werd het onderzoek uitgevoerd in zowel het secundair onderwijs als in de eerste cyclus van het hoger onderwijs. Dit gebeurde aan de hand van een schriftelijke bevraging bij een representatief staal van het reguliere secundair onderwijs en het hoger onderwijs in Vlaams-Brabant. De 'vragenlijst genotmiddelengebruik zoor' peilt naar demo- en sociografische gegevens; gezins- en opvoedingskenmerken; vrijetijdsbesteding, uitgaan, genotmiddelengebruik (tabak-, alcohol-, geneesmiddelen- en illegaal genotmiddelengebruik), gokgedrag, spijbel- of brosgedrag en deviante gedragingen van de adolescent, alsook naar het waargenomen genotmiddelengebruik in de omgeving. Tevens werd de gezinscommunicatie en de communicatie over het genotmiddelengebruik mee opgenomen in de bevraging. Ook de invloed van de federale Drugnota op het risicogedrag en op de houding ten aanzien van genotmiddelengebruik werd bevraagd.

Resultaten

In dit artikel staan we stil bij de prevalentie en de incidentie van genotmiddelengebruik bij adolescenten. Daarbij wordt de invloed van het waargenomen gebruik in

de omgeving van de jongere op zijn eigen genotmiddelengebruik geschetst. Verder focussen de onderzoekers op de invloed van opvoedings- en communicatiestijlen in het gezin. Hierbij wordt specifiek ingegaan op de wijze waarop over de verschillende genotmiddelen wordt gecommuniceerd.

Ook al geeft één op twee adolescenten aan nog nooit sigaretten te hebben gerookt (slechts één kwart rookte het voorbije jaar), is dit het genotmiddel dat het meest frequent gebruikt wordt. Eén op vijf (21%) jongeren geeft aan dagelijks te roken. In de middenadolescentie neemt dit dagelijks rookgedrag toe tot 36% bij de 18-jarigen. Het drinken van alcohol, meer bepaald bier en wijn, komt voor bij 82% van de adolescenten. Het is duidelijk dat het alcoholgebruik in omvang stijgt met de leeftijd. Gedurende de vroege en middenadolescentie neemt de levensloopprevalentie met ongeveer 50% toe. Het aantal jongeren dat in de late adolescentie nog nooit alcohol heeft gebruikt situeert zich beneden de 4%. Er is een relatief grote groep jongeren die regelmatig tot zeer regelmatig drinkt: een op drie jongeren drinkt minstens wekelijks. Het drinkgedrag mondt bij een minderheid (3,7%) uit



in wekelijks of vaker dronkenschap. We kunnen trouwens stellen dat het alcoholgebruik ook in de omgeving van de adolescent goed ingeburgerd is en dat er ook een duidelijke samenhang is tussen het gebruik van alcohol door personen uit de sociale omgeving van de respondent (voornamelijk het alcoholgebruik van beste vriend en vriendenkring) en zijn eigen drinkgedrag. Het alcoholmisbruik blijft beperkt tot een minderheid of minder frequent voorkomend risicogedrag. Ook bij geneesmiddelen mag het vrij hoge gebruikspercentage niet uit het oog verloren worden. Het gebruik van lichte pijnstillers komt voor bij acht op tien jongeren. Het gebruik van zware pijnstillers neemt een uitgesproken tweede plaats (30%) in, wat de stijgende trend van de jaren '90

Tabel: Overzicht incidentie genotmiddelengebruik tijdens de voorbije zes maanden (%)

	Niet	Eenmalig	Zelden	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks
Sigaretten*	72,4	-	1,8	0,8	4,3	20,7
Alcohol	22,4	(5,5) ¹	15,8	30,3	28,8	2,8
Dronken*	56,4	12,7	18,7	8,5	3,6	0,1
Pijnstillers	27,0	(5,3) ¹	29,4	33,0	9,3	1,2
Zware geneesmiddelen	73,8	(9,4) ¹	13,5	7,1	2,8	2,7
Kalmeermiddelen	92,5	(4,0) ¹	4,5	1,6	0,6	0,7
Illegale drugs	79,9	(3,2) ¹	6,2	6,4	5,8	1,8
Cannabis	80,2	(3,3) ¹	6,1	6,1	5,6	2,0
Andere illegale drugs	94,6	(2,2) ¹	2,0	2,0	1,2	0,0
Ecstasy	96,4	(1,1) ¹	1,1	1,6	0,7	0,0

* referentieperiode: het voorbije jaar

¹ op basis van prevalentiegegevens

bevestigt. Ook het gebruik van andere psychofarmaca situeert zich voor de totale populatie tussen 5% en 12% van de jongeren.

Voor het illegale genotmiddel cannabis blijkt dat het ooit-gebruik bij de totale populatie op 25% ligt. Ook hier zien we een stijging van het gebruik tot 18 jaar. Bij deze leeftijdsgroep geeft bijna de helft (45%) van de adolescenten aan ooit cannabis te hebben gebruikt. Minstens wekelijks gebruik wordt door één op zes (15,8%) 18-jarigen gemeld, inclusief een relatief klein, maar sterk stijgend, percentage dagelijkse gebruikers (3,2%). Nagenoeg 8% van alle adolescenten heeft ooit andere illegale genotmiddelen gebruikt. Dat de conclusies voor het illegale genotmiddelengebruik zich voornamelijk toespitsen op het gebruik van cannabis heeft te maken met het gegeven dat het gebruik van de overige illegale producten, heroïne, cocaïne, ecstasy, smart drugs, amfetamines, tripen en snuifmiddelen zeer beperkt voorkomt in de bevroegde steekproef: het gaat over slechts één op twintig tot één op honderd respondenten die het gebruik ervan rapporteerden.

