

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



Zitting 2008-2009

6 maart 2009

ACTIEPLAN

over tabak, alcohol en drugs 2009-2015

ingediend door mevrouw Veerle Heeren,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009 - 2015

1. Beleidsvisie

- 1.1. Probleemstelling
- 1.2. Gezondheidsdoelstellingen
- 1.3. Internationale aanbevelingen
- 1.4. Een integrale, beleidsmatige aanpak voor Vlaanderen
- 1.5. Afstemming met andere bevoegdheden

2. Sectoren en doelgroepen

- 2.1. School
- 2.2. Werkplek
- 2.3. Vrije tijd
- 2.4. Jongeren met een hoogrisicoprofiel in voorzieningen van Bijzondere Jeugdzorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- 2.5. Gevangenen
- 2.6. Lokale besturen
- 2.7. Welzijns- en gezondheidswerkers
- 2.8. Gezinnen
- 2.9. Doelgroepen voor hulpverlening

3. Krachlijnen voor actie

Structurele krachtlijnen

- 3.1. Afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden voor Vlaamse actoren
- 3.2. Optimale en doelmatige aanwending van de capaciteit voor uitvoering op het terrein
- 3.3. Investeren in registratie, monitoring en effectevaluatie

Strategische krachtlijnen

- 3.4. Impact van de bestaande preventieve acties verbeteren
- 3.5. Methodieken rond tabak, alcohol en drugs integreren waar mogelijk
- 3.6. Uitbouw van rookstopbegeleiding en vroeginterventie voor alcohol- en drugproblemen
- 3.7. Systematische aandacht voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden) en genderverschillen

Bijlagen

- Overzicht van de Vlaamse investeringen in preventie van gezondheidsschade door tabak, alcohol en drugs 2005 - 2008
- Ontwerp van actieplan zoals ingediend bij de minister door de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs
- Inventaris van feedback uit toetsingronde, rapport opgesteld door de UA

1. Beleidsvisie

De preventie van gezondheidsschade veroorzaakt door tabak, alcohol en drugs is een complexe aangelegenheid. Willen we komen tot een effectief beleid, dan is een coherente, onderbouwde en realistische beleidsvisie noodzakelijk.

Onderstaande tekst legt de grote lijnen vast van een dergelijke visie. Na een korte probleemschets en de weergave van de gezondheidsdoelstelling die door de gezondheidsconferentie van november 2006 werd geformuleerd, gaat deze tekst in op de bestaande evidence voor een 'integrale aanpak': het gelijktijdig invoeren van een reeks van elkaar ondersteunende maatregelen, waarvan de effectiviteit is bewezen. Er bestaat in de internationale gemeenschap en in wetenschappelijke middens een sterke consensus over deze manier van werken, wat ook blijkt uit de internationale aanbevelingen en verdragen. Deze aanpak wordt vervolgens vertaald naar een model van integrale benadering voor Vlaanderen, dat kan worden toegepast binnen alle sectoren en voor alle doelgroepen. Tot slot wordt er ook een overzicht gegeven van de beleidsdomeinen die een rol te spelen hebben, op de verschillende beleidsniveaus, en de bestaande mogelijkheden tot overleg en afstemming.

1.1. PROBLEEMSTELLING

Het Rapport 'Middelengebruik in Vlaanderen' (Van Hal, 2007) biedt een overzicht van het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs. De belangrijkste conclusies uit dit rapport¹ zijn de volgende:

- Alcohol is de meest ingeburgerde drug bij scholieren, studenten en de Vlaamse bevolking. Op 18-jarige leeftijd heeft 95% van de leerlingen alcohol gedronken. 67% van de bevolking drinkt wekelijks alcohol.
- Scholieren starten over het algemeen al op 13 jaar met roken en drinken. Dit staat haaks op de huidige wetgeving die zegt dat het verboden is om alcohol (bier en wijn) te schenken en sigaretten te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar. Het schenken en verkopen van sterke drank is verboden onder de 18 jaar.
- Gebruik en risicovol gebruik van middelen komen het meest voor bij mannen en bij leerlingen uit het BSO en TSO.
- De laatste jaren is het gebruik van tabak bij scholieren afgenomen. Het alcoholgebruik is in deze groep de laatste jaren constant gebleven. Wat betreft het gebruik van cannabis bij scholieren ziet men tussen 2000 en 2005 een lichte daling in occasioneel en regelmatig gebruik. Bij de Vlaamse bevolking is er geen wijziging in het rookgedrag de afgelopen jaren. Men neemt hier wel een lichte stijging in het regelmatige gebruik van alcohol waar.
- Uit de registratiegegevens van de hulpverlening blijkt dat voornamelijk mannen met een alcohol- of drugprobleem in de hulpverlening terechtkomen. Ook ziet men dat alcoholproblemen voornamelijk behandeld worden op latere leeftijd, terwijl problemen met cannabis en andere illegale drugs op jongere leeftijd behandeld worden. Een groot deel van de cliënten die beroep doen op de hulpverlening gebruikt meer dan één middel.

¹Dit rapport kan geraadpleegd worden op <http://www.zorgengezondheid.be/default.aspx?id=5366>. Meer omvattende gegevens over tabak, alcohol en drugs zijn beschikbaar (De Donder E., 2008, Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2005-2006, VAD. Onderzoek uitgevoerd door IPSOS in opdracht van de Stichting tegen Kanker, november 2007, zie www.kanker.be).

- De gegevens over de gezondheidsschade van de verschillende middelen zijn niet goed vergelijkbaar omdat de problematiek van de middelen sterk verschilt. Als we dit toch doen, zien we dat er voor elke drugdode, 4 sterfgevallen door alcohol en 40 sterfgevallen door tabak zijn. Uitgedrukt in Verloren Potentiële Levensjaren (VPJ) zien we één VPJ door drugs, 3 VPJ door alcohol en 18 VPJ door tabak.
- Het is duidelijk dat ook hier mannen er slechter aan toe zijn dan vrouwen. Mannen sterven 6 keer meer aan tabaksgerelateerde aandoeningen, 3 keer meer aan alcoholgerelateerde aandoeningen en 5 keer meer aan druggerelateerde aandoeningen dan vrouwen. Wel is het zo dat de gezondheidsschade door tabak bij mannen langzaamaan afneemt, terwijl dit bij vrouwen toeneemt.
- De beperkte gegevens over maatschappelijke kosten en baten van middelen geven aan dat de maatschappelijke kost van alcoholgebruik in alle onderzochte regio's het hoogste ligt. Tabak komt op de tweede plaats en illegale drugs staan op de laatste plaats. Nochtans geeft de overheid meer geld uit aan het beleid op vlak van illegale drugs dan aan het tabaks- of alcoholbeleid. Dit heeft vooral te maken met de kosten voor criminaliteitsbeheersing.

Gebruik en/of misbruik van tabak, alcohol en illegale drugs kunnen schade veroorzaken aan individu, omgeving en samenleving. Hoewel de meerderheid van de bevolking alcohol drinkt, krijgt slechts een minderheid (5 à 10%) problemen als gevolg van dit gebruik. Voor tabak geldt meer en meer dat niet-roken de enige gezonde keuze is. Ook voor het gebruik van illegale drugs deelt de meerderheid van de bevolking deze opvatting. Hoewel er specifieke deelgroepen bestaan die het recreatieve gebruik van (bepaalde) illegale drugs niet-probleematisch vinden.

Problemen als gevolg van tabak, alcohol en illegale drugs zijn op de eerste plaats gezondheidsproblemen.

- Tabak veroorzaakt in de eerste plaats lichamelijke schade, zowel voor het individu als voor zijn omgeving, en dit ten gevolge van passief roken. Bovendien hebben rokers meer last van infecties van het ademhalingsstelsel en een verminderde longfunctie, wat bij de werkende bevolking leidt tot een groter werkverzuim (Vlaams Platform Tabakspreventie, 2004).
- Alcohol veroorzaakt naast fysieke gezondheidsproblemen ook psychische / psychiatrische problemen, economische schade (als gevolg van werkverzuim, niet functioneren, gemiste opleidingskansen), veiligheidsproblemen (in verkeer en op het werk), schade op omgevingsvlak (als slachtoffer van ongevallen, maar ook van geweld in gezinnen, van overlast) enz.
- Illegale drugs veroorzaken vergelijkbare problemen als alcohol en daarnaast ook nog eens problemen van criminaliteit en illegaliteit.

Tabak en alcohol veroorzaken duidelijk meer schade dan illegale drugs, maar in de maatschappelijke perceptie lijkt het omgekeerde het geval. De overheid investeert veel meer geld in illegale drugs dan in tabak en alcohol, terwijl dit vanuit louter epidemiologische overwegingen niet logisch is.

De ontstaansfactoren van problematisch middelengebruik zijn voor een deel gelijklopend voor tabak, alcohol en illegale drugs. Al deze producten hebben een invloed op onze hersenen en kunnen in mindere of meerdere mate afhankelijkheid veroorzaken (lichamelijk en/of geestelijk). Zowel persoonlijkheidsfactoren (experimenteergedrag, gevoel van eigenwaarde, waarden en normenbesef, vaardigheden, kennis en opvattingen) als externe invloeden, zoals ouders, vrienden en omgeving, socio-economische factoren, beschikbaarheid (waaronder reclame en regelgeving) of culturele

factoren (invloed van subculturen) liggen aan de basis van het al dan niet ontstaan van een probleem als gevolg van deze middelen.

De lage drempel van alcoholgebruik voor jongeren verdient specifieke aandacht. In België zijn alcoholische dranken bijna overal, op elk moment van de dag en bijna door iedereen te verkrijgen. De beschikbaarheid ligt zeer hoog, zeker in vergelijking met een aantal Noord-Europese landen.

Momenteel bestaan er wettelijk enkel leeftijdsbeperkingen op het vlak van schenken, maar niet op het vlak van verkoop, uitgezonderd voor sterke dranken. Wat betreft sterke dranken is zowel het schenken als het verkopen verboden voor jongeren onder de 18 jaar. Wat betreft bier en wijn is het verboden deze dranken te schenken in drank- en eetgelegenheden aan jongeren onder de 16 jaar, maar niet om deze dranken te verkopen in supermarkten, tankstations... aan jongeren onder deze leeftijdsgrens. Gezien een vroege beginleeftijd een belangrijke risicofactor is in het ontwikkelen van alcoholafhankelijkheid op latere leeftijd, vormt dit een belangrijke leemte in de bestaande wetgeving.

De huidige wetgeving bevat niet alleen leemtes, ze is ook onduidelijk, en daarmee moeilijk te vertalen naar preventieboodschappen. Een vereenvoudiging en verduidelijking van de regelgeving is dringend nodig. Inhoudelijk moet er een leeftijdsbeperking worden ingevoerd op het vlak van verkoop voor alle alcoholische dranken aan jongeren om de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik bij jongeren te beperken en om de beginleeftijd te verhogen.

Ook genetische factoren spelen voor alcohol- en illegale druggebruik een rol, naast de al aanwezige psychische/psychiatrische problemen (co-morbiditeit). Daarenboven is er vaak sprake van 'combi- en polydruggebruik' (gelijktijdig gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs).

De veelheid aan factoren die problemen als gevolg van tabak-, alcohol- en illegale druggebruik kunnen veroorzaken, tonen aan dat we te maken hebben met een zeer complexe en multifactoriële problematiek, waarvoor geen eenvoudig preventie- of behandelingsmodel voorhanden is. De complexiteit van de problematiek met betrekking tot tabak, alcohol en illegale drugs vereist een integraal beleid, waarbij welzijn en gezondheid² het uitgangspunt vormt. Een welzijnsbevorderend beleid moet aan de basis liggen van een integraal beleid omdat het de ontstaansfactoren van middelengebruik gunstig beïnvloedt en ongelijkheid in gezondheid tegengaat.

Een effectief en efficiënt middelenbeleid is een beleid op maat, waarbij ruimte is om te diversifiëren naar verschillende doelgroepen en producten, en concrete oplossingen worden geboden voor zeer verscheiden noden en problemen.

1.2. GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN

De gezondheidsconferentie (november 2006) formuleerde volgende voorstellen van gezondheidsdoelstelling met betrekking tot middelengebruik:

"Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen".

²

We hanteren de WHO-definitie van gezondheid als fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, maar houden er tegelijkertijd aan om welzijn én gezondheid expliciet als uitgangspunt te benoemen (tegenover criminaliteit, veiligheid, enz.).

Deze doelstelling werd verder specifiek omschreven per middel (het reële percentage in 2006 wordt telkens vermeld tussen haakjes)

Tabak

- Bij personen van 15 jaar en jonger is het percentage rokers niet hoger dan 11% (in het schooljaar 2004 – 2005 was dit 14,2%)
- Bij personen van 16 jaar en ouder is het percentage rokers niet hoger dan 20% (in 2004 was dit 27.1%)

Alcohol

- Bij personen van 15 jaar en jonger is het percentage dat meer dan 1 keer per maand drinkt niet hoger dan 20% (in het schooljaar 2004 – 2005 was dit 26,6%)
- Bij de 15-tot 25-jarigen ligt het percentage jongeren dat minstens 1 keer per week 6 glazen op 1 dag drinkt niet hoger dan 13% (in 2004 was dit 17,3%)
- Bij de mannen van 16 jaar en ouder is het percentage dat meer dan 21 eenheden per week drinkt niet hoger dan 10% (in 2004 was dit 13%)
- Bij de vrouwen van 16 jaar en ouder is het percentage dat meer dan 14 eenheden per week drinkt niet hoger dan 4% (in 2004 was dit 5,5%)

Illegale drugs

- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat ooit cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 14% (in het schooljaar 2004 – 2005 was dit 19%)
- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 7% (in het schooljaar 2004 – 2005 was dit 9,9%)
- Bij 18- tot 35-jarigen is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 8% (in 2004 was dit 10,7%)

Het gaat om streefdoelen die, afhankelijk van de kenmerken van het product en de doelgroep, verder dienen te worden geconcretiseerd. Gebruik terugdringen kan ondermeer betekenen:

- Voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol te gebruiken of illegale drugs te nemen.
- Beginleeftijd uitstellen.
- Verantwoordelijk gedrag bevorderen.
- Vroegtijdige aanpak stimuleren (vb. stoppen met roken, vroegdetectie).
- Hulp aanbieden (vroeginterventie, behandeling, terugvalpreventie).
- Een gezonde leefomgeving waarborgen

De maatregelen op het gebied van de leefomgeving, die verschillen van product tot product, kunnen bestaan uit :

- vb. tabak: rookvrije omgeving garanderen
- vb. alcohol: maximum limiet alcohol in het verkeer handhaven
- vb. illegale drugs: vermijden van onduidelijkheid

1.3. INTERNATIONALE AANBEVELINGEN

Er bestaat weinig twijfel over de wijze waarop men deze doelstellingen het meest efficiënt kan realiseren. De beste resultaten worden behaald als gelijktijdig een integrale

reeks van elkaar ondersteunende maatregelen wordt genomen, de zogenaamde integrale strategie (WHO).

De evidence voor de strategieën voor tabak en alcohol is ruim onderzocht. Voor illegale drugs is dat minder het geval. Wel is er een algemene consensus over de aard van de te nemen maatregelen. De internationale aanbevelingen die hieronder worden besproken vormen de basis van een Vlaams evidence based actieplan met betrekking tot tabak, alcohol en andere illegale drugs.

De *WHO Framework Convention on Tobacco Control (2003)* benoemt zes strategieën die voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen roken, het stoppen met roken bevorderen en een gezonde, rookvrije leefomgeving waarborgen:

1. De prijs van tabakproducten verhogen
2. Verbieden van tabaksreclame
3. Stimuleren van een gezonde, rookvrije leefomgeving
4. Gebruik maken van gezondheidswaarschuwingen op tabakproducten
5. Voorlichten over de diverse factoren die tabaksgebruik beïnvloeden
6. Promoten van rookstop

Het *Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region (2004)* duidt 10 strategieën aan voor de invoering van een effectief nationaal alcoholbeleid:

1. Informatie en educatie vanaf jonge leeftijd
2. Acties in de publieke en private omgeving om ongevallen, geweld en andere negatieve gevolgen van misbruik te voorkomen
3. Wetgeving om rijden onder invloed te voorkomen
4. Beschikbaarheid van alcoholische producten beperken (leeftijdsgrens, taxatie en prijsbeleid)
5. Controle op directe en indirecte reclame voor alcohol en verbod op reclame naar jongeren
6. Toegankelijkheid van effectieve behandeling verzekeren
7. Ethische en wettelijke verantwoordelijkheden van industrie bekrachtigen
8. Training van professionelen in verschillende sectoren voorzien om op adequate manier met alcohol om te gaan in de samenleving
9. Betrekken van NGO's en zelfhulporganisaties
10. Formuleren, implementeren en monitoren van het beleid

De *EU drugsstrategie 2005-2012* pleit voor een geïntegreerde en evenwichtige aanpak, waarbij het verminderen van het aanbod en het terugdringen van de vraag elkaar onderling versterken. Vermindering van het aanbod omvat alle wetshandhavings-interventies en -acties die gericht zijn tegen drugsproductie, illegale drugshandel, het misbruik van in de EU ingevoerde precursoren voor synthetische drugs, de financiering van terrorisme en witwassen van geld i.v.m. drugscriminaliteit.

De zogenaamde demand reduction strategie omvat maatregelen op het vlak van preventie, vroegtijdige interventie, behandeling, schadebeperking, rehabilitatie en maatschappelijke herintegratie. Zij sluit nauw aan bij de Vlaamse bevoegdheden.