Het gebruik van tabak wordt in vergelijking met alcohol en zware geneesmiddelen vroeger geïnitieerd. De eerste sigaret wordt gemiddeld op 13 jaar en 6 maanden gerookt, daar waar voor alcohol en zware geneesmiddelen dit gemiddelde rond 14 jaar en 6 maanden ligt. De gemiddelde beginleeftijd van cannabisgebruik situeert zich een jaar later, op 15 jaar en 2 maanden. Met zware illegale drugs wordt gemiddeld ruim een half jaar later gestart.

We vonden een matige samenhang van het genotmiddelengebruik met het waargenomen gebruik door de ouders, maar de vastgestelde verbanden met het waargenomen gebruik door leeftijdsgenoten zijn sterker. We kunnen hieruit evenwel niet zonder meer concluderen dat leeftijdsgenoten de belangrijkste bepalende factor in de ontwikkeling van het gebruik vormen.

Communiceren over genotmiddelengebruik

Met behulp van factoranalyse werden de vragen over communicatie gegroepeerd in acht schalen. Twee schalen betreffen de

communicatie over roken. Eén schaal geeft een indicatie van de mate waarin de ouders, aldus de jongere, wijzen op de negatieve aspecten verbonden aan roken, waar de andere schaal duidt op het verbod om te roken. Communicatie over alcoholgebruik wordt weergegeven in drie schalen. De eerste schaal betreft de mate waarin ouders praten over negatieve aspecten van alcohol drinken. Een tweede schaal peilt naar de opvolging of monitoring van het alcoholgebruik. Gezien de risico's verbonden aan het gebruik van alcohol in het verkeer, peilden we met een derde schaal naar het verbod om te rijden onder invloed of met iemand mee te rijden die onder invloed is. De vragen over communicatie over gebruik van geneesmiddelen worden opgedeeld in enerzijds een schaal die de mate waarin het gebruik van geneesmiddelen opgevolgd wordt, meet en anderzijds een schaal die een indicatie geeft van de mate waarin gecommuniceerd wordt over de gezondheidsrisico's van geneesmiddelen.

	vroege	midden- adolescentie	late
aandeel gebruikers	5,6	29,2	30,0
nooit over illegale drugs gepraat	41,7	32,2	34,0
gebruik van cannabis niet toegestaan	55,9	56,9	56,9
gebruik van cannabis toegestaan	2,5	10,9	9,2

Slechts één consistente illegale genotmiddelenschaal geeft een indicatie van de mate waarin over het gebruik van illegale drugs en de risico's ervan gecommuniceerd wordt. Nochtans wordt er in twee op de drie gezinnen al gesproken over illegaal genotmiddelengebruik. Tijdens de middenadolescentie neemt het praten over genotmiddelengebruik in het gezin toe. De meeste ouders staan het gebruik van cannabis door hun adolescent niet toe. Toch merken we dat in de midden- en late adolescentie het gebruik van cannabis (volgens de jongeren) door één op tien ouders wordt toegestaan.

Het interactie-effect tussen de verschillende communicatieschalen en het gerapporteerde middelengebruik van de adolescenten blijkt zwak tot quasi onbestaande. Verdere analyses naar geslacht of naar leeftijdsgroep, resulteerden in vergelijkbare resultaten. Enkel de schaal die peilt naar de opvolging of monitoring van het alcohol-

gebruik, vertoont een matig positief verband met de frequentie van dit genotmiddelengebruik.

Evenwel is dit verband tegengesteld aan wat men zou verwachten: ouders die de alcoholconsumptie van hun zoon of dochter opvolgen, blijken kinderen te hebben die frequenter alcohol drinken. Welk gedrag de beslissende beïnvloedende factor is, valt met dit onderzoek moeilijk te achterhalen. Ook al heeft het modelgedrag van de ouders een effect op het drinkgedrag van de jongere, toch kunnen we onmogelijk besluiten dat ouderlijke monitoring jongeren frequenter doet drinken. Even goed kan de hypothese gelden dat ouders meer monitoring toepassen van zodra ze een frequenter alcoholgebruik bij hun jongere waarnemen. Dit resultaat illustreert de onmogelijkheid om deze gegevens in termen van oorzaak en gevolg te interpreteren. Een wisselwerking tussen beide bovenstaande mechanismen kan daarentegen wel aanleiding gegeven hebben tot deze onverwachte samenhang.

Verder longitudinaal onderzoek moet dit mechanisme duidelijk in kaart brengen.

Patrick Lambrecht
Prof. Caroline Andries
Tim Engels
Vakgroep Ontwikkelings- en Levensloop-
psychologie
Vrije Universiteit Brussel

Het onderzoeksrapport of de brochure kan besteld worden bij Patrick Lambrecht, Vakgroep Ontwikkelings- en Levenslooppsychologie, Vrije Universiteit Brussel, Pleinlaan 2, 1050 Brussel, tel. 02- 629 25 27, fax 02-629 25 32, e-mail Patrick.Lambrecht@vub.ac.be.



Meer middelenmisbruik bij mensen met psychiatrische stoornissen

In de Verenigde Staten (VS) werd reeds herhaaldelijk aangetoond dat middelenmisbruik hoger is bij personen met psychiatrische stoornissen: 47% bij schizofrenie en 60,7% bij bipolaire stoornis tegenover 16,7% bij de algemene bevolking. Daarnaast vindt men in Groot-Brittannië ook een duidelijk verschil tussen een stedelijke bevolking (36,3%) tegenover een plattelandsbevolking (14%). Het verschil in druggebruik tussen mensen met en zonder psychiatrische stoornissen kon in deze studie (Graham, H.L. et al., Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. (2001) 36:448-455) bevestigd worden. Beklemtoond werd dat dit gebruik niet noodzakelijk problematisch was en in sommige gevallen voor de hulpverleners een complete verrassing.