Subdoelen die in het *EU drugsactieplan 2005-2008* binnen deze strategie naar voren worden geschoven, omvatten:

1. Beter bereik en meer effectieve verspreiding van beproefde methodes om de vraag terug te dringen
2. Toegang tot en doeltreffendheid van programma's op school verbeteren
3. Selectieve preventie en nieuwe manieren om het bereiken van doelgroepen te stimuleren en verbeteren

4. Methoden voor vroegsignalering en vroegdetectie verbeteren
5. Gerichtte en gediversifieerde behandelings- en rehabilitatieprogramma's aanbieden
6. Kwaliteit van behandelingsprogramma's verbeteren
7. Alternatieven voor gevangenisstraf voor druggebruikers en drugshulpverlening voor gedetineerden blijven ontwikkelen
8. Preventie van gezondheidsrisico's die verband houden met druggebruik
9. Beschikbaarheid van en toegang tot voorzieningen ter beperking van schade
10. Preventie van verspreiding van HIV/AIDS, Hepatitis C en andere via bloed overdraagbare infecties en ziekten
11. Vermindering van het aantal drugsdoden

1.4. EEN INTEGRALE, BELEIDSMATIGE AANPAK VOOR VLAANDEREN

De consensus over het te volgen traject voor tabak-, alcohol- en illegaledrugpreventie is zeer groot omdat de evidence hieromtrent *eenduidig en sterk* is. Een integrale benadering leidt tot een daling van het aantal gebruikers en een vermindering van de schade als gevolg van gebruik. Bovendien is voor tabak, alcohol en illegale drugs ook de kosteneffectiviteit van de integrale benadering becijferd én aangetoond.

In deze integrale aanpak vertrekken we van een beleidsmatig model van tabak-, alcohol- en illegale druggebruik, waarin persoonsgerichte en omgevingsgerichte interventies of strategieën thuishoren. Samen vormen zij de basis voor een effectief beleid. Om de gezondheidsdoelstellingen over het gebruik van deze middelen in Vlaanderen te realiseren is nauwe samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus essentieel.

De verschillende interventies zijn gestoeld op de theoretisch benaderingen die de gezondheidspromotie onderbouwen, met name de socio-ecologische veranderingsmodellen, de gedragsbenadering en de medische wetenschappen. Voor tabak, alcohol en illegale drugs zijn vaak dezelfde theoretische kaders gangbaar. Het gaat hierbij om *kadermethodieken* voor bepaalde settings, gebaseerd op veranderingsmechanismen in organisaties en beleid (vb. de gezonde scholenmethodiek, de methodiek van gezondheidsbevordering op de werkplek) en *theoretische modellen voor gedragsverandering* (zoals het ASE-model³ of de stadia van gedragsverandering).

Bij de uitwerking van de kadermethodieken blijft de nood aan een themaspecifieke invulling. Het zijn immers niet de algemene methodieken op zich die leiden tot een daling van roken en alcohol- en illegale druggebruik, maar wel de combinatie met de themaspecifieke onderdelen die in elke strategie aan bod komen.

In deze integrale benadering onderscheiden we 3 werkniveaus.

1. Vlaams niveau

Het gaat hier om een omgevingsgerichte aanpak, waarbij de aanpassing van de omgeving de gezonde keuze het makkelijkst maakt.

- *Beleid*: een globaal Vlaams actieplan voor tabak, alcohol en drugs met productspecifieke klemtonen, groepeert de verschillende maatregelen en strategieën die op de verschillende bevoegdheids- en werkniveaus dienen te worden genomen om een integraal en effectief beleid te kunnen voeren.
- *Financiering*: uitbouwen en financieren van een goed gestructureerd *preventie- en hulpverleningsaanbod*: het aanbod en de vorming en opleiding kan deels gemeenschappelijk, maar moet ook deels productspecifiek worden uitgewerkt. Het gaat om een facettenbeleid waarin

3

ASE staat voor attitude, sociale invloed en eigen effectiviteitsverwachting.

verschillende beleidsdomeinen en -sectoren zich engageren (incentives, vorming en opleiding).

- *Voorlichtingscampagnes: informeren en sensibiliseren* om een maatschappelijk draagvlak te creëren voor wetgevende initiatieven en stimuleren van normsetting via regelmatig weerkerende campagnes (productspecifiek).

Zolang de huidige bevoegdheidsverdeling op het gebied van gezondheid van kracht is, moet een effectief Vlaams beleid worden versterkt op het federale niveau:

- *Wetgeving:*
 - Tabak: prijsverhoging; verbod op reclame, gezondheidswaarschuwingen op tabaksproducten, rookverbod in openbare plaatsen, ...
 - Alcohol: taxatie op alcoholproducten (prijsverhoging), regulering reclame en promotie, wettelijke leeftijdsgrenzen (beschikbaarheid), begrenzing rijden onder invloed, ...
 - Illegale drugs: eenduidige wetgeving met gezondheid en welzijn als uitgangspunt.
- *Controle:* naast wetgeving moet *controle op toepassing* degelijk worden uitgewerkt en is monitoring, evaluatie en bijsturing van het beleid nodig (deels productspecifiek, deels gemeenschappelijk).

2. Lokaal niveau

Ook hier gaat het om een omgevingsgerichte aanpak, waarbij de aanpassing van de plaatselijke omgeving de gezonde keuze het makkelijkst maakt.

- *Lokale regels en voorschriften*
 - Ontwikkelen van een lokaal beleidsplan rond tabak, alcohol en illegale drugs in gemeenten: vanuit een gemeenschappelijke noemer, maar met specifieke accenten
 - Lokale toepassing en ondersteuning van bestaande wetgeving
 - Lokale regelgeving (vb. vergunningsbeleid)
- *Sociaal draagvlak*
 - Betrekken van lokale NGO's en lokale gemeenschap om maatschappelijk draagvlak te creëren voor het lokale beleid (sensibiliserende acties en informatieverstrekking naar algemene doelgroepen)
 - Lokale campagnes om specifieke doelgroepen/settings te sensibiliseren
 - Ondersteuning van lokale besturen ivm methodieken door LOGO's
- *Omgevingsinterventies*
 - Beleidsmatige aanpak op organisatieniveau in verschillende sectoren (school, werk, jeugdwerk, welzijnssector, gezondheidssector, vrije tijd, ...). Gemeenschappelijke kadermethodiek, aangevuld met productspecifieke interventies
 - Afstemming tussen sectoren op lokaal vlak

- Benadering gericht op specifieke doelgroepen (vb. mensen in armoede, gedetineerden) of op de integrale bewoners van een buurt of stad (territoriale aanpak). De acties omvatten zowel educatieve maatregelen als veranderingen in de fysieke omgeving of het beleid.
- Lokaal aanbod aan vroeginterventie-initiatieven
- Regionaal en lokaal hulpverleningsaanbod
- Regionaal aanbod initiatieven harm reduction

3. Individueel niveau

Het individuele niveau vertrekt steeds van de persoon in zijn/haar sociale omgeving. Bedoeling is de emancipatie en de autonomie van mensen te bevorderen door het aanbieden van correcte informatie, het werken aan attitudevorming en normstelling en het aanleren van persoonlijke en sociale vaardigheden. Op dit continuüm horen verder ook vroeginterventie en behandeling thuis.

- *Educatie* met betrekking tot tabak, alcohol en illegale drugs: vertrekkende van een algemene basis van gezondheidspromotie zijn specifieke preventie-initiatieven nodig voor tabak, alcohol en illegale drugs, afhankelijk van kenmerken en noden van de doelgroepen (maatwerk). Deze initiatieven kunnen zich richten op 3 niveaus:
 - Groepsbenadering (vb. in klassen, clubs, verenigingen)
 - Wijkbenadering (vb. community actie)
 - Settingbenadering (vb. in onderwijs, bedrijven, sportsector, vrije tijd, ...)
 - Deze initiatieven moeten structureel worden ingebouwd en kaderen binnen een beleidsmatige aanpak van middelenmisbruik op organisatieniveau
- *Interventie*: gemeenschappelijke kadermethodiek, aangevuld met productspecifieke interventies
 - Vroeginterventie: screening op eerste lijn van potentiële risicogroepen (selectief of geïndiceerd); motivatiebevordering; kortdurende interventies en begeleiding
 - Terugvalpreventie: ondersteuning op 1ste eerste lijn, via zelfhulp ...
- *Behandeling*: (enkel van toepassing op alcohol en illegale drugs)
 - Gediversifieerd hulpverleningsaanbod voor behandeling van (problematische) gebruikers (ambulant/residentieel)
 - Zorgaanbod (vanuit welzijnssector - care versus cure)
 - Harm reduction strategie: preventie van andere ziekten en gezondheidsrisico's door het bereiken van problematische gebruikers via substitutie, spuitenuitruil, zorgaanbod (Bed, Bad, Brood), early warning...

Een integrale, beleidsmatige aanpak uitvoeren in Vlaanderen is een uitdaging, ondermeer omdat Vlaanderen momenteel niet over de bevoegdheden beschikt om alle nodige maatregelen te nemen. Samenwerking tussen de Vlaamse en federale overheid is dan ook nodig.

Daarnaast moet ook duidelijk gesteld worden dat een integrale benadering, dus met aandacht voor verschillende soorten van maatregelen, de investering van *voldoende financiële middelen veronderstelt, meer middelen dan momenteel worden ingezet.*

- Een rapport van het Europees Netwerk voor Tabakspreventie (ENSP) uit 2007 beveelt een investering aan van minstens 3 euro per hoofd voor tabakspreventie. Uit hun onderzoek blijkt dat slechts enkele Europese landen meer dan 1 euro per hoofd spenderen aan tabakspreventie. België doet het nog minder goed met slechts 0,37 euro per hoofd.
- Voor drugs beschikken we niet over een Europese aanbeveling. Wel werd door De Ruyver et al (2007) onderzocht hoeveel de overheid in 2004 in België investeerde in het drugbeleid. Per inwoner werd 28,57 euro besteed aan de drugproblematiek, waarvan 1,09 euro aan preventie, 11,41 euro aan hulpverlening en 16,07 euro aan repressie en veiligheid. (ter vergelijking: in Nederland werd in 2003 134,4 euro per inwoner besteed, waarvan 2,58 euro aan preventie). De discrepantie tussen preventie en hulpverlening en veiligheid en repressie is dus aanzienlijk. Sinds 2004 zijn de investeringen in preventie langs Vlaamse kant wel opgedreven⁴, maar de kloof blijft groot.
- Voor alcoholpreventie is geen enkele berekening beschikbaar.

1.5. AFSTEMMING TUSSEN VERSCHILLENDE BEVOEGDHEDEN

Voor een optimale uitvoering van de acties in dit plan is er overleg en afstemming nodig met andere overheden en bevoegdheden, met name die op het federale niveau. De bevoegdheden van de Vlaamse minister voor Volksgezondheid inzake preventie zijn uiteraard cruciaal maar volstaan niet altijd voor alle deelaspecten. Zelfs bij acties waarvoor ze wel volstaan, kunnen de effecten aanzienlijk worden verhoogd door een optimale aansluiting bij een integraal facettenbeleid. Daartoe moeten er eventueel samenwerkingsafspraken en –protocols worden afgesloten, zowel voor de afstemming als de co-financiering.

Op het vlak van volksgezondheid beschikken we momenteel al over twee instrumenten om deze afstemming waar te maken, met name de interministeriële conferentie volksgezondheid en specifiek voor deze thema's ook de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Er moet blijvende aandacht gaan naar het optimaliseren van de werking van deze twee organen. Daarnaast is het belangrijk dat de Algemene Cel Drugs zo snel mogelijk operationeel wordt. In de Algemene Cel Drugs zijn ook andere, belangrijke bevoegdheden vertegenwoordigd. Op federaal niveau gaat het dan vooral over Binnenlandse Zaken, Justitie, Economie, Financiën. De Vlaamse delegatie zal vertegenwoordigers bevatten van Volksgezondheid, Welzijn, Onderwijs en Jeugd.

Maar overleggen is natuurlijk niet genoeg. We hebben vooral nood aan effectieve samenwerking op het terrein en cofinanciering. Het nieuwe voorstel van samenwerkingsakkoord over het tabaksfonds dat werd uitgewerkt binnen de Cel Gezondheidsbeleid Drugs en dat momenteel voor advies bij de Raad van State ligt, kan in dat opzicht als model dienen.

Om de slagkracht van dit globale actieplan nog meer te verhogen, kan best ook samenwerking vorm krijgen tussen Vlaanderen en de lokale gemeentelijke en provinciale overheden, bijvoorbeeld om een lokale intersectorale aanpak te realiseren. Vlaanderen beschikt over meerdere formules om dergelijke interbestuurlijke samenwerking te

⁴ Zie ook bijlage 1: Overzicht van de Vlaamse investeringen in preventie van gezondheidsschade door tabak, alcohol en drugs 2005 - 2008

organiseren. Het decreet betreffende Lokaal Sociaal beleid kan hier als basis dienen. Ook het preventiedecreet voorziet de mogelijkheid van afspraken tussen de Vlaamse Gemeenschap en de provinciale en/of gemeentelijke overheden betreffende de coördinatie van het facettenbeleid.

2. Sectoren en doelgroepen

Gebruik en misbruik van tabak, alcohol en drugs zijn een probleem met een invloed op de volledige maatschappij en de aanpak ervan is een verantwoordelijkheid van iedereen: burgers, gezinnen, organisaties, bedrijven en overheden. Om de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling te bereiken, moeten we de integrale beleidsvisie die hierboven werd beschreven, in de praktijk brengen binnen de verschillende sectoren waarin mensen leven en werken en bij verschillende doelgroepen waarvan ze deel uitmaken.

Hieronder volgt een beknopte beschrijving van de belangrijkste sectoren en doelgroepen. Voor een gedetailleerde beschrijving per sector of doelgroep van de bestaande situatie en de noden en behoeften, verwijzen we naar bijlage 2, p. 25 'Evidence based strategieën'.

2.1. SCHOOL

De sector onderwijs speelt een belangrijke rol in het preventieve gezondheidsbeleid op het gebied van tabak, alcohol en andere drugs bij kinderen, jongeren, en jongvolwassenen. Het grote bereik van het onderwijs en het feit dat schoolgaan een groot deel uitmaakt van het leven van kinderen en jongeren zorgt ervoor dat het onderwijs een belangrijk preventiedomein vormt. Participatie van jongeren en samenwerking met ouders is hierbij essentieel.

Vanuit zijn maatschappelijke opdracht en het curriculum heeft het onderwijs een duidelijke opdracht op het vlak van gezondheids promotie. De school vormt anderzijds ook een belangrijke schakel in de zorgketen. Zo beschikt het onderwijs over mogelijkheden voor vroegdetectie en -interventie en van daaruit tot toeleiding naar begeleiding van kinderen, jongeren en jongvolwassenen.

2.2. WERKPLEK

Sinds de welzijnswet van 1996 zijn werkgevers verplicht actief op verschillende domeinen die verband houden met de bescherming van de veiligheid en gezondheid van werknemers. Ook los van de juridische context ervaren vele werkgevers en werknemers problemen als gevolg van middelengebruik en -misbruik. De werkplek komt omwille van verschillende redenen steeds meer naar voor als een van de meest zinvolle settings om preventie-initiatieven te nemen rond gezondheid in het algemeen en middelengebruik meer specifiek. Niet alleen omwille van de welzijnswet maar ook omdat via het werk een groot publiek van volwassen mensen kan worden bereikt.

De werkcontext is een omgeving waar sociale controle, sociale beïnvloeding en sociale ondersteuning sterk aanwezig zijn. Bovendien is het op de werkplaats mogelijk om geïntegreerde interventies aan te bieden op het niveau van het individu, de omgeving en de organisatie.

2.3. VRIJETIJD

In de sector vrije tijd onderscheiden we enerzijds door de overheid georganiseerde en gefinancierde vormen zoals het jeugdwerk (jeugdbewegingen, jeugdhuizen, speelpleinwerkingen, ...), gemengde vormen van overheid en privé ondernemingen, zoals de sportsector en bijna exclusief privé initiatieven zoals de uitgaanssector.

Alle hebben ze gemeen dat ze een vrijetijdsaanbod hebben, waarin tabak, alcohol en illegale drugs een zeer wisselende plaats hebben. De vrije tijd is een soort time out situatie, waarin genieten, tot rust komen, sociale contacten, zichzelf kunnen ontplooiën, en grenzen aftasten centraal staan. Het vrijetijdsaanbod heeft in meerdere of mindere mate een intrinsieke preventieve waarde (zinnvolle tijdbesteding) maar kan evenzeer aanzetten tot het gebruik en misbruik van tabak, alcohol en illegale drugs.

2.4. JONGEREN MET EEN HOOGRISICOPROFIEL IN VOORZIENINGEN VAN DE BIJZONDERE JEUGDZORG EN HET VLAAMS AGENTSCHAP VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

Binnen deze sectoren bestaat er een waaier van zeer verschillende voorzieningen (ambulant, semi-residentieel en residentieel), met verscheiden doelgroepen (minderjarigen, verlengd minderjarigen en meerderjarigen) en verschillende problematieken (zwakbegaafdheid, mentale handicap, problematische opvoedingssituaties...)

Tabak-, alcohol- en druggebruik zijn een realiteit in de residentiële instellingen voor jongeren. Vaak worden zij geconfronteerd met gebruik dat samenhangt met een complexere problematiek (armoede, opvoedingsproblemen, mishandeling, ...). Hierdoor wordt het risico op een snellere evolutie naar problematisch gebruik vergroot. Deze instellingen kunnen dan ook een belangrijke rol spelen in de preventie en de aanpak van tabak-, alcohol- en illegaledrugproblemen. Ook in voorzieningen die ambulant werken worden medewerkers geconfronteerd met middelenmisbruik door ofwel de jongeren ofwel de ouders.

Naar analogie met andere sectoren is de ontwikkeling van een algemeen gezondheidsbeleid met een inclusief en specifiek tabak-, alcohol- en drugbeleid, de basis voor effectieve preventie. Deze voorzieningen hebben op dit vlak een voorbeeldfunctie. Daarnaast hebben residentiële instellingen en ambulante werkende voorzieningen een belangrijke inbreng op het vlak van vroeginterventie, motivatie tot gedragsverandering en eventueel doorverwijzing naar de categoriale hulpverlening en harm reduction. Hiervoor kunnen zij samenwerken met de gespecialiseerde hulpverlening.