Verband tussen cannabisgebruik en depressie

Depressie en cannabisgebruik komen vaak samen voor. Of een depressie predisponerend is voor cannabisgebruik of omgekeerd, is niet duidelijk. Mensen kunnen cannabis gebruiken om hun slecht gevoel te bestrijden. Anderzijds kan chronisch cannabisgebruik ook een dysfore stemming uitlokken. Geregeld rapporteren cannabisgebruikers dat dit een vorm van zelfmedicatie is om hun angst en depressie te behandelen. Longitudinale studies bij kinderen en adolescenten tonen aan dat de aanwezigheid van depressie de kans op later cannabisgebruik vergroot. In dit epidemiologisch onderzoek (Bovasso, G.B., Cannabis abuse as a risk factor for

depressive symptoms, Am. J. Psychiatry 158:12, December 2001) vindt men echter ook bevestiging voor de hypothese dat cannabisgebruik depressieve symptomen veroorzaakt of uitlokt bij personen waar deze voordien niet aanwezig waren.



Lichte fobische klachten leiden meer tot alcoholmisbruik dan een uitgesproken fobie

In een prospectieve studie onderzochten R.M. Crum en L.A. Pratt (Crum, R.M. & Pratt, L.A., Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis, Am. J. Psychiatry 158:10, October 2001) het verband tussen sociale fobische klachten en alcoholmisbruik.

Een groep mensen, geïnterviewd in 1981, werd opnieuw ondervraagd in 1993. Van de 33 individuen bij wie de diagnose sociale fobie werd gesteld, bleek er slechts één zwaar gedronken te hebben en bij geen enkele kon alcoholafhankelijkheid vastgesteld worden.

Bij de groep met een geschiedenis van subklinische sociale fobie, werd bij 12% alcoholabus en bij 9.5% alcoholafhankelijkheid gevonden.

Dit zou kunnen betekenen dat mensen met sociale angsten, die angstwekkende situaties niet speciaal trachten te vermijden, meer kans lopen alcohol als medicijn te gebruiken. De personen met een uitgesproken sociale fobie zullen volgens de onderzoekers meer vermijdingsgedrag ontwikkelen, maar ook vroeger hulp zoeken en behandeld worden.



Veel psychiatrische stoornissen bij hepatitis-C-patiënten

In de Verenigde Staten wordt het aantal personen dat geïnfecteerd is met het hepatitis-C-virus geschat op vier miljoen. De overdracht gebeurt vaak via injecterend druggebruik, dat de belangrijkste oorzaak van nieuwe gevallen is geworden. 50% tot 80% van de injecterende druggebruikers zijn hepatitis-C-positief. Ook bij patiënten met alcoholische leverziekten vindt men bij 46% een hepatitis-C-infectie.

In dit onderzoek (Yovtcheva, S.P. et al., Psychiatric comorbidity among hepatitis-C-positive patients, Psychosomatics 42:5, September-October 2001) wordt gezocht naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen bij hepatitis-C-patiënten.

Naast middelenmisbruik vindt men bij 34% stemmingsstoornissen, bij 26% angststoornissen, bij 30% persoonlijkheidsstoornissen (voornamelijk cluster B) en bij 17% psychotische stoornissen.

De onderzoekers herinneren er ook aan dat de behandeling van hepatitis C met Interferon daarenboven ook nog eens neuropsychiatrische bijwerkingen kan veroorzaken zoals vermoeidheid, prikkelbaarheid, depressie, angst, psychose, cognitieve stoornissen en delier.



Ecstasy en serotonine

In Amsterdam werd een onderzoek (Reneman, L. et al., Effects of dose, sex, and long-term abstinence from use on toxic effects of MDMA (ecstasy) on brain serotonin neurons, The Lancet 358:1, December 2001) verricht bij ecstasygebruikers en ex-gebruikers naar het effect op korte en lange termijn op de serotoninenuronen. Serotonine speelt een belangrijke rol in de stemming. Bij depressieve mensen wordt een tekort aan vrije serotonine vastgesteld.

Bij zwaar ecstasygebruik werd een vermindering van deze neuronenvaarnomen. Vooral vrouwen blijken gevoelig voor het neurotoxisch effect van MDMA. De schade blijkt reversibel te zijn.



Evolutie in het druggebruik

Volgens een onderzoek aan de universiteit van Michigan (Kupersanin, E., More teens using ecstasy, but increase begins to slow, *Psychiatric News*, February 1, 2002) neemt het gebruik van ecstasy bij jongeren nog steeds toe. De toename verloopt het laatste jaar wel trager en de jongeren blijken het gevaar van experimenteren met ecstasy veel beter te kennen dan een jaar geleden. Het gebruik van andere drugs (crack, cocaïne, LSD en snuifmiddelen) is de laatste jaren significant gedaald. Het gebruik van cannabis is ongeveer gelijk gebleven (37% à 38% van de 17- tot 18-jarigen). Het tabaksgebruik is afgenomen.



Persoonlijkheidstesten bevestigen de typologie van Cloninger

In het Brugman Ziekenhuis te Brussel werden gedurende drie maanden alle patiënten, opgenomen in de afdeling voor alcoholontwenning gescreend met de SCID (Structured Clinical Interview for DSM, axis I). (Basiaux, P. et al., Temperament and Character Inventory (TCI). Personality profile and sub-typing in alcohol patients: a controlled study, *Alcohol & Alcoholism*, 36:6, 584-587, 2001)

Van de geïncludeerde patiënten (geen ander middelenmisbruik, geen psychose) werd een Temperament and Character Inventory (TCI) afgenomen. Het onderzoek leidde tot een onderscheid tussen vroegtijdig en laattijdig ontstaan van het alcoholmisbruik wat de Cloninger typologie ondersteunt. Vooral bij die patiënten waar het alcoholmisbruik vroeg is ontstaan, worden meer persoonlijkheidsstoornissen gevonden.

Ook bij vrouwelijke alcoholisten zijn subgroepen te onderscheiden

J. Hallman, M. Persson and B.A. Klinteberg (Hallman, J. et al., Female alcoholism: differences between female alcoholics with and without a history of additional substance misuse, *Alcohol & Alcoholism*, 36:6 564-571, 2001) trachten de vrouwelijke alcoholisten te differentiëren, naar analogie van de typologie die Cloninger bij mannelijke alcoholisten ontwikkeld heeft. Hiervoor gebruikten zij enerzijds testen om persoonlijkheidstrekken te onderscheiden en anderzijds maten ze het niveau van de monoamineoxidase (MAO). Daarnaast werd gevraagd naar bijkomend middelenmisbruik. De onderzoekers vonden een subgroep van vrouwelijke alcoholisten die in de voorgeschiedenis andere drugs dan alcohol hadden gebruikt. Dit kenmerk ging vaak samen met persoonlijkheidskenmerken die we ook bij mannelijke type-2 alcoholisten aantreffen. In tegenstelling tot bij mannelijke alcoholisten werd bij vrouwen geen verschil in MAO-activiteit gevonden.



Alcohol- en druggebruik bij jongeren in Europa

In een Europese studie (Plant, M. & Miller, P., Young people and alcohol: an international insight, *Alcohol & Alcoholism*, 36:6, 513-515, 2001) werd in 1999 voor de tweede maal het alcohol- en druggebruik van schoolgaande jongeren (15-16 jaar) vergeleken in verschillende (dertig) landen.

Alhoewel het gebruik van illegale drugs in Groot-Brittannië verminderd lijkt te zijn, blijven zij de koploper in vergelijking met de andere landen.

Alcoholgebruik blijkt, volgens eigen rapportering, het hoogst bij jongeren uit Groot-Brittannië, de Faröer-eilanden, Finland, Groenland, IJsland en Ierland. Het laagst rapporteren de jongeren van Cyprus, Frankrijk, Griekenland, Italië, Malta en Portugal.

In landen met het hoogste aantal jongeren dat veel alcohol drinkt, wordt algemeen, dus ook door de volwassenen het meest

gedronken en worden de meeste gevallen van 'binge-drinking' aangetroffen.

Jongeren blijken in hun denken en beleving omtrent drinken sterk beïnvloed door de cultuur waarin ze leven. Hen confronteren met de gevaren van alcoholintoxicatie, risico's onder invloed en dergelijke botsen meestal op de zogenaamde 'persoonlijke mythe', samengevat als 'mij zal niets gebeuren'.



Middelenmisbruik vooral bij jonge schizofreniepatiënten

In Londen werd het drugmisbruik bij schizofrene patiënten nagegaan. Alcoholabusus werd niet in het onderzoek betrokken. Van diegene die bereid waren te antwoorden rapporteerden 21,5% drugmisbruik in de voorgeschiedenis. Bij de groep van 35 jaar of jonger was het echter 57%, bij die van 36 jaar of ouder slechts 9%. Meestal ging het over cannabis.

Er kon geen verband aangetoond worden tussen het drugmisbruik en het optreden van positieve en negatieve symptomen, tardieve dyskinesie of depressie.

Er zijn aanwijzingen dat de reden voor gebruik niet zozeer automedicatie is, maar dat schizofreniepatiënten om dezelfde redenen gebruiken als de algemene bevolking. (Duke, P. et al., Comorbid non-alco-

hol substance misuse among people with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* (2001), 179, 509-513)



Psychiatrische comorbiditeit bij gokverslaafden

Volgens recente schattingen zou 1,1% van de Noord-Amerikanen het laatste jaar gokproblemen gehad hebben en 1,6% ooit tijdens hun leven.

In dit onderzoek (Ibàñez, A. et al., *Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment, Am. J. Psychiatry, 158:1733-1735, 2001*) wordt gepoogd een idee te krijgen van de mate van psychiatrische comorbiditeit bij gokverslaafden die in behandeling zijn.

De onderzoekers vonden een psychiatrische stoornis bij 62,3% van de gokkers. Het ging om persoonlijkheidsstoornissen (42%), alcoholmisbruik of -afhankelijkheid (33,3%) en aanpassingsstoornissen (17,4%). Gokverslaafden met comorbiditeit vertoonden een meer uitgesproken pathologie, zowel wat ernst van het gokken als van de psychopathologie betrof. Er waren ook aanwijzingen voor een erfelijke factor (dopamine D₂ receptorgen) bij de zwaarste groep.



Gedragstoornissen en middelenmisbruik bij jongeren

Bij hun onderzoek naar het verband tussen gedragstoornissen en middelenmisbruik bij jongeren vonden deze onderzoekers (Kuperman, S., et al., *Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence, Am. J. Psychiatry, 158:2022-2026, 2001*) dat bij adolescenten met alcoholafhankelijkheid eerst gedragstoornissen aanwezig waren, daarna middelenmisbruik en pas daarna alcoholafhankelijkheid. De gedragstoornissen gaan dus het middelenmisbruik vooraf. Vooral ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) en conduct disorder zijn risicofactoren.

Frieda Matthys

VERSLAG STUDIEDAG

Slotconferentie van het Europese project 'Vulnerable people. Addicted mothers and their young children' 18 februari 2002, Gent

'Vulnerable people. Addicted mothers and their children' is een Europees samenwerkingsproject waarin België vertegenwoordigd werd door De Sleutel (Vlaanderen) en Trempline (Wallonië). Voor de slotconferentie op 18 februari 2002 in Gent kwamen heel wat geïnteresseerden opdagen.

In haar inleiding gaf projectleider Ineke de Bruin (Parnassia, Den Haag) aan wat de verschillende voorzieningen die deelnemen aan het project van elkaar geleerd hebben, wat ze bereikt hebben en wat ze in de toekomst nog samen zouden kunnen doen.

Het is niet evident dat voorzieningen, verspreid over heel Europa, tot een gezamenlijke, globale strategie komen. Daarvoor zijn de nationale wetgevingen en cultuurhistorische perspectieven betreffende verslaving, families en opvoeding te bepalend.