2.5. GEVANGENISSEN

Gezien de hoge nood is een beleidsmatige aanpak in gevangenis minstens even noodzakelijk als in andere sectoren. De structurele problemen waar gevangenis mee kampen maken de uitdaging des te groter.

Onderzoek toont aan dat het tabaksgebruik in gevangenis aanzienlijk hoger ligt dan het tabaksgebruik in de maatschappij. Een slechte mentale gezondheid, hoge nicotineafhankelijkheid en gebrek aan rookstop-ondersteuning, zijn factoren die dit in de hand werken.

Ongeveer de helft van de gevangenispopulatie is vertrouwd met illegale drugs en het gevaar voor beïnvloeding van de andere helft is zeer groot. Eén op vijf gedetineerden geeft aan, niettegenstaande het verbod, ooit alcohol te hebben gedronken in gevangenis, al is dit vooral occasioneel. Risicofactoren als stress en verveling als gevolg van detentie vormen een gevaar voor niet-verslaafde gedetineerden om naar tabak of drugs te grijpen als antwoord op hun problemen.

Doordat meer mensen drugs gaan gebruiken in de gevangenis, ontstaat een drugmarkteconomie die voor heel wat overlast en onveiligheidsgevoelens zorgt. We gaan ervan uit dat de vraag naar drugs in de gevangenis zo laag mogelijk moet gehouden

worden en dat de dienstverlening in de gevangenis - zowel op het vlak van preventie als hulpverlening - gelijkwaardig moet zijn aan die in de maatschappij. Het Vlaams strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden biedt het geschikte kader om hier rond actie te ondernemen.

2.6. LOKALE GEMEENSCHAPPEN

Vanuit de methodologie van gezondheidsbevordering bekeken is een lokale gemeenschap de ideale setting: alle doelgroepen, ook degenen die niet in andere settings terug te vinden zijn, kunnen worden bereikt. De impact van de sociale omgeving op het (on)gezond gedrag speelt ook het sterkst in de dagelijkse omgeving. Kansengroepen – bij wie tabak-, alcohol en druggebruik in vergelijking met de gemiddelde Vlaming minder afneemt of zelfs toeneemt – kunnen dikwijls alleen in de lokale gemeenschap met aangepaste werkvormen en communicatie bereikt worden. Hier kan zeker ook een passend draagvlak ontstaan door goede wisselwerking met de vnl. lokaal georganiseerde socio-culturele sector, vaak met gemeenschaps- of landelijk ondersteunende structuren.

Het lokale beleid (gemeente én OCMW) is de aangewezen instantie om, in partnership met haar lokaal netwerk, in een integraal gezondheidsbeleid op basis van gegevens, behoeften en beschikbare werkvormen, een plaats te geven aan tabaks-, alcohol- en drugpreventie en dit te linken met andere gezondheidsthema's en aanverwante beleidsdomeinen (lokaal sociaal beleid, doelgroepenbeleid, ...).

Het lokale bestuur is ook goed geplaatst om de intersectorale samenwerking tussen diverse actoren (wijkraden, seniorenorganisatie, jeugdwerk, school, eerstelijns-hulpverlening, welzijnssector, ...) te regisseren. De acties kunnen door een lokale regie op elkaar worden afgestemd, aangepast aan de noden en behoeften, en ingepast in de reguliere werking van de lokale partners zodat ze gecontinueerd en structureel ingebed worden. Provinciebesturen en Logo's ondersteunen daartoe de lokale besturen. Daarbovenop komt de mogelijkheid om met het lokale beleid gezondheidsbevorderende maatregelen te nemen of minstens de hogere regelgeving (bijvoorbeeld de wetgeving voor roken op openbare plaatsen) te doen naleven.

In praktijk worden in de lokale gemeenschap nog te weinig projecten of acties ontwikkeld. Vooral het bereiken van mensen in armoede en etnisch culturele minderheden is ondermaats, met vergroting van de gezondheidskloof tot gevolg. Er is nood aan sensibilisering van steden en gemeenten

2.7. WELZIJNS- EN GEZONDHEIDSWERKERS

Tabak, alcohol- en drugproblemen kunnen op verschillende manieren en in verschillende fasen aan de oppervlakte komen. De welzijns- en gezondheidssector komt vaak als eerste in contact met een beginnend (of vergevorderd) probleemgebruik en/of gezondheidsproblemen. Vroegtijdige en korte interventies door eerstelijnsdiensten zijn bewezen effectief.

Een eerste gesprek gebeurt bijvoorbeeld naar aanleiding van een routineconsult bij de huisarts. Ook mensen die (nog) geen problemen hebben op vlak van middelengebruik doen een beroep op een zorg/hulpverleningsaanbod (bijv. bij bepaalde ziekteklacht of financiële problemen) en kunnen op hun middelengebruik aangesproken worden.

De welzijns- en gezondheidssector bieden zowel gespecialiseerde als niet-gespecialiseerde preventieve ondersteuning en hulpverlening. Naast de hieronder beschreven clusters van welzijns- en gezondheidswerkers, zoals huisartsen, apothekers kunnen ook andere professionelen in de zorg- en gezondheidssector (verpleegkundigen,

psychologen, kinesisten, maatschappelijk werkers,...) een rol vervullen. Bovendien zijn ook mantelzorgers en vrijwilligers (ambulanciers, ...) belangrijke actoren op het veld.

Tot slot mogen we niet vergeten dat welzijns- en gezondheidsorganisaties ook werkplekken zijn, met werknemers die problemen met tabak, alcohol of drugs kunnen krijgen. De organisaties moeten ook intern een integraal beleid voeren. Specifiek voor deze sectoren is dat men rekening moet houden met de maatschappelijke voorbeeldfunctie van de organisatie en haar medewerkers inzake gebruik. Hetzelfde geldt voor professionals in de welzijns- en gezondheidssector die werken vanuit het statuut van zelfstandige of vrij beroep.

We onderscheiden binnen deze strategie verschillende clusters:

1. artsen, tandartsen, apothekers: Het grootste deel van de bevolking komt regelmatig bij de (huis)arts of apotheker voor zeer diverse problemen. Op die manier krijgen (huis)artsen en apothekers heel wat rokers en mensen met problematisch middelengebruik over de vloer. De meeste verwoorden dit niet expliciet, maar uiten vage klachten, zoals slaapproblemen, verminderde eetlust, moeheid, een depressieve stemming, ... De negatieve effecten van tabak, alcohol en drugs op de mondgezondheid zijn voldoende bekend. Tandartsen moeten worden aangemoedigd om rookstop bij hun patiënten te promoten. Minimale kortdurende interventies blijken een bijzonder kosteneffectieve en goed gedocumenteerde interventiestrategie voor de drie beroepsgroepen.

2. welzijnswerkers: Heel wat welzijnswerkers komen in contact met mensen die roken en/of problematisch middelen gebruiken. Vaak zijn het cliënten die sterk verslaafd zijn aan nicotine en chronisch alcohol of drugs gebruiken en daardoor afhankelijk werden of het dreigen te worden. Maar ook occasioneel gebruik op de verkeerde plaats of op het verkeerde moment kan problematisch zijn. Denken we maar aan de veiligheids- én gezondheidsrisico's van alcohol in het verkeer of in bepaalde werksituaties. De middelenproblematiek maakt vaak deel uit van een kluwen van problemen en is dikwijls niet de eerste zorg van de cliënten. Werkingen uit het Algemeen Welzijnswerk die vaak met middelenproblematiek in aanraking komen zijn o.a. thuislozenwerkingen, werkingen met jongeren (bv. JAC's), justitieel welzijnswerk en ook het OCMW.

3. thuiszorg: medewerkers in de thuisgezondheidszorg (thuisverplegers, gezins- en bejaardenhulpverleners...) hebben een belangrijke vertrouwensband met hun cliënten. Via de dagelijkse contacten en verzorgende interventies komen nicotineverslaving, alcohol- en andere drugproblemen aan de oppervlakte. Grenzen stellen en korte interventies om probleembewustzijn en motivatie te verhogen behoren tot de mogelijkheden.

4. straathoekwerk: Straathoekwerkers komen in contact met de meer kwetsbare groepen uit de samenleving. Werken rond middelengebruik of -misbruik is voor elke straathoekwerker een belangrijk deel van zijn of haar opdracht. De straathoekwerkers bereiken veel mensen die te kampen hebben met nicotineverslaving, problematisch alcoholgebruik en/of gebruik of misbruik van illegale drugs. Het straathoekwerk vervult een soort nuldlijnsfunctie aangezien het grootste gedeelte van de doelgroep geen contact (meer) heeft met de reguliere hulpverlening. Harm reduction is het belangrijkste uitgangspunt, gevolgd door gepast doorverwijzen naar hulpverlening.

5. categoriale hulpverlening: Personen met problematisch middelengebruik kunnen vanuit de eerstelijnszorg doorverwezen worden of terecht komen in de gespecialiseerde ambulante alcohol- en drughulpverlening (MSOC, ambulante drugzorg/dagcentrum, Centrum voor geestelijke gezondheidszorg CGG), de semi-

residentiële alcohol- en drughulpverlening (psychiatrische deeltijdsbehandeling) en/of de residentiële alcohol- en drughulpverlening (thuislozenwerking, crisisinterventiecentra, crisisopvang op Eenheid Psychiatrie Interventie - EPSI, Psychiatrische afdeling van een Algemeen Ziekenhuis - PAAZ, Ontwenning- en behandelafdeling van een psychiatrisch Ziekenhuis (PZ)/ontwenningkliniek, Therapeutische Gemeenschap - TG en Beschut wonen).

Personen met een tabaksafhankelijkheid kunnen terecht bij tabacologen voor gespecialiseerd advies en individuele begeleiding.

2.8. GEZINNEN

De doelgroep gezin bestaat uit verschillende subgroepen die elke een specifieke aanpak nodig hebben. Een aantal kanalen, voornamelijk op vlak van implementatie en uitvoering, kunnen wel gemeenschappelijk worden benaderd. De volgende groepen hebben nood aan ondersteuning:

- *Ouders*, in het algemeen, maar in het bijzonder ook ouders van kinderen met een alcohol- of drugprobleem en (omgekeerd) ouders met een alcohol- of drugprobleem met kleine kinderen
- *Zwangere vrouwen* en de thuisomgeving van jonge kinderen.
- *Kinderen* van ouders met een alcohol- of drugprobleem.

Kinderen van ouders met problematisch middelengebruik vormen een bijzondere risicogroep. De situatie veroorzaakt heel wat stress, angst en onzekerheid in het gezin en vooral voor kinderen kan dit erg traumatiserend zijn. Ze lopen daardoor meer risico op emotionele problemen en ook op alcoholmisbruik. In België zijn er naar schatting ongeveer 183.000 kinderen jonger dan 15 jaar die een ouder hebben met een alcoholprobleem. Schattingen over het aantal kinderen van druggebruikende ouders lopen meer uiteen. Toch blijkt – uit gegevens over druggebruikers die een beroep doen op de categoriale drughulpverlening – dat één derde tot één vierde van alle geregistreerde personen één of meer kinderen heeft.

De risico's en de gevolgen voor kinderen die in deze gezinssituatie opgroeien zijn divers:

- Kinderen van ouders met een alcohol- of drugprobleem worden geconfronteerd met een 'gezin in crisis': dit leidt tot aanpassingsproblemen of meer permanent disfunctioneren op verschillende terreinen.
- Wanneer deze problemen niet adequaat worden opgevangen ontstaat een grotere kans op transgenerationale overdracht van afhankelijkheidsproblemen.
- Sommige kinderen beleven traumatische ervaringen die de verdere persoonlijkheidsontwikkeling hypothekeren.

2.9. DOELGROEPEN VOOR HULPVERLENING

Intraveneuze druggebruikers (IDG), problematische alcohol- en druggebruikers en ex-gebruikers zijn belangrijke doelgroepen en hebben specifieke noden. Het is belangrijk dat bij de voorzieningen de vereiste expertise aanwezig is voor een adequate hulp. Spuitenruil en maatschappelijke integratie zijn methodieken die in een preventief beleid vanuit de gemeenschappen kunnen worden ontwikkeld en uitgevoerd.

- *Spuitenruil*. Het doel van spuitenruilprogramma's is het voorkomen van besmetting met bloedoverdraagbare aandoeningen (hiv, hepatitis-virussen...). Door het recupereren van gebruikte naalden en het verspreiden van steriel injectiemateriaal,

probeert men zowel de gebruiker als zijn omgeving te beschermen. Spuitenruil is een vorm van schadebeperking (harm reduction). Het vindt plaats nadat het probleem of risico zich al gemanifesteerd heeft. Het is dus zeker niet gericht op de algemene bevolking, maar wel naar mensen die al drug injecteren (recent of al langere tijd) en willen werken rond het risico en de gezondheidsschade die daarvan het gevolg is. Spuitenruil moet kaderen in een opstap naar hulpverlening en perspectief bieden op ontwenning.

- *Maatschappelijke integratie.* Verslaving is een chronische recidiverende ziekte en gaat vaak gepaard met andere psychische ziekten of stoornissen (co-morbiditeit). Personen met afhankelijkheidsproblemen kunnen tegelijkertijd op verschillende domeinen in de problemen komen en doen dan beroep op meerdere diensten: OCMW, woonbegeleidingsdiensten, CAW, MSOC, sociale tewerkstelling, straathoekwerk, huisartsen... Effectieve en efficiënte zorg en hulpverlening vereist dat deze zorgverstrekkers op het terrein samen met de cliënt, samenwerken om de zorgcontinuïteit te waarborgen en om ervoor te zorgen dat het ondersteuningsaanbod zo optimaal mogelijk op elkaar is afgestemd. Op beleidsniveau moet de voorwaarden worden gecreëerd die een dergelijke samenwerking structureel mogelijk maken.

Een aantal cliënten slaagt erin na een behandeling en/of ondersteuning door zelfhulp hun verslaving blijvend onder controle te houden en een normaal leven te leiden. Anderen wisselen 'droge' periodes af met periodes van herval maar hebben rondom zichzelf een voldoende groot en sterk sociaal netwerk om deze hervalperiodes te overbruggen. Dit is veel minder het geval voor personen uit maatschappelijk zwakkere groepen. Zij en hun omgeving hebben – zeker in periodes van crisis – nood aan maatschappelijke zorg.

De maatschappelijke integratie van (ex-)gebruikers is niet evident. Afhankelijkheid wordt al te vaak als uitsluitingscriterium gebruikt voor de toegankelijkheid van diensten op het vlak van wonen, tewerkstelling, enz. Maatschappelijke voorzieningen die zich wel voor deze doelgroep willen engageren hebben niet altijd voldoende omkadering en missen de nodige opleiding.

Naast spuitenruil en maatschappelijke integratie zijn er nog andere methodieken, zoals substitutiebehandeling, hervalpreventie, die eerder binnen de gespecialiseerde hulpverlening worden georganiseerd en met federale middelen worden gefinancierd. Zij worden hieronder niet verder uitgewerkt maar vormen een essentiële schakel in een globaal beleid ten aanzien van de alcohol en drugproblematiek.

3. Krachtlijnen voor actie

De Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs heeft het model van een integrale, beleidsmatige aanpak getoetst bij de actoren die werken binnen de verschillende sectoren en doelgroepen. De toetsing werd ondersteund door een consultant van UA⁵.

Heel wat elementen blijken al aanwezig te zijn, maar tegelijk is er nog een lange lijst van behoeften, zowel op het gebied van methodiekontwikkeling als op het niveau van implementatie. Op basis van het geleverde werk in de Vlaamse werkgroep, worden de onderstaande krachtlijnen geformuleerd.

De krachtlijnen kunnen onderverdeeld worden in twee categorieën:

Structurele krachtlijnen die aangeven aan welke randvoorwaarden voldaan moet zijn om een integraal beleid in Vlaanderen uit te voeren:

- Afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden voor Vlaamse actoren
- Optimale en doelmatige aanwending van de capaciteit voor uitvoering op het terrein
- Investeren in registratie, monitoring en effectevaluatie

Strategische krachtlijnen die aangeven wat er inhoudelijk moet gebeuren wanneer aan de structurele voorwaarden is voldaan:

- Impact van de bestaande preventieve acties verbeteren
- Methodieken rond tabak, alcohol en drugs integreren waar mogelijk
- Uitbouwen van rookstopbegeleiding en vroeginterventie voor alcohol- en drugproblemen
- Systematische aandacht voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden, gedetineerden) en genderverschillen

De krachtlijnen worden hieronder verder uitgewerkt. Bij de structurele krachtlijnen wordt aangegeven wie de beleidsverantwoordelijkheid heeft om deze acties te initiëren. Daarnaast wordt ook een inschatting gemaakt van de budgettaire consequenties. Hierbij moet men het volgende in gedachten houden:

- Het gaat steeds om *indicatieve* bedragen, die weergeven hoeveel de *extra investering per jaar* bedraagt voor de krachtlijn in kwestie. We gaan er van uit dat huidige investeringen⁶ behouden blijven.
- De bedragen geven aan hoeveel de extra investering bedraagt, op *kruissnelheid*. Voor het totale pakket is het financiële engagement van de Vlaamse Gemeenschap 2.250.000 euro per jaar. Voor deze stijging in de investeringen moet een *groeipad* worden uitgetekend tussen 2010 en 2015. Indien de stijging lineair wordt verdeeld over de zes jaren, betekent dit een jaarlijkse, cumulatieve stijging van het budget met 375.000 euro. De inbreng van de lokale en provinciale besturen wordt in overleg vastgelegd.

Het heeft geen zin om aan de strategische krachtlijnen te werken, zonder bijkomende investering te doen in de structurele krachtlijnen. Deze laatste moeten gezien worden als

⁵ Zie bijlage 2 'Ontwerp van actieplan zoals ingediend bij de minister door de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs' en bijlage 3 'Inventaris van feedback uit toetsingronde door de UA

⁶ Voor een overzicht: zie bijlage 1 'overzicht van de investeringen in tabak alcohol en drugs 2005 – 2008'

noodzakelijke voorwaarden. De grootste kost wordt gevormd door de capaciteitsuitbreiding (krachtlijn twee).

Omgekeerd: eens de structurele krachtlijnen zijn ingevuld, is er geen grote budgettaire inspanning meer nodig om aan de strategische krachtlijnen te werken. De bijkomende kosten kunnen dan grotendeels worden opgevangen binnen de bestaande financiering van de organisaties.

Deze redenering geldt ook voor de tijdelijke lokale en regionale implementatieprojecten die aflopen in 2009. Methodieken waarvan wordt aangetoond dat ze in praktijk uitvoerbaar zijn, moeten na afloop van het project worden geïntegreerd in de vaste structuren, en geïmplementeerd worden over heel Vlaanderen. Het is niet de bedoeling om deze lokale en regionale activiteiten voor langere tijd te financieren met projectmiddelen.

STRUCTURELE KRACHTLIJNEN**Krachtlijn 1: AFBAKENEN VAN OPDRACHTEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN VOOR VLAAMSE ACTOREN**

Uit de gezondheidsconferentie van 2006 en uit de feedback op het ontwerp van actieplan blijkt dat er op het veld momenteel verwarring heerst over wie nu precies wat mag/kan/moet doen. Dit is een belangrijk probleem, aangezien de effectiviteit van het beleid afhangt van de mate waarin acties op een gecoördineerde manier worden uitgevoerd. Ook de eventuele relatie met het federale beleid en federale actoren moet beter worden uitgeklaard.

Actie	Verantwoordelijk	Kostprijs
Uitwerken van de uitvoeringsbesluiten van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, in het bijzonder deze in verband met de erkenning en subsidiëring van partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking, Logo's en individuele zorgaanbieders.	Vlaamse minister van Volksgezondheid	geen
Uitvoeringsbesluiten omzetten in erkenningen en meerjarige financierings-overeenkomsten.	Vlaamse minister van Volksgezondheid	geen
Opstellen van een samenwerkingsprotocol over de coördinatie, implementatie en uitvoering van acties tussen Vlaams, provinciaal, locoregionaal en lokaal niveau.	Vlaamse minister van Volksgezondheid, provincies, steden en gemeenten.	geen
Expliciteren van opdrachten en samenwerkingsrelaties met intermediairen in de maatschappelijke sectoren (onderwijs, bedrijven, jeugdwerk, bijzondere jeugdzorg, voorzieningen VAPH, lokale gemeenschappen, specifieke doelgroepen, ...) in een Vlaams facettenbeleid.	De Vlaamse Regering (ministers van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin, Jeugd, Sport, Onderwijs, Tewerkstelling)	geen
Installeren van een permanent orgaan vergelijkbaar met de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs, voor de opvolging van de uitvoering van het actieplan.	Vlaams minister van Volksgezondheid	Binnen budget werkgroepen
Continueren van de deelname aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, de Cel Gezondheidsbeleid Drugs en opstarten van de delegatie binnen de nieuw op te richten Algemene Cel Drugs.	Vlaams minister van Volksgezondheid	geen

Krachtlijn 2: OPTIMALE EN DOELMATIGE AANWENDING VAN DE CAPACITEIT VOOR UITVOERING OP HET TERREIN

Een integraal beleid voeren in de verschillende sectoren en bij de verschillende doelgroepen, vraagt een investering, vooral op het niveau van de uitvoering. In Nederland worden middelen voorzien voor één VTE per 100.000 inwoners, enkel voor alcohol en drugs. Rekenen we hier nog 1/2^e VTE bij voor tabak, dan komen we aan een capaciteit van 96 VTE voor 6.400.000 Vlamingen⁷. Momenteel beschikken we, met 21,8 VTE voor alcohol en drugs en 8,6VTE voor tabak, amper over één derde van deze capaciteit⁸.

Als we willen dat de methodieken op grote schaal en op een correcte manier worden toegepast, dan moeten we de capaciteit voor uitvoering op het terrein optrekken. Bij welke organisaties deze capaciteit precies zal worden ingezet, hangt af van de definitieve afbakening van opdrachten en verantwoordelijkheden (krachtlijn 1).

Actie	Verantwoordelijk	Kostprijs
65 VTE extra financieren, ter verdelen over: <ul style="list-style-type: none"> - regionale preventiewerkers die de organisaties in de sectoren (scholen, bedrijven, voorzieningen...) ondersteunen met vorming en coaching - lokale preventiewerkers die rechteerks met de doelgroepen werken. In cofinanciering met provinciale en lokale overheden, naar analogie van bestaande modellen in Limburg, Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. 	Vlaams minister van Volksgezondheid, in cofinanciering met provincies, steden en gemeenten	2.000.000 als aandeel Vl.Gem. aandeel prov., steden en gem. te bepalen in overleg
5 VTE extra voor de partnerorganisaties die opleiding, supervisie en coaching opnemen van de regionale en lokale preventiewerkers.	Vlaams minister van Volksgezondheid	250.000 euro
Verhogen van de investering in personeelstijd en werkingsmiddelen op het niveau van de intermediairen in de verschillende sectoren: <ul style="list-style-type: none"> - Onderwijs: CLB-medewerkers, pedagogische begeleiders, ... - Werk: medewerkers interne en externe diensten voor welzijn en bescherming op het werk, HR-professionals, ... - Jeugdwerk: medewerkers koepels en lokale jeugddiensten, ... - Bijzondere jeugdzorg: medewerkers OSBJ, medewerkers voorzieningen BJZ en VAPH,... - Welzijns- en gezondheidssector: medewerkers Kind en Gezin, OCMW, CAW, straatthoekwerkers, huisartsen, apothekers, tandartsen, 	De Vlaamse Regering (ministers van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin, Jeugd, Sport, Onderwijs, Tewerkstelling)	Nog te berekenen

⁷ 6.100.000 inwoners van het Vlaams Gewest en 300.000 Vlaamse Brusselaars

⁸ De 21,8 VTE zijn de regionale alcohol-en drugpreventiewerkers in de CGG's. Het aantal VTE dat binnen de Logo's wordt ingezet voor tabak is moeilijker te berekenen. Voor de huidige 26 logo's betaalt de Vlaamse Gemeenschap telkens ongeveer 2 VTE inhoudelijke medewerkers, in totaal 52 VTE. Wanneer we dit delen door het aantal gezondheidsdoelstellingen waaraan de Logo's moeten werken (zijnde zes), dan komen we aan 8,6 VTE.

Krachtlijn 3: INVESTEREN IN REGISTRATIE, MONITORING EN EFFECTEVALUATIE

Momenteel ontbreken een aantal gegevens om het beleid efficiënt te monitoren. Zo ontbreken bijvoorbeeld sector- en doelgroepsspecifieke gegevens over gedragspatronen. Voor de diverse sectoren en doelgroepen moeten indicatoren worden ontwikkeld die aangeven in welke mate de integrale beleidsmatige aanpak is verwezenlijkt. De overheid moet daarnaast in voldoende financiële middelen voorzien voor onpartijdig wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van gefinancierde acties op hetv terrein. Dit laatste is een aanvulling (geen vervanging) van het kwaliteitsbeleid dat de organisaties zelf moeten voeren op het gebied van geleverde producten en diensten.

Actie	Verantwoordelijk	Kostprijs
Uitbreiden van de indicatorenmeting bij scholen en bedrijven (VIG/Logo's) met bevraging naar alcohol en drugs ifv monitoring beleid (VAD/CGG preventiewerkers).	Vlaams minister van Volksgezondheid	Binnen bestaand budget
Koppeling van resultaten indicatorenmeting aan onderzoek naar individueel gedrag (HBSC, bevraging VAD enz.) in functie van effectmeting en internationale vergelijking.	Vlaams minister van Volksgezondheid	Binnen bestaand budget
Uitbreiden van het onderzoeksplatform A&D (VAD) tot een onderzoeksplatform tabak, alcohol en drugs (VAD en VIG) om beleid, werkveld en onderzoeksinstellingen samen te brengen rond onderzoeksnoden en –resultaten.	Vlaams minister van Volksgezondheid	Binnen bestaand budget
Verhogen van de aandacht voor de thematiek binnen het Steunpunt voor Beleidsrelevant Wetenschappelijk Onderzoek Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Optimaliseren en uitbreiden van de bestaande registratiesystemen en aandacht voor het gebruik van tabak, alcohol en drugs in de bestaan de registratiesystemen van de diverse sectoren (CAW, CGG, BJB...)	Vlaams minister van Volksgezondheid	Binnen bestaand budget

STRATEGISCHE KRACHTLIJNEN

Krachtlijn 4: IMPACT VAN DE BESTAANDE PREVENTIEVE ACTIES VERBETEREN

De integrale, beleidsmatige aanpak van tabak-, alcohol- en illegale drugproblemen kent in Vlaanderen al een lange geschiedenis, vooral in goed georganiseerde sectoren zoals onderwijs, werk, en lokaal beleid. Voor alcohol en drugs kan daar ook het georganiseerd jeugdwerk, de bijzondere jeugdzorg en de uitgaanssector bijgerekend worden.

De kadermethodieken voor een beleidsmatige aanpak zijn in de meeste sectoren aanwezig, maar vooral voor specifieke, kwetsbare doelgroepen en voor specifieke lokale situaties zijn er nog heel wat blinde vlekken. Probleem is ook dat de impact van de beleidsmatige aanpak nog te beperkt is, zowel kwantitatief (het aantal organisaties dat bereikt wordt) als kwalitatief (de grondigheid waarmee methodieken worden uitgevoerd).

De bestaande initiatieven moeten dus ruimer en meer systematisch geïmplementeerd en uitgevoerd worden, met aandacht voor kwaliteitsverbetering en evaluatie. Daarbij moet permanent aandacht zijn voor vernieuwing van methodieken en voor het inspelen op nieuwe evoluties en trends in het gebruik van tabak, alcohol en drugs. Bijzondere aandacht moet gaan naar initiatieven gericht op primaire preventie (voorkomen dat jongeren beginnen gebruiken, beginleeftijd van eerste gebruik uitstellen) en op de doelgroep zwangere vrouwen en hun omgeving).

Krachtlijn 5: METHODIEKEN ROND TABAK, ALCOHOL EN DRUGS INTEGREREN WAAR MOGELIJK

Momenteel bestaat er nauwelijks een geïntegreerde aanpak voor middelenpreventie (tabak én alcohol én drugs). Er bestaat wel een geïntegreerde aanpak voor gezondheidsbevordering, de zgn. kadermethodieken voor een gezondheidsbeleid, waarop een geïntegreerde aanpak voor tabak, alcohol en drugs moet worden geënt. Uit de besprekingen op de gezondheidsconferentie en de bevraging van de actoren in het veld, blijkt dat er een grote vraag is naar dergelijke geïntegreerde methodieken.

Voor de sector onderwijs is de afgelopen periode al een start gemaakt met de ontwikkeling van een geïntegreerde aanpak. Deze acties moeten worden verder gezet.

In de periode 2009-2015 moet als volgende stap een geïntegreerde aanpak worden uitgewerkt voor artsen, tandartsen en apothekers enerzijds en voor intermediairen die werken met zwangere vrouwen en hun partner anderzijds. Iedere Vlaamse arts, tandarts en apotheker moet in staat zijn om de methodieken van minimale interventies en kortadvies toe te passen. Intermediairen die werken met zwangere vrouwen en hun partner, moeten actief, met een uniforme boodschap, communiceren over de risico's van tabak, alcohol en drugs tijdens de zwangerschap. Ze moeten in staat zijn om zwangere vrouwen en hun partners te informeren, adviseren, ondersteunen, counsellen en door te verwijzen.

Krachtlijn 6: UITBOUW VAN ROOKSTOPBEGELEIDING EN VROEGINTERVENTIE VOOR ALCOHOL- EN DRUGPROBLEMEN

Rookstopbegeleiding

Het lokale ondersteuningsaanbod voor stoppen met roken is momenteel ontoereikend. We moeten het aanbod aan individuele- en groepsbegeleidingen dan ook gevoelig uitbreiden qua capaciteit. Tegelijk moeten we er voor zorgen dat het voldoende geografisch gespreid is, toegankelijk, aangepast aan de noden van specifieke doelgroepen, en ingebed in een lokaal beleid. De nieuwe maatregel van de federale regering, waarbij rookstopbegeleiding gedeeltelijk wordt terugbetaald door het RIZIV, schept hier belangrijke opportuniteiten.

Regionale regisseurs moeten zorgen voor samenwerkingsverbanden tussen aanbieders, zodat blinde vlekken in het aanbod worden opgevuld. Gezondheidswerkers en intermediairs moeten worden aangespoord om de vorming tabacologie te volgen en individueel of in groep rookstopondersteuning aan te bieden vanuit een organisatie of als zelfstandige.

Er is ook een volgehouden, meerjarige communicatiestrategie nodig die via verschillende kanalen rokers aanzet tot stoppen, ondersteund door efficiënte wetenschappelijk onderbouwde hulpmiddelen en methodieken. Deze communicatiestrategie moet ontwikkeld worden in overleg en samenwerking met de aanbieders van rookstopondersteuning.

Vroeginterventie alcohol en drugs

Vroeginterventie is een effectieve strategie om problemen met alcohol- en/of druggebruik in een vroeg stadium te identificeren en aan te pakken. De doelgroep zijn experimenterende en beginnende problematische gebruikers en hun omgeving. De methodieken worden uitgevoerd door welzijns- en gezondheidswerkers op de eerste lijn. Methodieken van vroeginterventie uitvoeren vraagt specifieke expertise en ondersteuning (instrumenten, vorming, modellen en coaching en supervisiernetwerken). Er bestaan momenteel verschillende initiatieven, maar de capaciteit is te klein en de bekendheid bij lokale actoren is laag.

Vroeginterventie moet een vast onderdeel vormen van een beleidsmatige aanpak in de verschillende sectoren en voor de verschillende doelgroepen. Het aanbod moet voldoende zijn, laagdrempelig, geografisch gespreid en deel uitmaken van een lokaal gecoördineerd netwerk.

We moeten een model van vroeginterventie ontwikkelen dat kan worden uitgevoerd door ambulante welzijnsdiensten, gekaderd in een meer globale beleidsmatige aanpak binnen de organisatie. Daarnaast is er ook nood aan gevalideerde screeningsinstrumenten voor illegale drugs voor toepassing in de algemene gezondheidssector en ambulante categoriale hulpverlening. Voldoende aandacht moet gaan naar het betrekken van ouders bij deze interventies. Intermediairen die betrokken zijn bij vroeginterventie en motivationeel werken (specifiek alcohol en drugs) vanuit een welzijnsinspectief (CAW, OCMW, thuislozensector) moeten een beroep kunnen doen op een adequaat vormingsaanbod en een intervisienetwerk.

Krachtlijn 7: SYSTEMATISCHE AANDACHT VOOR SPECIFIEKE DOELGROEPEN (MENSEN IN ARMOEDE, ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN, GEDETINEERDEN) EN GENDERVERSCHILLEN

De gezondheidsschade door tabak, alcohol en drugs is niet gelijk verdeeld over alle Vlamingen. Bepaalde groepen lopen systematisch meer risico dan andere. Onder mensen in armoede zijn er beduidend meer rokers, ze zijn sterker verslaafd aan nicotine en hebben het dan ook moeilijker om te stoppen met roken. Etnisch-culturele minderheid hebben nood aan specifieke preventieboodschappen rond alcohol en drugs. Bij problematisch gebruik geraken ze moeilijk tot bij de gepaste hulpverlening. Indien ze toch instemmen met een begeleiding, dan haken ze sneller af.

Ook gender heeft een duidelijke, middeloverstijgende invloed. Mannen sterven 6 keer meer aan tabaksgerelateerde aandoeningen, 3 keer meer aan alcoholgerelateerde aandoeningen en 5 keer meer aan druggerelateerde aandoeningen dan vrouwen. Wel is het zo dat de gezondheidsschade door tabak bij mannen langzaamaan afneemt, terwijl die bij vrouwen toeneemt.

De gevangenen zijn belangrijke vindplaatsen van mensen met tabaks-, alcohol- en/of illegale drugsproblemen. De detentietijd wordt onvoldoende benut om preventieve acties te ondernemen, resp. hulpverlening te bieden.

De actoren in het veld zijn zich bewust van deze ongelijkheden en doen ook pogingen om er rekening mee te houden. Maar de inspanningen moeten meer systematisch worden ingebouwd in het beleid. Er wordt ook nog te weinig gebruik gemaakt van de expertise van organisaties die specifiek werken met deze groepen en rond deze thema's.

Bij de ontwikkeling van nieuwe methodieken moeten deze aspecten (armoede, etnisch culturele achtergrond, gender, detentie) ingebouwd zijn in het ontwikkelingstraject. Relevante organisaties en overheden moeten structureel betrokken worden.

Voor de bestaande methodieken moet worden onderzocht in welke mate ze in staat zijn om mensen in armoede, etnisch-culturele minderheden of gedetineerden te bereiken, en in welke mate ze rekening houden met een genderinvalshoek. Waar nodig moeten specifieke, aangepaste methodieken en materialen worden ontwikkeld.

Er moet een samenwerkingsprotocol komen tussen de ministers van Volksgezondheid, Armoedebestrijding, Gelijke Kansen en Inburgering, enerzijds over systematische integratie van preventie van middelengebruik binnen hun werking, anderzijds over de integratie van de aspecten armoede, etnisch-culturele achtergrond en gender in de werking van de gezondheidsorganisaties.