Men was het er globaal over eens dat kin-

deren van drugverslaafde ouders zo lang en zo veel mogelijk bij de ouders moeten kunnen verblijven en dat ouders moeten ondersteund worden in hun rol als ouder. Om dit te realiseren is deskundigheidsbevordering nodig. Drughulpverleners moeten getraind worden in het omgaan met gezins- en opvoedingsproblemen. Bij hulpverleners uit de niet-categoriale zorg is er nood aan kennis over druggebruik en de gevolgen ervan.

Eén van de doelstellingen van het project was het opzetten van een regionaal netwerk en volgens I. De Bruin zijn alle deelnemende voorzieningen daarin geslaagd.

Ten slotte is er bij de Europese Commissie een voorstel ingediend voor een follow-upproject waarin een vormingsmodule zou ontwikkeld worden voor professionals. Zowel kennisoverdracht als vaardigheidstraining zouden er een plaats in moeten krijgen.

L. Grosso stelde de werking van Gruppo Abele (Italië) voor en gaf enkele interventiestrategieën aan die zij er hanteren:

- Hoe vroeger de interventie, hoe beter.
- Men organiseert de hulpverlening best zoveel mogelijk in de eigen omgeving van moeder en kind.

- In sommige situaties gaat men beter over tot een residentiële opname van moeder en kind. Daarvoor zullen meer opvangmogelijkheden in de hulpverlening moeten gecreëerd worden.
- Scheiding van moeder en kind mag slechts een laatste optie zijn.

J. De Clercq gaf een mooi gestructureerde uiteenzetting over het werken met kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP) dat ook in Vlaanderen enkele toepassingen kent.

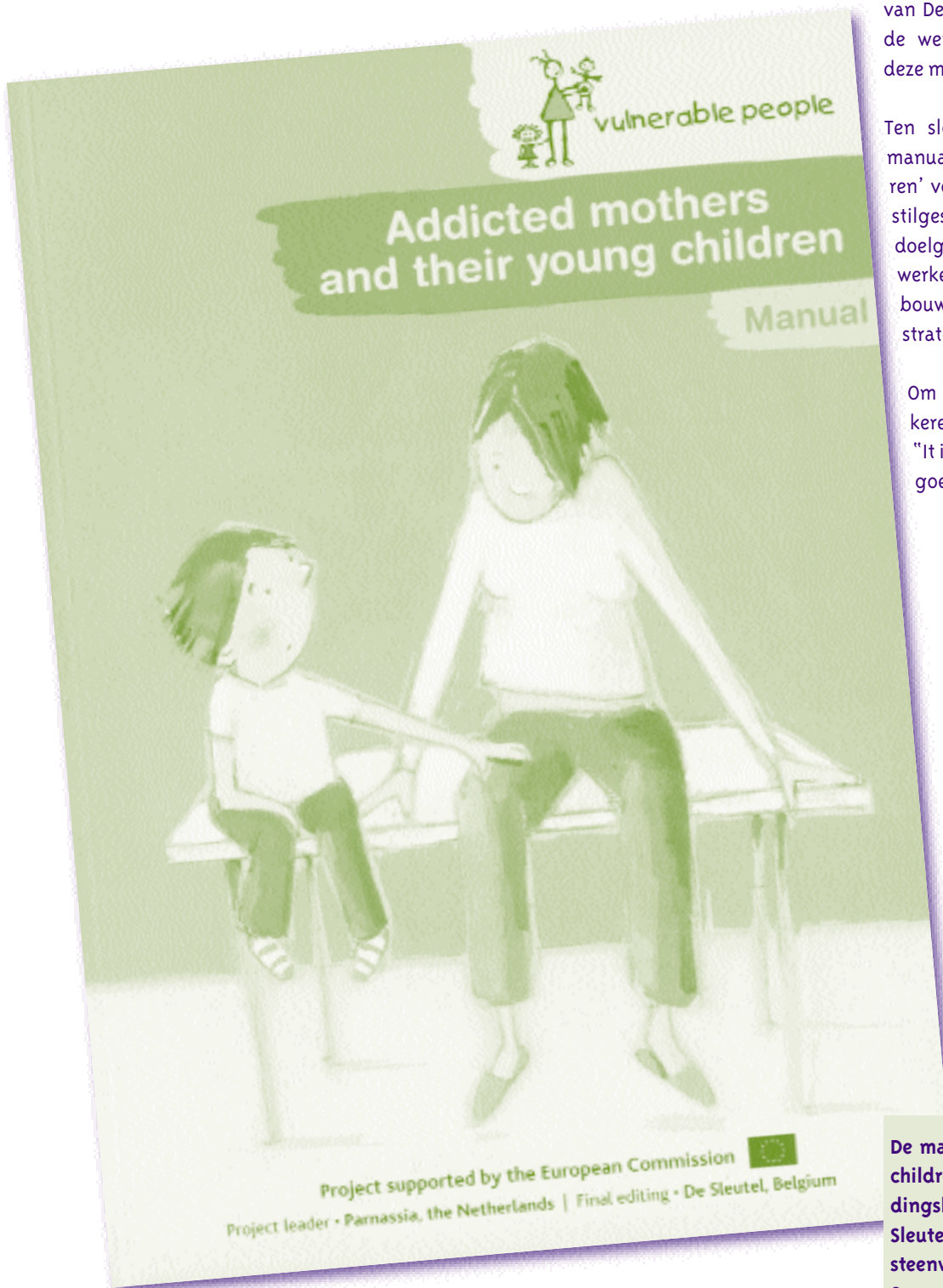
In één van workshops 's namiddags belichtten W. Vanderplasschen en I. Derluyn enkele thema's uit het 'Exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de

hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen', dat vorig jaar in opdracht van VAD uitgevoerd werd. W. Vanderplasschen ging vooral in op de knelpunten en de aanbevelingen voor de ambulante hulpverlening. I. Derluyn bracht een grondige uiteenzetting over Video-interactiebegeleiding, een begeleidingsmethodiek die geïmplementeerd werd in de Tipi (residentiële behandeling voor verslaafde moeders en hun kinderen) van De Kiem. Zowel het theoretisch kader, de werkwijze als de implementatie van deze methodiek werden belicht.

Ten slotte stelde P. Van der Kreeft de manual 'Addicted mothers and their children' voor. Er wordt in dit inleidende werk stilgestaan bij de problemen van deze doelgroep, de invloed die gezondheidswerkers kunnen uitoefenen en de uitbouw van preventie en hulpverleningsstrategieën.

Om te besluiten een citaat dat enkele keren terugkwam op deze conferentie: "It is often a matter of chance if your life goes in the right direction."

Geert Verstuyf



De manual 'Addicted mothers and their children' kan gratis (exclusief verzendingskosten) besteld worden bij De Sleutel, dienst preventie, Hundelgemsesteenweg 1, 9820 Merelbeke, tel. 09-231 81 92.



Krikke, H. (2001). *Nuchter. Ontsnappen aan Koning Alcohol*. Van Gennep: Amsterdam.

Hans Krikke, die twee jaar lang een zelfhulpgroep van de Anonieme Alcoholisten (AA) in Amsterdam volgde, laat in dit boek de betrokkenen hun eigen verhaal vertellen. Hij geeft aan welke gemeenschappelijke hindernissen alcoholisten tegenkomen in hun pogingen om voorgoed met de drank af te rekenen. Daarnaast laat hij zien waar de reguliere zorg faalt en hoe de zelfhulpgroepen de rol van 24-uurscrisisdienst krijgen toegeschoven. Het boek bundelt een aantal verhalen over de thema's: 'ongeneeslijk ziek', 'God redt' en 'het onleefbare leefbaar'. In het vierde deel wordt een korte toelichting gegeven over de spelregels en werkingsprincipes van de AA.



Mack, A. & Joy, J. (2001). *Marijuana as medicine*. National Academy Press: Washington, DC.

Alison Mack en Janet Joy trachten in dit boek op een wetenschappelijk gefundeerde manier na te gaan of marihuana de pijn en het lijden, veroorzaakt door bepaalde ziekten, kan verzachten waar de klassieke geneeskunde faalt. Zij baseren zich hiervoor op het 'Marijuana and Medicine'-rapport van het Amerikaanse Institute of Medicine en vertalen de wetenschappelijke inzichten voor een breder publiek. Het gebruik van marihuana bij pijn, aids, kanker, spierspasmen, neurologische ziekten en glaucoom passeren de revue. Daarnaast wordt er ook aandacht besteed aan de schadelijke effecten van marihuana, medicinale afgeleiden van marihuana en wettelijke aspecten van het medicinaal gebruik van marihuana.



Calafat, A. et al. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture*. Sonar project. Martin Impresores: Valencia.

In deze publicatie van IREFREA (Institut

Européen pour la recherche des facteurs de risque chez l'enfant et l'adolescent) wordt het nachtleven van jongeren, en meer bepaald het recreatieve gebruik van illegale drugs, onder de loep genomen. Voor deze studie werden 2.700 jongeren in negen populaire Europese uitgaanssteden bevroegd met behulp van een vragenlijst. Daarnaast werd er in elke stad ook twee maal een etnografische studie verricht, die geanalyseerd werd in combinatie met de kwantitatieve data van de vragenlijsten. De perceptie en verdeling van de vrije tijd, subculturen, druggebruik en -misbruik, controle over het gebruik van ecstasy, en risicogedrag komen allemaal aan bod. Dit boek kan ook integraal gedownload worden van www.irefrea.org.



Simpura, J. & Karlsson, T. (2001). *Trends in drinking patterns in fifteen european countries, 1950 to 2000*. Gummerus Printing: Saarijärvi.

Dit onderzoeksrapport maakt deel uit van de European Comparative Alcohol Study (ECAS). Het grootste deel van het rapport wordt ingenomen door 'country reports', die gebaseerd zijn op vragenlijsten over alcoholgebruik die afgenomen werden bij volwassenen tussen 1950 en 2000. Er werd onder andere gepeild naar gebruiksfrequentie, gender- en leeftijdsverschillen, context van gebruik en rijden onder invloed. In de meeste landen werden betrekkelijk weinig studies verricht die ook maar een beperkt aantal aspecten van alcoholgebruik behandelen. Het rapport stelt dat kwalitatieve aspecten van alcoholgebruik traag veranderen, zelfs in aanwezigheid van grote kwantitatieve veranderingen. Naast de country reports wordt er in de inleiding ook ingegaan op een aantal methodologische aspecten van het meten van alcoholgebruik en dataverzameling.



Van Laar, M. (2001). *Cognitive and psychomotor effects of anxiolytic and antidepressant medications: comparing the old and the new*. Print Partners Ipskamp: Enschede.

In dit proefschrift worden de ongewenste cognitieve en psychomotorische bijwerkingen van de oudere en de nieuwere generatie antidepressiva en kalmeermiddelen vergeleken. Om dit op een objectieve manier te kunnen vergelijken werd een aantal studies uitgevoerd zoals een rijtest, experimentele labotests en metingen van de hersenactiviteit. In het tweede deel wordt een cognitief profiel opgesteld van verschillende antidepressiva en wordt een aantal studies besproken die de mentale processen die aan de grondslag liggen van ons cognitief functioneren trachten te ontzamen.

VAD-bibliotheek plaatst catalogus op internet

De VAD-bibliotheek lanceerde eind februari FLORIS (Flemish On-line Resource Inventory on Substance abuse).

Via FLORIS wil de bibliotheek enkele databanken beschikbaar stellen op internet. De boekencatalogus staat nu al op de website. Deze catalogus bevat bibliografische beschrijvingen van ruim 5.000 boeken die in de bibliotheek kunnen worden geraadpleegd of uitgeleend. Aan ieder werk werden een aantal trefwoorden toegekend, zodat bezoekers niet hoeven te raden welke woorden zoal in de titel zouden kunnen voorkomen als ze literatuur over een bepaald onderwerp zoeken.



Floris

Later zullen nog twee databanken toegevoegd worden. De databank 'Wetgeving' bevat verwijzingen naar wetteksten. Het ministerie van Justitie biedt op haar website een Wetgevingsindex aan. Een lovenswaardig initiatief, maar wie de term 'drugs' opzoekt zal slechts twee wetteksten vinden. Wie alle wetteksten wil vinden moet er ook aan denken om te zoeken naar termen als 'verdovende middelen', 'psychotrope stoffen' en zelfs 'psychotropische stoffen'. Om dit euvel te vermijden zijn de wetteksten in FLORIS ontsloten met trefwoorden. Kers op de taart wordt de databank 'Inter-

netpublicaties'. Het is handig om via internet referenties te vinden, maar het wordt nog veel interessanter als je de documenten ook full text kunt lezen. Het zoekscherm zal er uitzien als dat van de boekencatalogus, maar bij de treffers wordt er niet verwezen naar een plaats op een boekenplank, maar naar een internetadres. Je kunt meteen doorklikken zodat je het document kan bekijken, afdrukken of downloaden.

De huidige databank VADIS (VAD Informatiesysteem) blijft bestaan als geïntegreerde catalogus van alle bibliotheekmaterialen. Behalve de bovenvermelde publicaties

zijn er materialen in te vinden waar minder vraag naar is: folders, papers, de historische collectie, ... VADIS kan enkel ter plaatse in de bibliotheek worden geraadpleegd. FLORIS is toegankelijk via www.vad.be/florisboeken.asp.

Marc Wauters

In de VAD-bibliotheek kan je elke dinsdag, woensdag en donderdag terecht van 10u tot 16u: E. Tollenaerstraat 15, 1020 Brussel.

VOOR U GELEZEN

Schweitzer, L. (2000). *Wijkgericht werken, een praktische uitwerking. Werkwijze en ervaringen van alcohol- en drugspreventie in een community*. Jellinek Preventie: Amsterdam.

Jellinek Preventie heeft sinds 1993 heel wat ervaring opgebouwd met verslavingspreventie (ik neem hier de Nederlandse term over) in Amsterdamse wijken. Die ervaring hebben ze nu neergeschreven in een "praktische bruikbare handleiding".

Voor een goed begrip van zaken krijgen we eerst kort wat uitleg over gezondheidsbevordering en de community-aanpak. Een community-project is "een intersectoraal samenwerkingsverband met en voor een bepaalde wijk waarbij verschillende preventiemethodieken worden ingezet. Het is vooral een systeemgerichte aanpak gericht op het herkennen van ongezond gedrag, het weer gezond maken en houden van de mensen zelf en hun omgeving". Belangrijke principes zijn: integrale en intersectorale aanpak en empowerment en participatie. Maar, zo geeft de auteur van deze publicatie eerlijk toe, in de Nederlandse projecten is er van een actieve participatie nog nauwelijks sprake. Het betrekken van de bevolking krijgt vooral vorm in het consulteren van de bewoners van een wijk.

Waarom zouden we nu kiezen voor een wijkgerichte aanpak? Het maakt het mogelijk om projecten op maat van de wijkbewoners te ontwikkelen, om verslavingspro-



blemen vroegtijdig op te sporen, om gezondheidsproblemen samen met problemen op andere levensterreinen aan te pakken, om met moeilijk bereikbare groepen (bijvoorbeeld allochtone organisaties) in contact te komen. De kleinere schaal maakt ook de samenwerking en doorverwijzing overzichtelijker en de betrokkenheid van beleidsmakers is groter omdat beleidsbeslissingen op lokaal niveau ook een invloed hebben op hun eigen situatie.

Tot daar de theorie. De meeste aandacht gaat naar de praktische invulling van een wijkproject, naar de beschrijving van hun werkwijze aan de hand van een stappenplan. De negen stappen zijn:

- diagnose
- een projectgroep oprichten
- wat wil de wijk?
- een projectplan schrijven
- van projectplan naar een concreet actieplan
- acties in de wijk
- eerste stap in de implementatie: van actie naar beleid
- evalueren, bijstellen en nieuwe projecten opzetten
- tweede stap in de implementatie: consolideren.

Om het concreet bruikbaar te maken krijg je bij een aantal stappen, telkens heel kort, een checklist met vragen (bijvoorbeeld voor de inventarisatieronde en voor procesevaluatie) en aandachtspunten (bijvoorbeeld voor een concreet actieplan).

Voor Jellinek bestaat een goed uitgebouwd wijkproject uit een mix van de vijf volgende preventieactiviteiten:

- deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren, bijvoorbeeld training van huisartsen in het signaleren van en omgaan met problematisch alcoholgebruik;
- beleidsontwikkeling in instellingen, bijvoorbeeld regels over het schenken van alcohol in het buurthuis aanscherpen;
- voorlichting aan jongeren, bijvoorbeeld preventieprojecten in scholen;
- opvoedingsondersteuning van (allochtone) ouders, bijvoorbeeld een onderdeel over alcohol en drugs verzorgen in een opvoedcursus voor allochtone ouders;
- voorlichtingsactiviteiten gericht op de wijkbewoners, bijvoorbeeld artikels in huis-aan-huisbladen, standjes op markten.

Ze wijzen ook op het belang van een public-relationsplan: je moet de wijk laten weten waarmee je bezig bent.

Het opzet van de vertaling van praktijkervaringen naar een gestructureerde aanpak maakt dit boekje ook geschikt voor gebruik buiten Amsterdam én buiten de verslavingszorg, zo lezen we in het voorwoord. Projectmatig en gestructureerd werken is inderdaad ook van toepassing op andere thema's zoals wonen. Of Vlaamse wijken en buurten klaar zijn om, naar Nederlands voorbeeld, preventief rond alcohol en drugs te werken, is een paar andere mouwen. Begrijpelijkerwijs komen voor het buurt- en opbouwwerk thema's als huisvesting, tewerkstelling en leefbaarheid op de eerste plaats. De aanpak van druggerelateerde overlast kan eventueel wel een plaats krijgen in het werken aan de leefbaarheid. In Vlaanderen zien we dat niet op het niveau van een wijk, maar op niveau van de gemeente werk gemaakt wordt van een alcohol- en drugbeleid. De publicatie is hierop ook toepasbaar. Vooral voor mensen die nog niet vertrouwd zijn met het lokaal en integraal werken rond alcohol en drugs is dit een aangename kennismaking. Het is een heel vlot leesbaar boekje: het is helder geschreven en ook het volume (43 bladzijden) maakt het heel verteerbaar. Mensen die wel al wat over het thema gelezen hebben (ik denk aan 'Een lokaal alcohol- en drugoverleg: van schakels tot ketting', CAT Preventiehuis, 1998, 'Samen aan de drugs...preventie. Handleiding voor een gemeentelijk drugpreventiebeleid', provincie West-Vlaanderen, 1996 en 'Behoud het genieten. Achtergronden, strategieën en mogelijkheden voor een gemeentelijk alcoholbeleid', Stichting Welzijnzorg Provincie Antwerpen, 1995), zullen misschien, net als ondergetekende, wat op hun honger blijven zitten. Ik liet me verleiden om dit boekje te lezen omdat in het voorwoord staat dat de handleiding verrijkt is met inspirerende successen en leerzame mislukkingen. Ik vind dit nogal magertjes uitvalen. In de literatuurlijst, worden de plannen, verslagen en protocollen, ontwikkeld in de wijkprojecten van Jellinek Preventie vermeld. Dàt zou een interessante aanvulling kunnen zijn op dit boekje.

Els Vandenberghe

KORT GENOTEERD

Verwilghen heft kredietkaartentaboe in casino's op

Minister van Justitie Marc Verwilghen (VLD) werkt aan een wetsontwerp dat het mogelijk maakt om weer met kredietkaarten te betalen in casino's. Daarmee komt hij tegemoet aan de wensen van de Kansspelcommissie en van de casino-uitbaters. Die laatsten vroegen om de herinvoering van de betaalkaart na overvallen op goktempels in Namen en Chaudfontaine. Verwilghen's ontwerp wijzigt een wet uit 1999, die medio vorig jaar in werking trad. Deze wet verbodt casino's om kredieten toe te staan. Het verbod moest zware gokkers tegen zichzelf beschermen, reden ook waarom Bancontactautomaten taboe werden. Dat leidde tot meer cashgeld en overvallen in de casino's.

Bron: De Morgen, 20/02/2002

Uniek vonnis: druggebruiker is lichamelijk ongeschikt om te rijden

Een chauffeur die twee jaar geleden betrappt werd toen hij gedrogeerd achter het stuur zat, is door de politierechtbank van Sint-Niklaas één jaar 'lichamelijk ongeschikt om te rijden' verklaard. Het is de eerste keer dat een rechter in ons land zo'n uitspraak doet.

De 23-jarige J.V. werd eerst veroordeeld tot zes maanden rijverbod, maar ging in beroep. Tijdens het proces bleek dat de man de jongste jaren bijna dagelijks drugs gebruikte. Hij zei ook niet te willen afkicken.

Op basis van die verklaringen besliste de rechter dat hij maatregelen moest nemen om de andere weggebruikers te beschermen. Hij verklaarde de man lichamelijk ongeschikt om te rijden. Volgens de rechter is iemand die regelmatig drugs gebruikt niet in staat veilig een voertuig te besturen. Voor J.V. zijn rijbewijs terugkrijgt, moet hij een geneeskundig onderzoek ondergaan.

Bron: Het Laatste Nieuws, 22/01/2002

NIEUW MATERIAAL

GEZINNEN ONDER INVLOED, INVLOEDRIJKE GEZINNEN. EEN PROGRAMMA VOOR KINDEREN UIT GEZINNEN MET ALCOHOLPROBLEMEN.

In het november-decembernummer van VAD-berichten vond u een uitgebreid artikel over dit project, uitgevoerd door de Afdeling Afhankelijkheidsstoornissen van het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen in Tienen. Rond deze tijd verschijnen vier publicaties over dit thema:

- Het draaiboek voor hulpverleners is een handleiding voor hulpverleners in de residentiële en ambulante verslavingszorg die een groep voor kinderen van ouders met een alcoholprobleem willen opstarten en begeleiden.
- Voor de kinderen die deelnemen aan de groepsbijeenkomsten, werden twee werkboekjes uitgewerkt: één voor de min-twaalfjarigen (juniors) en één voor de plus-twaalfjarigen (tieners).
- Ten slotte zal ook een projectverslag met een literatuurstudie en een evaluatie gepubliceerd worden.



BESTELBON

naam publicatie	bestelcode	eenheidsprijs	aantal	totaal
Gezinnen onder invloed, invloedrijke gezinnen: draaiboek voor hulpverleners	HVDo4	7,5 €		
Gezinnen onder invloed, invloedrijke gezinnen: werkboekje voor juniors	HVWo1	2 €		
Gezinnen onder invloed, invloedrijke gezinnen: werkboekje voor tieners	HVWo2	2 €		
Gezinnen onder invloed, invloedrijke gezinnen: literatuurstudie en evaluatie	HVLo1	9 €		
Lindestraat 14, vormingsavond voor ouders over druggebruik bij jongeren, herziene uitgave maart 2002	SCDo1	18,59 €		
VAD-catalogus: overzicht van alle publicaties	DOC	gratis		
			TOTAAL	

De prijzen zijn inclusief BTW, maar 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

Naam:

Leveringsadres:

Facturatieadres:

Tel.: Datum bestelling:

Handtekening: