

VAD-studiedag

donderdag 21 november 2002 • studiedag alcohol & drugs

VAD

alcohol- en druggebruik & omgevingsinvloeden

case management

synthetische drugs & uitgaan

gokken

referatenbundel

INHOUD

Inleiding	1
De VAD is 20 jaar oud!	2
Alcohol- en druggebruik & omgevingsinvloeden	4
Case management in de drughulpverlening: le Beaujolais nouveau of gewoon oude wijn in nieuwe zakken?	18
Synthetische drugs & uitgaan: recente combinaties op de dansvloer	28
Gokken: alea jacta est of alea jacta non est	35
<i>Sessie 1: Alcohol- en druggebruik & omgevingsinvloeden</i>	42
1.1 Invloed van de media op alcohol- en druggebruik	42
1.2 Alcohol en drugs en lokaal beleid	43
1.3 Alcohol en drugs en de werksetting	44
1.4 Individuele begeleiding en groepswerking/CAT Gent	45
1.5 Peerwerking/CAD Limburg	46
<i>Sessie 2: Case management</i>	47
2.1 Case management: visie vanuit de federale overheid	47
2.2 Maak van uw case manager geen spoorzoeker	48
2.3 Case management voor langdurig verslaafden in Nederland	50
<i>Sessie 3: Synthetische drugs & uitgaan</i>	51
3.1 Medical problems related to recreational drug use at nocturnal dance parties in Ghent, Belgium	51
3.2 Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)	53
3.3 Veldwerk NOVADIC Preventie, Eindhoven	55
<i>Sessie 4: Gokken</i>	56
4.1 Individueel begeleiden van personen met een gokprobleem	56
4.2 Kansspelen en preventie: een stand van zaken in Nederland	58
4.3 Groepswerking voor anonieme gokkers in Matt Talbot	59

INLEIDING

... 'over alcohol en andere drugs is nog lang niet alles gezegd'.

Alles willen vertellen betekent zoveel als een begin zonder einde. En zeker voor één dag lijkt dit een onoverkomelijke opdracht. Het maken van keuzes in een breed en divers topic als alcohol en drugs dat zich van vele kanten laat belichten is dan ook geen sinecure.

Maar met de vier uiteenlopende thema's die de VAD-studiedag kleur geven, hebben we alvast een poging gedaan een gevarieerd programma aan te bieden en intermediairen uit diverse sectoren en met verschillende achtergronden aan te spreken. Daarnaast wil deze VAD-studiedag een ontmoetingsplaats zijn voor wie in de alcohol- en drugsector werkt of er nauw bij betrokken is.

In het plenaire gedeelte worden de vier thema's in volgorde behandeld.

In het thema '*alcohol- en druggebruik en omgevingsinvloeden*', wordt ingezoomd op de rol die omgevingsfactoren hebben op het ontstaan van (problematisch) alcohol- en druggebruik en het belang in het onderkennen van deze factoren voor een planmatige preventieaanpak.

Vervolgens wordt de recente ontwikkeling van '*case management*' onder de loep genomen: '*le Beaujolais nouveau of gewoon oude wijn in nieuwe zakken?*' We bekijken hoe case management inspeelt op de vaak complexe en meervoudige problematiek van langdurig verslaafden en in welke mate deze methodiek een aanvulling is bij de huidige organisatie van de zorg.

Met '*synthetische drugs en uitgaan: recente combinaties op de dansvloer*', zijn we bij een trendgevoelig fenomeen aanbeland. Vanuit recent onderzoek naar GHB-gebruik bij uitgaande jongeren (tussen narcose en extase, CVO Utrecht) wordt gekeken naar nieuwe trends in recreatief druggebruik tijdens het uitgaan.

Als laatste wordt '*gokken*' centraal geplaatst. Vertrekkende vanuit een korte terugblik wordt de nieuwe wetgeving op de kansspelen en het preventief belang ervan in de kijker geplaatst om zo bij de vraagstelling te komen: '*alea jacta est of alea jacta non est*'.

Tijdens de parallelle sessies in de namiddag is er tijd en ruimte om verder in te gaan op de thema's van het voormiddagdeelte.

'*Alcohol- en druggebruik en omgevingsinvloeden*' wordt aan de hand van stellingen die we voorleggen aan vertegenwoordigers uit verschillende domeinen (media, lokaal beleid, bedrijfswereld, ...), verder belicht.

'*Case management*' wordt nader bekeken vanuit het perspectief van de Nederlandse en de Vlaamse hulpverleningscontext. Verder worden er aanbevelingen vanuit het beleid en de praktijk geformuleerd om case management verder ingang te laten vinden in het werkveld.

In sessie drie '*synthetische drugs en uitgaan*' worden (vernieuwende) methodieken om te interveniëren in het uitgaansleven aan u voorgesteld, geflankeerd door uiteenzettingen over de medische problemen als gevolg van (overmatig) druggebruik op dansevenementen en een voorstelling van het DIMS project in Nederland en de meerwaarde voor preventie.

Tot slot wordt bij het thema '*gokken*' gefocust op het hulpverleningsaanbod voor personen met gokproblemen, waarbij zowel de individuele (ambulante) begeleiding als groepswerking aan bod komen. Daarnaast wordt de Nederlandse aanpak van de gokproblematiek toegelicht en bekijken we wat we hieruit voor Vlaanderen op beleidsmatig en preventief vlak kunnen opsteken.

In deze referatenbundel vindt u de volledige teksten terug van de uiteenzettingen uit de plenaire sessie en een korte situering van elk panellid uit de parallelle sessies. Zo kunt u de veelheid aan boeiende informatie nadien nog eens rustig nalezen en misschien wel aangrijpen om een van de thema's op tafel te leggen binnen uw dienst of organisatie.

DE VAD IS 20 JAAR OUD!

*dr. Stan Ansoms
voorzitter VAD
hoofdgeneesheer/psychiater
PK Broeders Alexianen, Tienen*

Dit is een moment om even na te denken, om even stil te staan bij haar groeiproces.

De VAD ontstond niet zomaar, er was een voorgeschiedenis, er waren enkele organisaties die ons vooraf gingen. Ik denk hierbij in chronologische volgorde aan:

- het NCA of het Nationaal Comité voor Studie en Preventie van het Alcoholisme en andere Toxicomaneïën, dat zich vooral bekommerde om de eerste initiatieven op het vlak van preventie, o.m. de jaarlijkse schooldag tegen alcoholmisbruik;
- de NFKAT of de Nationale Federatie van Konsultatiebureaus en Instellingen voor de Zorg voor Alcoholisten en andere Toxicomaneïën, die de eerste werkers uit de meer categoriale hulpverlening samenbracht;
- het NCAD of het Nationaal Comité voor Alcohol- en andere Drugproblemen, dat het resultaat was van een fusiebeweging tussen de twee reeds vermelde organisaties, omdat men toen reeds begrepen had dat preventie en hulpverlening inhoudelijk heel sterk met elkaar verweven zijn en best samen behartigd worden;
- het Overlegcomité, dat parallel met het Franstalige CPAD (later CCAD) werd opgericht binnen de context van de eerste federalisering in België.

In feite hebben wij, via deze vroegere organisaties, heel wat inspiratie en ervaring opgedaan, sommige tradities en principes overgenomen en zelfs een halve bibliotheek geërfd. Het lijkt mij daarom passend even hulde te brengen aan deze pioniers en dat is ook de reden waarom ik hier nog eens expliciet de namen van hun organisaties vermeld.

Ondertussen werd de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, de VAD, op 1 oktober 1982 opgericht. Dit gebeurde autonoom, rechtstreeks op initiatief van een aantal vertegenwoordigers van het werkveld. De statuten verschenen in het staatsblad van 10 februari 1983 en de aspiraties van de VAD waren duidelijk:

- men wilde in Vlaanderen uitgroeien tot een werkelijk representatieve koepelorganisatie; momenteel zijn meer dan 50 ledenorganisaties aangesloten;
- men zou zich breed oriënteren, zowel gericht op studie en preventie als op hulpverlening, en dit vanuit de overtuiging dat deze drie deeldomeinen elkaar nodig hebben en onderling kunnen bevruchten; het huidige programma illustreert trouwens deze natuurlijke interactie;
- men zou zich niet in de eerste plaats opstellen als een beroepsorganisatie, die rechtstreeks waakt over de persoonlijke belangen van de leden, maar wel als een vakvereniging die bezorgd is over de complexe problematiek van het toenemend middelengebruik, het lot van de gebruikers en de mogelijkheden tot preventie en passende hulpverlening. Ook tijdens deze studiedag proberen wij deze opties te verdiepen en te verbreden, zodat de aanpak van de problematiek wordt verbeterd en er geen flagrante lacunes en tekorten blijven bestaan.

Het NCA en ook de zelfhulporganisaties reserveerden jaarlijks de derde week van november als een geschikt moment tot nationale sensibilisering t.o.v. de alcoholproblematiek. Nog steeds in het verlengde van deze traditie organiseert de VAD jaarlijks in dezelfde periode een studiedag. Maar naar vorm en inhoud is er uiteraard heel wat veranderd. Destijds was men ervan overtuigd dat een jaarlijkse 'awareness-week', gekoppeld aan een 'schooldag' tegen alcoholmisbruik, reeds kon rekenen op een behoorlijk effect. Vandaag weten wij dat een zeer algemene sensibilisering misschien wel nuttig is, maar dat deze dan toch met veel meer kracht moet ondersteund worden door de diverse media en dat algemene boodschappen meer specifiek moeten aangevuld worden met andere strategieën in functie van de doelgroep en de beoogde problematiek. Dit zijn zeer dure campagnes die wij liefst realiseren in samenwerking met de overheid en die wij bovendien planmatig moeten spreiden over verschillende jaren heen. Onze lopende campagne 'Alcohol, nuchter bekeken' is hiervan een mooi voorbeeld.

Daarnaast hebben wij ook geleerd dat er bij de intermediären zelf een grote vraag is naar informatie, opleiding en praktische training. Het programma van vandaag toont aan dat wij die behoefte goed begrepen hebben. Wij willen u informeren over de nieuwe trends (de synthetische drugs), over nieuwe inzichten (een analyse van de contextuele elementen i.v.m. het gebruik van alcohol en drugs), over actuele evoluties en verwachtingen op het vlak van hulpverlening (case management). Tot slot willen wij ook meer aandacht vragen voor het wat verwaarloosde probleem van het gokken.

Wij ontvingen een 400-tal inschrijvingen; praktisch gezien eigenlijk een beetje te veel. Maar dit aantal illustreert wel de zeer grote interesse voor de problematiek en de grote verwachtingen op het vlak van vorming. Wij willen deze massale opkomst meteen ook beschouwen als een waarderend antwoord op de grote inspanningen van de organisatoren, de eloquente sprekers en de vele stille medewerkers. Toch ontvingen wij nadien graag uw persoonlijke commentaren, uw goed bedoelde kritieken en vooral uw wensen naar de toekomst toe. De VAD wil met dit alles rekening houden. Het is uw inbreng die onze verdere werking mee kan bepalen.

Reflecteren over uw organisatie betekent inderdaad ook dat men naar de toekomst moet kijken. Misschien mag men wel veronderstellen dat men op 20-jarige leeftijd een eerste volwassenheid heeft bereikt, een groeistadium met veel draagkracht, maar toch is dit een ontwikkelingsfase waarbij men nog steeds veel hulp, adviezen en wijsheid kan gebruiken. De VAD is immers ook een denktank waar men discussieert, overlegt, adviseert en vooral ook coördineert. Verdere groei en zelfs stabilisering veronderstellen nog steeds een grote flexibiliteit en volgehouden inspanningen, op diverse fronten. In de eerste plaats denken wij dan aan de VAD-staffleden, die dag in dag uit concrete gestalte geven aan het VAD-instituut, maar wij denken ook aan de vele externe medewerkers die op vrijwillige basis, al of niet gemandateerd vanuit hun lokale organisaties, de ganse VAD-beweging inspireren, besturen en uitdragen. Zo blijft de VAD ons grootste gezamenlijke project. Wij zijn de overheid dankbaar dat zij reeds jarenlang dit project mee bevestigt en financieel ondersteunt.

ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK & OMGEVINGSINVLOEDEN

Marie-Claire Lambrechts
stafmedewerker Preventie/Arbeid
VAD, Brussel

1. ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK EN ONTSTAANSFACTOREN

Bijna alle Vlamingen gebruiken alcohol en, in mindere mate, andere drugs. Antwoord krijgen op de vraag waarom ze dat doen is erg belangrijk. Inzicht in de factoren die gedrag bepalen (determinanten) geeft informatie om problematisch middelengebruik te voorkomen, dan wel om het (meer) adequaat en (meer) vroegtijdig aan te pakken. Hoewel veel gedrag een aangeboren component bevat (bijvoorbeeld de zuigreflex bij pasgeboren baby's), is slechts weinig gedrag puur *aangeboren* (Meertens et al., 2000). De meeste gedragingen zijn dus *aangeleerd*. Zo ook het gebruik van alcohol en andere drugs.

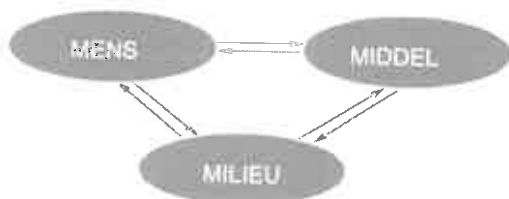
Bepaalde factoren kunnen mensen tot het gebruik van alcohol en drugs aanzetten (de zogenaamde inducerende factoren, bijvoorbeeld voorbeeldgedrag in de omgeving van de gebruiker), terwijl andere hen precies van dergelijk gebruik weerhouden (de zogenaamde beschermende factoren, bijvoorbeeld regelgeving, maar ook sociale *bonding*) (Hawkins et al., 1992). Factoren zijn niet per definitie beschermend, dan wel inducerend: de context speelt hierbij een belangrijke rol.

Een voorbeeld hiervan is de beschermende invloed die uitgaat van religie. Op plaatsen met een streng religieuze onthoudingsbeweging zoals de islamitische landen of ook in Noord-Amerika, is er beduidend minder alcoholgebruik (WHO, 2001; Edwards et al., 1994). In de Vlaamse gesecculariseerde context moeten we echter vaststellen dat religie slechts in heel beperkte mate een invloed uitoefent op het gedrag van jongeren én volwassenen, en als dusdanig voor het merendeel van de bevolking noch een beschermende, noch een inducerende invloed heeft op hun middelengebruik.

1.1 M.M.M.

Er is heel wat onderzoek verricht naar het ontstaansproces van (problematisch) middelengebruik. Onderzoekers kijken in dit verband naar kenmerken van de gebruiker zelf (*de mens*), naar het product (*het middel*) of naar de omgeving waarin het gebruik zich voordoet (*het milieu*).

Figuur 1: het M.M.M.-model (naar Zindberg, 1984; Dorn, N., undated).



In een aantal theorieën, zoals bijvoorbeeld in die van Keith Tones (Tones & Tilford, 1994; Tones, 1986), probeert men het samenspel tussen deze factoren te bevatten.

Afhankelijk van het gekozen uitgangspunt (een bepaalde 'M'), kijkt men met een andere bril naar het (problematisch) gebruik van alcohol en drugs.

In het *biologisch-genetisch perspectief*, dat vooral de laatste jaren opgang vindt, is er veel aandacht voor biologische en genetische factoren die aanleiding geven tot het ontstaan van problematisch middelengebruik. Men beschrijft hierin de zogenaamde (aangeboren) kwetsbaarheid die sommige mensen hebben om eerder problemen te krijgen met alcohol en/of andere drugs. In een *gedragmatig perspectief* beschouwt men (problematisch) alcohol- en druggebruik als het resultaat van een leerproces. Sommige modellen behandelen eerder het individueel gedragmatig uitgangspunt. Hierbij staat (problematisch) middelengebruik, en de consequenties daarvan voor de kwaliteit van leven van het individu, centraal. Andere theorieën binnen deze stroming leggen vooral de nadruk op de betekenis van een bepaald alcohol- of druggebruik in de samenleving. Het feit dat middelengebruik in een bepaalde context als afwijkend gedrag kan worden beschouwd, is hiervan een voorbeeld (Lambrechts & Van Baelen, 2002).

Omgevingsgerichte theorieën focussen tot slot op structurele omgevingsfactoren. Een vrij recente benadering op dit vlak is de *sociaal-ecologische benadering*. Het gaat om een combinatie van een persoonsgerichte aanpak en gemeenschapgerichte interventies, waaraan de dynamische interactie tussen situationele en persoonlijke factoren toegevoegd wordt (Stokols, 1996). In dit model gaat men ervan uit dat de omgeving enerzijds het individuele gedrag bepaalt en beperkt, terwijl anderzijds een veranderende omgeving tot gedragsveranderingen bij de participanten kan leiden. In deze benadering gaat het dus zowel om individuele gedragsveranderingen als om sociale veranderingen.

1.2 Indeling ontstaansfactoren

In de lijn van deze M.M.M.-indeling zijn er tal van factoren die het gebruik van alcohol en andere drugs kunnen beïnvloeden. Er zijn tal van opsommingen terug te vinden, maar grofweg kunnen we ze als volgt indelen (Lambrechts, 2001b):

Contextuele of omgevingsfactoren

- wetten en regelgeving
- beschikbaarheid van alcohol en andere drugs
- socio-economische omstandigheden: tewerkstelling, huisvesting
- culturele factoren
- media

Interpersoonlijke factoren

- voorbeeldgedrag (al dan niet problematisch) van ouders, familieleden, *peers*
- sociale interactie
 - gezin: familiebinding, conflicthantering
 - collega's, vrienden, *peers*
 - subculturen
- sociale rol

Psychosociale factoren

- attitudes
- vervreemding
- persoonlijkheid: zelfwaarde, copinggedrag, karakter, eigen-effectiviteit
- engagement, mate van zich te willen conformeren

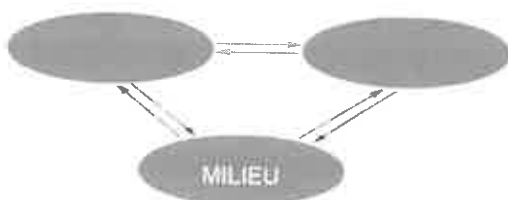
Biogenetische factoren

- een genetisch bepaalde kwetsbaarheid
 - psychofysiologische kwetsbaarheid voor effecten van middelen
- Vrouwen zijn bijvoorbeeld gevoeliger voor alcohol dan mannen. Zij hebben een andere lichaamsverdeling van water en vet (mannen hebben in verhouding meer spierweefsel met meer water waarin de alcohol zich kan verdunnen). Zij hebben ook een lagere maag ADH-activiteit. Deze alcohol-dehydrogenase zorgt ervoor dat grootste deel van de ethanol in de lever gemetaboliseerd wordt tot acetaldehyde. Vrouwen ontwikkelen door deze gevoeligheid bijvoorbeeld eerder een leververvetting en een levercirrose (Lieber, 1994).

Het overgrote deel van het verklarend onderzoek naar het gebruik van alcohol en drugs (vooral bij jongeren), is ontleend aan sociaal-psychologische modellen en concepten die de oorzaken voor middelenmisbruik zoeken in individu-gebonden factoren, zoals attitudes, gepercipieerde normen en eigen-effectiviteit. Daardoor wordt vooral de eigen verantwoordelijkheid van de gebruiker voor matig en verstandig alcohol- en druggebruik benadrukt.

Vanzelfsprekend moet de gebruiker gewezen worden op zijn/haar individuele verantwoordelijkheid. Maar factoren van invloed op middelengebruik dienen echter niet alleen gezocht te worden in het samenspel van factoren die in het individu te lokaliseren zijn, maar ook in de factoren die in de omgeving werken, en waarover hij/zij nauwelijks controle heeft. Door de omgeving te observeren kan er al heel wat van het middelengebruik verklaard worden. Vanuit het oogpunt van effectieve interventie dient zeker aandacht gegeven te worden aan omgevingsfactoren (Pos et al., 2001). Meer en recent onderzoek geeft immers aan dat individueel gerichte preventie een veel kleiner effect heeft op problematisch middelengebruik, in vergelijking met op populatie gebaseerde interventies waarbij de omgeving beïnvloed wordt (Babor, 2002; Edwards et al., 1994).

In deze uiteenzetting zullen we daarom vooral ingaan op de rol van de omgeving, zonder evenwel het belang van mens en middel, en de wisselwerking ertussen, uit het oog te verliezen. We focussen ons hierbij zoveel mogelijk op niet-problematisch gebruik, hoewel er meestal ook een link is naar probleemgedrag.



2. ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK EN DE OMGEVING

2.1 Wat is een 'omgeving'?

Vooraleer we de omgevingsfactoren van alcohol- en ander druggebruik behandelen, moeten we misschien even stilstaan bij het begrip zelf. We gebruiken het woord 'omgeving', en meestal vragen we ons niet af wat het precies betekent. Einstein beschreef het begrip omgeving als volgt: "everything that isn't me". Dat lijkt een eenvoudige en aantrekkelijke omschrijving, maar bij nader inzien levert het toch de nodige problemen op. We kunnen de omgeving zien als een hulpbron voor ons bestaan (water, lucht...), als een al dan niet gezonde leefomgeving of als een bron van genoeg. Maar er is ook een sociale, een politieke, een culturele en een economische omgeving, waarin de menselijke activiteiten geplaatst moeten worden. Kortom, omgeving is een multidimensioneel begrip en ook in het kader van de alcohol- en drugthematiek is het aangewezen hiermee rekening te houden (*gebruikmakend van een omschrijving van het begrip 'omgeving', faculteit omgevingswetenschappen van de Universiteit van Wageningen*).

In deze uiteenzetting maken we een onderscheid tussen het zogenaamde macro- en micro-niveau. De 'macro-omgeving' beïnvloedt het gedrag eerder onrechtstreeks, maar daarom niet minder bepalend. In de 'micro-omgeving' staat de wisselwerking tussen het individu en zijn directe sociale omgeving centraal. Een voorbeeld van indirecte beïnvloeding is de tabaks- en/of de alcoholreclame. Deze advertenties zijn op zich niet schadelijk voor het individu (een argument dat veelvuldig door mediamensen en sommige beleidsverantwoordelijken gehanteerd wordt). Ze versterken wel het beeld dat alcohol en andere drugs erbij horen, en ze verhogen daardoor de kans dat jongeren beginnen te roken en/of alcohol drinken (Agostinelli & Grube, 2002; Bartholomew et al., 2000).

2.1.1 Macro-niveau

- **Beleid: wetgeving**

Men neemt in het algemeen aan dat hoe toleranter de wetgeving is, des te groter het gebruik (Johnston et al., 1986). Sommige drugs zijn legaal verkrijgbaar, andere zijn dan weer verboden.

Hoewel gebruik hierbij niet per definitie problematisch gebruik impliceert, is de gemiddelde alcoholconsumptie bijvoorbeeld wel rechtstreeks gerelateerd aan de prevalentie van problemen in een samenleving (Babor, 2002).

Enkele voorbeelden van wetgevende initiatieven

a) Taxatie en prijsbeleid

Economische studies in meerdere landen wijzen uit dat een prijsstijging van alcoholische dranken tot een reductie van de alcoholconsumptie leidt. Dit werd niet alleen vastgesteld bij occasionele, matige drinkers, maar ook bij regelmatige en excessieve drinkers. Enkel de bovenlaag van excessieve drinkers zou voor deze prijsstijgingen niet gevoelig zijn. Prijsstijgingen hebben verder een vermindering van alcoholgerelateerde problemen tot gevolg: daling van verkeersongevallen bij alle leeftijdscategorieën, van gezondheidsproblemen, van geweld onder invloed enzovoort (Babor, 2002).

Aangezien beleidsmakers de prijzen van alcoholische dranken kunnen beïnvloeden via bijvoorbeeld de taxaties, is dit een interessant uitgangspunt (Babor, 2002; Chaloupka et al., 2002). Het blijkt wel dat de prijselasticiteit van bier, wijnen en sterke dranken verschillend is: de bierconsumptie is relatief ongevoelig voor prijsveranderingen in tegenstelling tot wijnen en sterke dranken.

Het is raadzaam enkele kanttekeningen bij deze studies te plaatsen: omwille van methodologische beperkingen (geen experimenteel onderzoek) moeten er vooreerst reserves geplaatst worden bij een mogelijk causaal verband tussen prijsbeleid en een reductie van de alcoholconsumptie. Verder leert de tabakservaring dat enkel substantiële prijsstijgingen effect hebben. De industrie geeft meestal ook een gevat antwoord (bijvoorbeeld minder sigaretten in één pakje). En tot slot is het gevoerde prijsbeleid bij uitstek ook een cultureel gegeven. Zo geldt de hoger vermelde relatieve prijsongevoeligheid van de bierconsumptie vooral in de 'bier'landen.

b) Bepalen van een minimum leeftijd en van wijze van verkoop

Alcohol, tabak en geneesmiddelen zijn legaal in België, maar er bestaan een aantal wetten die beperkingen opleggen. Zo controleert de Belgische wetgeving het schenken van sterke dranken in drankgelegenheden (toegelaten voor +18-jarigen; voor bier geldt de leeftijdsgrens van 16 jaar). Sterke dranken mogen verder niet verkocht worden aan minderjarigen.

Meer specifiek voor illegale drugs, zal de toepassing van de federale 'Beleidsnota Drugs' (die nog niet in voege is) geen legalisering van cannabis, maar eerder een decriminalisering ervan tot gevolg hebben. Meerderjarigen worden dan niet meer vervolgd wanneer ze cannabis bezitten voor eigen gebruik, en wanneer er geen sprake is van problematisch gebruik. Het gebruik van cannabis in de nabijheid van minderjarigen veroorzaakt volgens deze nota maatschappelijke overlast en ook dat gegeven zal worden vervolgd. Voor minderjarigen verandert er niets: cannabis blijft verboden. In tegenstelling tot Nederland worden *coffee-shops*, waar cannabis verkocht kan worden, niet getolereerd.

• **Beschikbaarheid**

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen *wettelijke beschikbaarheid* (cf. wetten), *economische beschikbaarheid*, de markt met de wet van vraag en aanbod, en *de reële fysieke beschikbaarheid* in diverse settings. Fysieke beschikbaarheid is het gemak of de moeilijkheid die een individu ondervindt om alcohol en andere drugs te verkrijgen. Voor de werksituatie bijvoorbeeld gaat het over het verkrijgen van alcohol op of vlakbij werkruimtes en op werkgerelateerde gebeurtenissen, beleidslijnen of regels die verhinderen dat alcohol binnengebracht wordt, en de mate waarin dergelijke beleidsmaatregelen kunnen geïmplementeerd worden. De objectieve fysieke aanwezigheid verwijst naar de mate waarin dergelijke elementen effectief aanwezig zijn; de subjectieve beschikbaarheid naar de *beliefs* of percepties van werknemers over hoe gemakkelijk of moeilijk het is om alcohol te verkrijgen of te gebruiken in de werkcontext (Lambrechts, 2001a).

Beschikbaarheid is een belangrijke determinant. De beschikbaarheid van alcohol beïnvloedt bijvoorbeeld het drinkgedrag van het individu, en bepaalt de incidentie, prevalentie en geografische spreiding van alcoholgerelateerde problemen in de samenleving (Babor, 2002; Stockwell & Gruenewald, 2001). Los van het feit of een drug legaal of illegaal is, speelt de beschikbaarheid een aparte rol. Zolang het aanbod van alcohol en drugs beperkt blijft, is de kans op een eerste contact gering. Naarmate het aanbod toeneemt (bijvoorbeeld doordat het dealen agressiever wordt), komen meer jongeren in de verleiding om drugs te gebruiken (Tones, 1986). De factor beschikbaarheid is niet alléén bepalend. Of anders gezegd, het is niet omdat een product illegaal is, dat het niet gebruikt wordt (bijvoorbeeld cannabis).

Gebrek aan beschikbaarheid of toegankelijkheid kan verder als negatief gevolg hebben dat er een illegale markt ontstaat, waarin er geen controle is op de kwaliteit van het product, en met een verhoogde criminaliteit enzovoort.

- **Socio-economische omstandigheden**

Een lagere socio-economische status (SES), geoperationaliseerd in opleiding, beroepsklasse, inkomen, koopkracht en eigen huisvesting, is gerelateerd aan een hogere alcoholconsumptie en hogere alcoholgerelateerde sterfte (Mäkelä, 1999), maar meer onderzoek blijkt aangewezen. Hawkins en collega's (1992) waarschuwen in elk geval voor het gevaar van stereotypering. Er bestaat geen stereotiepe sociaal-economische klasse van (problematische) gebruikers. Wel onderstrepen zij dat het leven in extreem armoedige omstandigheden de kans op problematisch gebruik verhoogt. Een lagere SES zorgt er ook voor dat gebruikers sneller problemen krijgen: meestal hebben ze geen netwerk waarop ze beroep kunnen doen, en stellen ze door het gebrek aan financiële middelen, sneller crimineel gedrag.

Buurtten met een hoge bevolkingsdichtheid, gebrek aan sociale controle op publieke plaatsen, hoge mobiliteit en weinig binding tussen de bewoners, worden in verband gebracht met een verhoogde kans op criminaliteit. Onderzoekers verwachten tevens een link met (problematisch) druggebruik, maar verder onderzoek is nodig om dit gegeven te staven (Hawkins, 1992).

- **Culturele factoren**

De invloed van culturele factoren op alcohol- en druggebruik is geen nieuw onderzoeksgegeven. In socio-culturele benaderingen wordt alcohol- en druggebruik vaak gezien als een 'construct', gemaakt op een bepaalde plaats en tijd, en met een bepaalde functie. Antropologische theorieën bekijken de functies die alcohol- en druggebruik heeft in bepaalde samenlevingen. Uit die studies kan men leren dat 'het onder invloed zijn' bijvoorbeeld een aangeleerd gedrag is, en niet onmiddellijk toegewezen wordt aan de kenmerken van het product alcohol zelf.

Functionele verklaringen benoemen vooral de functie die alcohol en andere drugs hebben in de moderne samenleving. In dit kader is drinken een middel om sociale integratie te bevorderen, angsten en agressies te overwinnen enzovoort. Zo stelt Seppälä bijvoorbeeld in een studie over het recreatieve gebruik van drugs in Helsinki, dat de gebruikers zich willen opstellen als een alternatieve cultuur tegen de 'saaie' en door alcohol bepaalde samenleving (Seppälä, 1999).

Sinds de jaren tachtig bekijkt men in de semiotiek¹ vooral de betekenis van alcohol- en druggebruik. Het begrip 'intoxicatie' bijvoorbeeld bestaat enkel als er een betekenis aan gegeven wordt: men observeert het dronken of high zijn, en geeft aan dat dit slechts een betekenis heeft als men het kan plaatsen tegenover een, door een samenleving, 'bepaalde' vorm van normaliteit (Sulkunen, 2002).

Specifiek voor alcohol gaan bepaalde culturen eerder op een ambivalente, moralistisch restrictieve manier met het gebruik ervan om (bijvoorbeeld de Verenigde Staten, Scandinavië): men drinkt er episodisch en op korte tijdstippen erg excessief (*binge drinking*). Feesten zijn een excuus om te drinken. Dit drankpatroon wordt meer geassocieerd met alcoholgerelateerde problemen, in vergelijking met samenlevingen waarin er minder controversie over het alcoholgebruik is. Feesten worden sterk geassocieerd met alcohol, maar het is geen rechtvaardiging om te drinken. In landen met deze vorm van '*integrated drinking*' wordt er doorgaans nochtans meer gedronken per hoofd van de bevolking (Peele, 1997). Veranderingen op vlak van alcoholgedrag blijken zeer traag ingang te vinden, en manifesteren zich over generaties heen (Babor, 2002).

Ook de medicalisering van een samenleving tot slot is een cultureel gegeven. Samen met Frankrijk en Duitsland is België één van de belangrijkste consumenten van geneesmiddelen (De Donder, 2002). Dit gegeven heeft onder meer te maken met de organisatie van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld geen doorgedreven echelonering, waardoor de patiënt kan 'shoppen'), maar ook met de gebruiker zelf

¹ semiotiek: wetenschap van het gebruik, de systemen en de waarde van tekens, bijvoorbeeld in de taal, de kunst, de literatuur

(bijvoorbeeld verwachtingen van de patiënt, waarbij een doktersbezoek bijna per definitie de aankoop van geneesmiddelen impliceert).

- **Media en reclame**

Over de invloed van media en reclame kan er veel geschreven worden. We beperken ons in dit verband tot enkele kanttekeningen

Door de beeldvorming in de media kunnen bepaalde drugs '*gehypt*' worden. XTC is een voorbeeld van een mediadrug. In de populariteit van bijvoorbeeld de alcopops speelt de reclame een belangrijke rol. Door de blitse verpakking wordt de minderjarige aangespoord dit product te kopen.

Achter die reclame zit een machtige alcoholindustrie, die zich vooral in de bier- en sterke drankenindustrie grondig gereorganiseerd heeft. Door de fusies tot grote transnationale firma's, controleren zij in hoge mate lokale netwerken van productie, verspreiding en *advertising* (Babor, 2002).

De industrie doet meer en meer beroep op de zogenaamde *counteradvertising* om zich een verantwoord imago aan te meten (bijvoorbeeld de boodschap dat matig alcoholgebruik goed is voor hart- en bloedvaten. Men 'vergeet' er meestal bij te zeggen dat sport en gezonde voeding zeker zo belangrijk zijn). Meestal leidt dit tot nogal dubbelzinnige boodschappen. Enerzijds wil de drankindustrie met deze *counteradvertising* verantwoord gedrag promoten (bijvoorbeeld niet drinken wanneer je rijdt), anderzijds wordt breeduit een *pro-drinking* klimaat verspreid (bijvoorbeeld op feestjes hoort drinken erbij). Men blijft de verantwoordelijkheid ook bij het individu leggen. In de '*know when to say when*'-boodschap bijvoorbeeld, laat men de beslissing van 'when' en 'know' aan het individu over. Een tweede vorm van *counteradvertising* zijn gebruikswaarschuwingen op de eigen producten (zoals bijvoorbeeld op een pakje sigaretten). Omdat informatie en kennis niet voldoende zijn om gedragsverandering te bewerkstelligen, hebben deze initiatieven meestal weinig effect.

2.1.2 *Micro-niveau*

De invloed van de directe sociale omgeving is een belangrijke determinant van veel gedrag. Vormen van sociale invloed zijn subjectieve sociale normen, sociale steun en *modelling*. Ze kunnen zowel rechtstreeks het gedrag beïnvloeden, dan wel via attitudes en eigen-effectiviteit het gedrag bepalen. Zo zal de sociale omgeving bijvoorbeeld de *risicoperceptie* van mensen beïnvloeden. Wanneer de sociale omgeving zich druk maakt over bepaalde risico's en niet over andere, zal dit een invloed hebben op risico-inschattingen. Het fenomeen 'onrealistisch optimisme' speelt hierbij een rol (Weinstein, 1984): mensen onderschatten systematisch hun persoonlijke risico in vergelijking met het risico van anderen (Meertens, 1993). Dit 'ver-van-mijn-bed'-gegeven is vooral eigen aan de jongerencultuur en is moeilijk te veranderen. Het doet zich ook voor in het kader van de alcohol- en drugthematiek. Kennis en bewustwording kunnen dit wel enigszins wijzigen, maar als dusdanig lijkt dit slechts matig effect te ressorteren.

- **Subjectieve normen of opvattingen van anderen**

Subjectieve normen hebben alles te maken met hoe het individu naar de opvattingen van anderen kijkt, en er rekening mee wenst te houden (*motivation to comply*) (Meertens et al., 2000). Mensen reageren heel sterk op de sociale omgeving. Twee principes uit de sociale psychologie zijn daarvoor verantwoordelijk, namelijk het ordeningsprincipe en het beloningsprincipe. Het ordeningsprincipe houdt in dat mensen streven naar een cognitieve ordening, zodat een samenhangend beeld ontstaat over zichzelf en de omgeving. Informatie over de opvattingen van anderen wordt daarbij serieus genomen, en des te meer naarmate die anderen vergelijkbaar zijn met de persoon zelf of een hoge geloofwaardigheid hebben. Het beloningsprincipe houdt in dat mensen streven naar een beloning, dat wil zeggen positieve opbrengsten voor zichzelf. Beloningen kunnen ook sociaal zijn: waardering door anderen, status. Het eens zijn met belangrijke anderen is dus een positieve opbrengst (Veen & Wilke, 1984).

Enkele voorbeelden:

- Verwachten mijn vrienden dat ik rook of drink? De jongere constateert dat het merendeel van zijn vrienden vindt dat je alcohol moet gebruiken als je uitgaat. De meeste jongeren zijn geneigd om met deze mening in te stemmen, omdat ze er anders niet bijhoren. In welke mate vormen ouders een tegenwicht?
- In bepaalde beroepen moet je drinken om erbij te horen.

Interessant in dit kader is het begrip sociale beschikbaarheid. Subjectieve sociale beschikbaarheid, bijvoorbeeld in de werkcontext, verwijst naar de percepties van werknemers over het actuele drinkgedrag op het werk, en de goed- of afkeuring ervan in de werkcontext (in tegenstelling tot de objectieve sociale beschikbaarheid, die naar het drinkgedrag en de goedkeuring ervan op zich kijkt). Vooral deze subjectieve sociale beschikbaarheid voorspelt werkgerelateerd drinken (Ames & Grube, 1999).

Ongeschreven wetten over wie wat mag en moet drinken, en wanneer, kunnen erg dwingend zijn. Wetgevers en beleidsmakers moeten hiermee rekening houden wanneer ze hetzelfde willen bereiken via 'externe controle'.

- **Sociale druk of sociale steun of directe invloeden van anderen**

Sociale druk is het beïnvloeden van een individu om diens gedrag te veranderen of te behouden (De Vries, 1993). Sociale druk is een belangrijke gedragsdeterminant. Sociale druk treedt bijvoorbeeld op wanneer je door vrienden aangespoord wordt om alcohol of drugs te gebruiken. Vooral leeftijdsgenoten (zgn. *peers*) spelen een belangrijke rol. Het is voor jongeren zeer moeilijk om tegen de stroom in, (waarbij de meerderheid in groep alcohol en drugs gebruikt) deze druk te weerstaan en neen te zeggen (Kayser, 1990). Bij sociale druk is er sprake van negatieve invloed op het gewenste gedrag, bij sociale steun gaat er een positieve invloed van uit, bijvoorbeeld het steunen van iemand die gestopt is met roken en het aansporen het vol te houden.

De invloed van dergelijke omgevingsfactoren bepaalt een aanzienlijk deel van de alcoholconsumptie. Spelen bijvoorbeeld een rol: de mogelijkheid om te drinken, de grootte van de groep waarin men drinkt en de groepsdruk (Knibbe et al., 1991; Knibbe et al, 1993). Er wordt namelijk meer gedronken als de drinker deel uitmaakt van een grotere groep, wanneer er in rondjes besteld wordt, wanneer de 'hoofdactiviteit' praten is, wanneer de muziek erg luid staat en er veel verloop in de zaak is. Gendersverschillen zijn er niet echt, maar er werd wel geconstateerd dat vrouwen in verhouding meer drinken wanneer er veel mannelijke bezoekers zijn (tussen haakjes: mannen drinken vlugger als er alleen maar mannen in de groep zijn – 17,8 minuten per glas versus 19,7. Vrouwen drinken dan weer trager als er alleen vrouwen zijn – 31,5 minuten per glas versus 26,4 in gemengde groepen) (Knibbe et al., 1993).

- **Modelling of leren door het observeren van andermans gedrag ('vicarious learning')**

Mensen kunnen leren door anderen ('models') te observeren. Hierbij leert men niet alleen hoe anderen een gedrag stellen, maar ook of er aan dat gedrag bepaalde consequenties verbonden zijn (Bandura, 1986). Ouders hebben een belangrijke modelling-functie. Zij sturen het gedrag van hun kinderen door het geven van goed- of afkeuring. Ook belangrijke derden, zoals leeftijdsgenoten, hebben veel invloed.

2.2 Conclusie: erkennen van belang van omgevingsfactoren

De opvattingen over de rol van het individueel gedrag op het ontstaan van (problematisch) middelengebruik zijn de laatste decennia veranderd. Waar vroeger (vaak onterecht) de nadruk lag op de individuele verantwoordelijkheid inzake riskant en ongezond gedrag, met risico voor '*blaming the victim*', wordt tegenwoordig het belang van omgevingscondities voor de individuele gezondheid erkend (Bouter, 2000). Het individu kan een mate van controle hebben over deze omgevingsvoorwaarden, maar het zijn vooral anderen die ze bepalen.

Wanneer we verwachten van mensen dat ze hun gedrag aanpassen, moeten we ervoor zorgen dat mensen ook alle middelen hebben om dit te realiseren. We moeten dus barrières wegnemen die de verandering in de weg staan (Bandura, 1986), met andere woorden: 'faciliteren'. Vaak betekent dit dat we de omgeving moeten veranderen. Het spreekt voor zich dat preventie het meest effectief zal zijn wanneer initiatieven gericht op individuele gedragsverandering gecombineerd worden met het optimaliseren van omgevingscondities (Bijvoorbeeld: je hebt de intentie om niet te rijden als je gedronken hebt, maar op het moment dat je naar huis wil, is er geen taxi of openbaar vervoer beschikbaar).

In een volgend hoofdstuk wordt kort behandeld hoe op een beleidsmatige manier met deze omgevingsfactoren kan worden gewerkt.

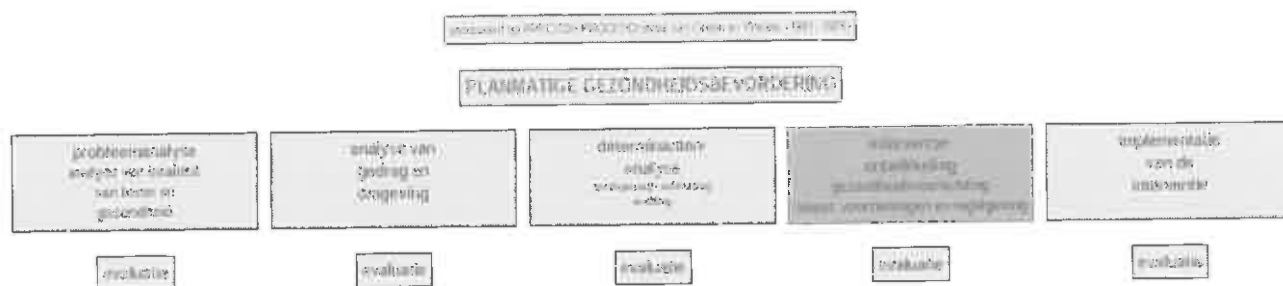
3. OMGEVINGSFACTOREN EN BELEIDSMATIG WERKEN

3.1 Belang van planmatige interventies

Een 'instant' oplossing voor alcohol- en drugproblemen is niet voorhanden. Alcohol- en drugproblemen dienen eerst zorgvuldig geanalyseerd te worden alvorens men overgaat tot het bedenken van een strategie en interventie. Een probleemanalyse met determinantenonderzoek is dus (erg) aangewezen.

In het PRECEDE/PROCEED-model van Green en Kreuter (1991,1999) wordt gezondheidsbevordering op een planmatige manier bekeken (*figuur 2*). PRECEDE/PROCEED is een acroniem voor 'Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation', gevolgd door 'Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Ecological Development' dat in onderstaand model in vereenvoudigde vorm schematisch wordt weergegeven. In dit model is er ook aandacht voor de rol van omgevingsfactoren.

Figuur 2: planmatige gezondheidsbevordering (Green en Kreuter, 1991,1999).



Kort gesitueerd begint het model met de vraag naar de kwaliteit van leven. Deze vraag is belangrijk omdat beleidsmakers, preventiewerkers en andere actoren zich niet altijd realiseren dat gezondheid slechts één van de factoren is die de kwaliteit van leven van mensen en groepen bepaalt. Andere factoren zijn bijvoorbeeld geweld, discriminatie en armoede. De tweede fase is gericht op de oorzaken van het probleem in termen van gedrag, leefstijl en omgevingscondities. De derde fase is gericht op de analyse van de determinanten van gedrag en omgevingscondities. Wanneer de gedrags- en omgevingsanalyse bijvoorbeeld uitwijst dat de omgeving van groot belang is bij een bepaald probleem, dan ligt het voor de hand in te grijpen op personen die bepalend zijn voor deze niveaus (bijvoorbeeld beleidsmakers), en niet op het gedrag van het individu. Er moet tevens een inschatting gemaakt worden van de mate waarin de determinanten belangrijk zijn voor een gedragsverandering, en van de mate waarin de determinanten te beïnvloeden zijn. Zowel de keuze voor de determinanten als de beoordeling van het belang van de determinanten en de mate waarin ze te beïnvloeden zijn, dienen gebaseerd te zijn op literatuur, theorie en eventueel aanvullend onderzoek (Schaalma et al., 2000). Beleidsmakers zijn in dit opzicht wel eens geneigd te kiezen voor determinanten die én hoog veranderbaar én laag belangrijk zijn. Beleidsmakers denken immers vaak in termen van beleidstermijnen en willen daardoor op korte termijn scoren.

Het is pas in de vierde fase dat een interventie ontwikkeld wordt om veranderingen teweeg te brengen in het gedrag en de omgevingsvoorwaarden. *Intervention Mapping* is hiervoor een instrument (Bartholomew et al., 2000). De volgende stap is de implementatie van de interventie. En tot slot dient er geëvalueerd te worden, en dit op drie niveaus: procesmatig, tussentijds en uitkomstgericht.

3.2 Actoren

Om een efficiënt alcohol- en drugbeleid te bewerkstelligen, moeten er verschillende doelgroepen benaderd worden:

- individueel niveau: degene die alcohol of drugs (problematisch) gebruikt
- interpersoonlijk niveau of groepsniveau: zoals leeftijdsgenoten, ouders, hulpverleners
- organisatieniveau: zoals schooldirecteuren, managers van bedrijven, horecaverantwoordelijken
- lokaal niveau: zoals sleutelfiguren in gemeenten, lokale media
- samenlevingsniveau: zoals politici en ambtenaren.

Omgevingsgerichte benaderingen focussen daarbij op het mobiliseren van de community om structurele en systematische veranderingen aanvaardbaar te maken en te bewerkstelligen (Treno & Lee, 2002).

De community is een geschikt platform om aan omgevingsfactoren te werken. Het is hier dat praktijkmensen en beleidsmakers onderzoek en nieuwe innovaties in de praktijk moeten omzetten. Dit community niveau is ook de focus voor innovaties op het gebied van preventie en hulpverlening van afhankelijkheidsproblemen (Cuijpers & Schippers, 2002).

3.3 Tot slot

Zoals hoger beschreven is het de combinatie van omgevingsgerichte met persoonsgerichte interventies, zoals vroeginterventie en hulpverlening, die het meest effect zal hebben in de aanpak van problematisch alcohol- en druggebruik. Omgevingsgerichte interventies hebben daarbij het voordeel dat het gedrag van veel mensen tegelijk kan worden beïnvloed. In bijlage is een overzicht opgenomen van mogelijke omgevingsinterventies.

Er zijn tot slot echter ook struikelblokken die een efficiënt beleid vaak in de weg staan. Dit zou onderwerp kunnen zijn van een volgende uiteenzetting, maar intussen vermelden we er alvast enkele: de commerciële belangen van de industrie zijn groot, en door de globalisering van de markt worden in sneltempo 'onze' alcohol- en drugproblemen uitgevoerd naar minder ontwikkelde landen. Beleidsmakers denken op hun beurt vaak op erg korte termijn en balanceren tussen twee rollen: enerzijds ontvangt de overheid geld door bijvoorbeeld accijnzen op de verkoop van alcohol, anderzijds moet de overheid investeren in preventie en hulpverlening. En tot slot komen gezondheids- en welzijnspectieven niet altijd overeen met de beheersing van criminaliteit en overlast.

Bijlage: Omgevingsinterventies voor preventie van gezondheidsschendend gedrag
(Pandelaere, Van den Broucke & Van den Bergh, 1997)

<i>Type</i>	<i>voorbeelden</i>
1) eliminatie van ongewenst gedrag uit keuze- of beschouwingsset	<ul style="list-style-type: none"> - verbod op verkoop van alcohol aan minderjarigen ^b - restricties op alcoholreclame ^b - geen drankautomaten in de lagere school ^b - fluorescerend licht in toiletten om het intraveneus spuiten af te remmen ^a
2) wijzigingen in de keuzestructuur	
a) afname voordelen gewenst gedrag	- wettelijke beperkingen op alcoholconcentratie van alcoholische dranken ^b (vermindert de effecten van alcohol per drank)
b) toename nadelen ongewenst gedrag	<ul style="list-style-type: none"> - prijsdifferentiatie ^c - uitgesloten worden uit de groep ^b
c) manipulatie probabiliteiten ongewenst gedrag	<ul style="list-style-type: none"> - permanente controles i.p.v. verscherpte controles rond de feestdagen ^a - restricties op openingsuren cafés ^a
3) verschaffen van gewenste alternatieven	<ul style="list-style-type: none"> - voldoende aanbod niet-alcoholische dranken; alcoholvrij bier ^c - responsible young drivers - een aantrekkelijke speelplaats, middagactiviteiten om 'het op café' gaan tegen te gaan ^a
4) eliminatie van nadelen van ongewenst gedrag	<ul style="list-style-type: none"> - spuitenruil ^a - beschikbaar stellen van gratis en koel water in discotheken ^a - piltesting ^a

a fysische interventies b regel- en wetgevende interventies c economische interventies

gewenst gedrag: verantwoord omgaan met alcohol- en druggebruik
ongewenst gedrag: bijvoorbeeld gebruik door minderjarigen

LITERATUUR

- Agostinelli, G. & Grube, J.W. (2002). Alcohol Counter-Advertising and the Media. A review of recent research. *Alcohol Research & Health*, 26, 15-21.
- Ames, G.M. & Grube, J.W. (1999). Alcohol availability and workplace drinking: Mixed method analyses. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 383-393.
- Babor, T.F. (2002). Linking Science to Policy. The Role of International Collaborative Research. *Alcohol Research & Health*, 26, 66-74.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N. (2000). *Intervention mapping: a process for designing theory- and evidence-based health education and promotion programs*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Bouter, L., Dongen, M. van & Brug, J. (2000). De analyse van gedrag en omgeving. In: J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R.M. Meertens & H.T. van der Molen (red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (pp. 43-54). Assen: Van Gorcum.
- Chaloupka, F.J., Grossman, M. & Saffer, H. (2002). The effects of Price on Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems. *Alcohol Research & Health*, 26, 22-34.
- Cuijpers, P. & G.M. Schippers (2002). Integrating substance abuse treatment and prevention in the community. *Addictive Behaviors*, 27, 847-849.
- De Donder, E. (2002). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen*. Brussel: VAD.
- De Vries H. (1993). Determinanten van gedrag. In: V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (pp. 109-132). Assen: Van Gorcum.
- Dorn, N. (undated). Teaching Decision-Making Skills about Legal and Illegal Drugs. London: Health Education Council.
- Edwards, G., Anderson, P. & Babor, T.F. et al. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press, 1994).
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Hawkins J., Catalano R. en Miller J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 1, 64-105.
- Johnston, L.D. & O'Malley, P.M. (1986). Why do nation's students use drugs and alcohol? *Journal of Drug Issues*, 16, 29-66.
- Kayser, R.E. (1990). *Rijden onder invloed: effectiviteit van een voorlichtingsprogramma*. Nijmegen: Vakgroep Klinische psychologie en Persoonlijke leer.
- Knibbe, R.A., Goor, I., van de & Drop, M.J. (1993). Contextual influences on young people's drinking rates in public drinking places: an observational study. *Addiction Research*, 3, 269-278.
- Knibbe, R.A., Oostveen, T. & Goor, I., van de (1991). Young people's alcohol consumption in public drinking places: reasoned behaviour or related to the situation? *British Journal of Addiction*, 86, 1425-1433.
- Lambrechts, M. & Van Baelen, L. (2002). Ontstaansfactoren van problematisch alcohol- en druggebruik. In: E. De Donder, I. De Maeseneire, M. Geirnaert, M. Lambrechts, N. Roose, L. Van Baelen & G. Verstuyf, *Alcohol- en druggebruik: gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening*. Diegem: Kluwer.
- Lambrechts, M. (2001a). *Persoons- en werkgebonden factoren en het ontstaan van alcoholmisbruik*. Brussel: VAD.
- Lambrechts, M. (2001b). *Een ticket voor een alcohol- en drugbeleid in uw bedrijf*. Brussel: VAD.
- Lieber, C. (1994). Alcohol and the liver: 1994 update. *Gastroenterol*, 106, 1085-105.
- Mäkelä, P. (1999). Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*, 94, 867-886.
- Mangione, T.W., Howland, J., & Lee, M. (1998). *New perspectives for Worksite Alcohol Strategies: Results from a Corporate Drinking Study*. Boston: JSI Research & Training Institute.
- Meertens R., Schaalma H., Brug J. & de Vries N. (2000). Determinanten van gedrag. In: J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, M.R. Meertens en H.T. van der Molen (red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (pp. 279-290). Assen: Van Gorcum & Comp.

- Pandelaere, M., Van den Broucke, S., & Van den Berghe, O. (1997). Het effect van omgevingsinterventies op gezondheidsgerelateerd gedrag. In: *Preventieve Gezondheidszorg. Vlaams Preventiecongres 1997* (pp. 668-688). Diegem: Kluwer Editorial.
- Peele, S. (1997). Utilizing culture and behaviour in epidemiological models of alcohol consumption and consequences for western nations. *Alcohol & Alcoholism*, 32, 51-64.
- Pos, S.E., Knibbe, R.A., & Lemmers, A.C.J. (2001). *Alle dagen feest? Een kwalitatieve studie naar omgevingsinvloeden op het alcoholgebruik van jongeren op vakantie*. Woerden/Maastricht: NIGZ/Universiteit Maastricht.
- Schaalma, H., Kok, G. & Meertens, R. (2000). Intervention mapping. In: J.Brug, H. Schaalma, G. Kok, M.R. Meertens en H.T. van der Molen (red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (pp. 73-88). Assen: Van Gorcum & Comp.
- Seppälä, P. (1999). Illegal substances and their meaning in techno culture. *Yhteiskuntapolitiikka*, 64, 359-368.
- Stockols D. (1996). Translating social ecology theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 282-298.
- Stockwell, T. & Gruenewald, P. (2001). Controls on the physical availability of alcohol. In: N. Heather, T.J. Peters & T. Stockwell (eds.), *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems* (pp. 699-720). New York: John Wiley and Sons.
- Sulkunen, P. (2002). Between culture and nature: intoxication in cultural studies of alcohol and drug use. *Contemporary Drug Problems*, 29, 253-276.
- Tones, K.T. (1986). Preventing drug misuse: the cast for breadth, balance and coherence. *Health Education Journal*, 45, 223-230.
- Tones, K.T. & Tilford, S. (1994). *Health Education. Effectiveness, efficiency and equity*. Second Edition. London: Chapman & Hall.
- Treno, A.J. & Lee, J.P. (2002). Approaching alcohol problems through local environmental interventions. *Alcohol Research & Health*, 26, 35-40.
- Veen, P. & Wilke, H.A.M. (1984). *De kern van de sociale psychologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me: Perspective of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.
- World Health Organisation (2001). *Drinking among young Europeans*. Regional Office for Europe.
- Zindberg, N. (1984). *Drug, Set and Setting: the Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven/London: Yale University Press.

CASE MANAGEMENT IN DE DRUGHULPVERLENING: LE BEAUJOLAIS NOUVEAU OF GEWOON OUDE WIJN IN NIEUWE ZAKKEN?

Wouter Vanderplasschen
wetenschappelijk medewerker
Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent

INLEIDING

Begin 2001 werd case management ingeschreven als een belangrijk actiepoint binnen de drugnota van de federale regering met de bedoeling de hulpverlening aan druggebruikers met een complexe en meervoudige problematiek te optimaliseren (federale regering, 2001). Ruim anderhalf jaar later (oktober 2002) werd beslist om aan het begeleidingsteam van de op te richten crisiseenheden voor middelenafhankelijke personen één fulltime case manager toe te voegen (Tavernier, 2002). Op die manier wil men het hulpverleningsproces verder zetten na het vertrek van de patiënt uit een algemeen ziekenhuis om zo de kans op herval te verminderen.

Case management is een relatief nieuwe werkvorm binnen de drughulpverlening en een belangrijke aanvulling bij de huidige organisatie van de zorg. Bovendien wordt hiermee ingespeeld op de vaak complexe en meervoudige problematiek van langdurig verslaafden (Wolf et al., 2000). Eerder werd case management reeds met succes toegepast bij andere doelgroepen, zoals chronisch psychiatrische patiënten, personen met een verstandelijke handicap en jongeren in problematische opvoedingssituaties. Momenteel wordt deze methodiek in een aantal Europese landen (bv. Duitsland, Italië en Nederland) beproefd om problematische druggebruikers doorheen het vaak ingewikkelde netwerk van diensten en voorzieningen te loodsen (EMCDDA, 2001; Wolf & Planije, 2002). In ons land werd reeds enige ervaring opgedaan met deze werkvorm tijdens een pilootproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Vanderplasschen et al., 2001c). Ook op een aantal andere plaatsen werden gelijkaardige kleinschalige projecten opgezet voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld zorgcoördinatie voor drugverslaafde moeders en hun kinderen, trajectbegeleiding voor laaggeschoolde en langdurig werkloze (ex-)druggebruikers en case management voor overlast veroorzakende druggebruikers.

De bedoeling van deze tekst is om stil te staan bij wat case management onderscheidt van andere interventies binnen de drughulpverlening. We doen dit aan de hand van een korte schets van de huidige organisatie van de drughulpverlening en de voornaamste kenmerken van de doelgroep. Vervolgens wordt ingegaan op de doelstellingen, kenmerken, kernfuncties en voornaamste modellen van case management en besteden we aandacht aan de evaluatie van deze methodiek aan de hand van de resultaten van het case managementproject in de provincie Oost-Vlaanderen. Tot slot staan we stil bij de belangrijkste aspecten waarmee rekening dient gehouden te worden bij de implementatie van deze methodiek.

ACHTERGROND

Organisatie van de drughulpverlening

De drughulpverlening omvat verschillende ambulante en residentiële diensten en voorzieningen, die verschillen qua doelgroep, doelstellingen, focus van de zorg, behandelingsduur en toegankelijkheid (Vanderplasschen et al., 2001a). Hierbij kan onder meer een onderscheid gemaakt worden tussen drugvrije behandelingen (bv. langdurig groepsprogramma in een therapeutische gemeenschap), medisch-psychiatrische behandelingen (bv. ontwenning in een psychiatrisch ziekenhuis), substitutietherapieën (bv. methadononderhoudsbehandeling in een dagcentrum) en schadebeperkende maatregelen (bv. spuitenruil in een medisch-sociaal opvangcentrum) (Broekaert & Vanderplasschen, in druk). Als gevolg van het toenemend aantal gemeenschappelijke cliënten en de groeiende samenwerking tussen voorzieningen is de tegenstelling tussen deze behandelingsvormen de afgelopen jaren vervaagd en heeft ze plaatsgemaakt voor (inter-)sectorale samenwerkingsverbanden en netwerkvorming. Hiermee worden de eerste stappen gezet in de richting van de uitbouw van regionale zorgcircuits middelenmisbruik, die alle noodzakelijke modules en zorgtrajecten vertegenwoordigen voor een bepaalde doelgroep (Nassen et al., 1999).

Kenmerken van de doelgroep

Middelenafhankelijkheid is vaak een langdurig, complex en meervoudig probleem, dat gepaard gaat met andere problemen zoals werkloosheid, justitiële problemen, infectieziekten (HCV, HIV, ...), sociale uitsluiting, familiale en relationele problemen, psychische problemen, problemen inzake huisvesting, ... (McLellan et al., 1993; Van Brussel, 2000). Bovendien is het gebruik van verschillende producten eerder regel dan uitzondering (De Donder, 2002). Verandering blijkt een langdurig en cyclisch proces (Prochaska et al., 1992) en heel wat druggebruikers blijken hiervoor niet of slechts weinig gemotiveerd.

De hulpverleningspraktijk maakt duidelijk dat drop-out tijdens en herval na behandeling relatief hoog liggen bij problematische druggebruikers (Uchtenhagen, 2001). De meeste van deze cliënten komen met verschillende voorzieningen in contact, soms zelfs op een relatief korte tijdsperiode. Zo blijkt dat 4% van alle bij intake geregistreerde druggebruikers tijdens een periode van 8 maanden in 3 of meer categoriale voorzieningen geregistreerd werd (Vanderplasschen et al., 2001b). Hoewel dit aantal relatief beperkt oogt, blijken deze cliënten wel verantwoordelijk voor 14% van alle intakes tijdens die periode. Analyse van het behandelingsverleden van personen die een beroep doen op de categoriale drughulpverlening in Oost-Vlaanderen leert ons dat minder dan 20% (18.1%) nooit eerder in behandeling is geweest omwille van drugproblemen (Vanderplasschen et al., in voorbereiding). Iets minder dan de helft (48.9%) was reeds in 2 of meer voorzieningen in behandeling en 14.2% was zelfs reeds in 5 of meer voorzieningen in behandeling.

Zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering

Goede samenwerking en afspraken tussen alle betrokken instanties zijn dan ook noodzakelijk om deze verschillende behandelingen zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten (Siegal, 1998). Juist hier wringt echter het schoentje: bestaande diensten beschikken niet over de vereiste middelen om druggebruikers op te volgen op het moment dat een behandeling (met of tegen advies) wordt stopgezet. Bovendien blijken de muren tussen voorzieningen vaak (te) hoog, waardoor er dikwijls slechts beperkt contact is tussen hulpverleners van verschillende diensten. Ook het niet opvolgen van bepaalde afspraken door cliënten kan de samenwerking compliceren.

In de recente beleidsnota's over de "geestelijke gezondheidszorg" (Aelvoet & Vandenbroucke, 2001) en "drugproblematiek" (federale regering, 2001) wordt gewezen op het belang van kwaliteitszorg en zorg op maat van de hulpvrager.

Kwaliteit wordt onder meer in verband gebracht met de coördinatie, continuïteit, effectiviteit en efficiëntie van de hulpverlening (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992). Coördinatie verwijst naar de functionele samenhang van de hulpverlening (afstemming, communicatie, samenwerking, ...), terwijl continuïteit verband houdt met het longitudinaal karakter van de zorg. Effectiviteit betreft het realiseren van vooropgestelde doelstellingen, terwijl efficiëntie verwijst naar de verhouding tussen ingezette middelen en resultaten. De implementatie van case management past in het streven naar meer coördinatie en continuïteit binnen de drughulpverlening (Vanderplasschen et al., 2002).

CASE MANAGEMENT

Doelstellingen

Case management wordt naar voren geschoven als een aanvullende werkvorm met de bedoeling meer geïndividualiseerde hulp te bieden, betere opvolging te voorzien en tot meer afstemming te komen tussen diensten. Deze werkvorm is vooral aangewezen voor de hulpverlening aan druggebruikers met een langdurige en meervoudige problematiek, die met verschillende diensten in contact komen en/of tussen de mazen van het hulpverleningsnetwerk (dreigen te) glijpen (Siegal, 1998). Case management is niet alleen een geschikte methodiek om de toegang tot voorzieningen te vereenvoudigen of cliënten te laten aanknopen met de hulpverlening, maar ook om cliënten langer in contact te houden met de hulpverlening. Dit laatste heeft bovendien een positieve invloed op het behandelingsresultaat (Siegal et al., 1997; Rapp et al., 1998).

Hoewel het ontbreekt aan een algemeen aanvaarde definitie van case management (Van Riet & Wouters, 1996; Wolf et al., 2000), doen we toch een poging om deze werkvorm te karakteriseren: het betreft een vorm van laagdrempelige, intensieve en geïndividualiseerde hulp, waarbij één hulpverlener (of een team van hulpverleners) gedurende een bepaalde periode instaat voor de opvolging en coördinatie van de hulpverlening aan een beperkt aantal cliënten. De case manager fungeert als contactpersoon voor de cliënt en anderen die bij de hulpverlening betrokken zijn en heeft intensief (telefonisch of schriftelijk) contact met de cliënt, ook wanneer deze daar niet zelf het initiatief toe neemt.

Wat doet een case manager precies?

Over de basistaken van case managers bestaat in de literatuur wel eensgezindheid. Afwisselend -afhankelijk van de situatie- worden volgende taken opgenomen (Moxley, 1989; Van Riet & Wouters, 1996):

1. Case manager en cliënt gaan na welke de sterktes en zwaktes van de betreffende cliënt zijn, onder meer op het vlak van lichamelijke gezondheid, arbeid, druggebruik, familiale en sociale relaties, psychisch functioneren (*assessment*).
2. In onderling overleg worden prioritaire aandachtsgebieden (bv. aflossing schuldenlast, tewerkstelling,) aangeduid en aansluitend worden doelstellingen met bijhorende subdoelen geformuleerd. Dit plan geeft aan wie, wat, waar, wanneer, hoe en met welk doel zal doen (*planning*).
3. De case manager helpt en ondersteunt zijn cliënt op verschillende vlakken. Zo kan hij bv. informatie en advies geven over het gebruik van bepaalde medicatie, de cliënt een aantal vaardigheden aanleren (bv. hoe solliciteren?) en regelmatig gesprekken voeren met de cliënt die hij begeleidt (*directe dienstverlening*).
4. Daarnaast treedt de case manager ook op als een soort "advocaat" van de cliënt en "regisseur" van het hulpverleningsproces (*indirecte dienstverlening*). Zo brengt hij cliënten in contact met bepaalde diensten of regelt hij een opname in een behandelingscentrum (*linking*), zorgt hij voor een goede afstemming van de hulpverlening tussen alle betrokken partijen (*coördinatie*), komt hij op voor de belangen van zijn cliënt (bv. wanneer deze dreigt uit zijn huis gezet te worden of wanneer hij geweigerd wordt in een bepaalde dienst) (*belangenbehartiging*) en zoekt hij de cliënt op in diens eigen leefomgeving (bv. thuis, in het ziekenhuis of de gevangenis) (*outreaching*).

5. Tot slot staat de case manager (samen met de cliënt) in voor de opvolging en het bijsturen van de doelstellingen en het hulpverleningsproces (*monitoring*). Evaluatie van deze doelen en van de tevredenheid van de cliënt hangt hier nauw mee samen (*evaluatie*).

Naast deze basistaken kunnen nog een aantal andere kenmerken onderscheiden worden, die typerend zijn voor deze methodiek (Siegal, 1998):

- *cliëntgerichtheid*: de cliënt en zijn hulpvraag vormen het vertrekpunt voor het bepalen van de aard van de interventie;
- *maatschappijgerichtheid*: case management heeft vooral de bedoeling om personen te ondersteunen bij het functioneren in hun eigen omgeving (bv. buurt, familie), bijvoorbeeld op het moment dat ze het ziekenhuis verlaten;
- *assertiviteit*: de case manager wacht niet tot cliënten naar hem toekomen, maar gaat hen zelf actief opzoeken in hun eigen leefomgeving (bv. thuis, in de gevangenis of een behandelingscentrum);
- *integrale en omvattende aanpak*: de focus van de hulpverlening blijft niet beperkt tot het middelengebruik, maar betreft ook andere druggerelateerde problemen zoals werkloosheid, justitiële problemen, psychische problemen, ...;
- *één aanspreekpunt*: één hulpverlener is verantwoordelijk voor het totale hulpverleningstraject en fungeert als contactpersoon. Dit moet de communicatie tussen betrokken diensten bevorderen en het afschuiven van verantwoordelijkheden tegengaan;
- *flexibiliteit*: de case manager probeert zo flexibel mogelijk in te spelen op de noden en de hulpvraag van de cliënt. Hierbij houdt men rekening met de basale noden (bv. organisatie van transport, kinderopvang) vooraleer hogere doelen te stellen.

Modellen van case management

Op basis van de doelstellingen van de interventie, de mate waarin bepaalde basisfuncties opgenomen worden en de betrokkenheid van de cliënt kunnen verschillende modellen van case management onderscheiden worden. In de Amerikaanse literatuur over case management in de verslavingszorg worden meestal vier modellen onderscheiden: het brokerage-model, het personal strengths-model, het assertive community treatment-model en het clinical of rehabilitation-model (Siegal, 1998).

Bij het *makelaarsmodel* (brokerage model) fungeert de case manager als een soort poortwachter, die instaat voor de zorgcoördinatie op het niveau van de voorzieningen. De contacten tussen case manager en cliënt zijn meestal kortdurend en gericht op het identificeren van de voornaamste problemen en verwijzen van de cliënten.

Het *strengths based-model* biedt druggebruikers ondersteuning bij hun zoektocht naar meer controle over hun eigen leven, voornamelijk door een beroep te doen op hun sterktes en mogelijkheden (Siegal et al., 1995). Binnen dit model wordt vooral het belang van de relatie tussen case manager en cliënt, outreaching en de betrokkenheid van informele netwerken beklemtoond.

Binnen het *assertive community treatment-model (ACT)* staan het actief contact leggen met cliënten in hun eigen omgeving, gerichtheid op dagdagelijkse problemen, regelmatige contacten tussen case manager en cliënt, belangenbehartiging, een teamgerichte aanpak en langdurige betrokkenheid centraal.

Het *klinische of rehabilitatiemodel* combineert een aantal klinische functies (therapie) met case management in functie van het herstel van de cliënt. Kroon (1996) maakt een expliciet onderscheid tussen beide modellen: het rehabilitatiemodel is vooral gericht op het (zelfstandig) functioneren van de cliënt in zijn eigen omgeving, terwijl het klinisch case management de symptomen en klachten van de cliënt poogt te verlichten.

Waarin verschilt case management van andere werkvormen in de drughulpverlening?

De hiervoor vermelde taken van de case manager en kenmerken van de methodiek betreffen stuk voor stuk essentiële componenten van het hulpverleningsproces. Slechts enkele daarvan (bv. assessment, directe dienstverlening) worden momenteel systematisch opgenomen binnen de drughulpverlening. Andere komen nauwelijks (bv. outreaching, maatschappijgerichtheid) of slechts beperkt (bv. belangenbehartiging, integrale en omvattende aanpak, betrokkenheid van het sociaal netwerk) aan bod, maar zeker niet systematisch of gecoördineerd. In die optiek is case management dus niet fundamenteel verschillend van andere werkvormen binnen de drughulpverlening, maar vormt ze toch in menig opzicht een belangrijke aanvulling op het bestaande hulpverleningsaanbod (Graham & Birchmore Timney, 1990). We zetten hieronder nog eens een aantal belangrijke verschilpunten op een rijtje:

- Deze interventie heeft een ondersteunende rol ten aanzien van andere initiatieven in de drughulpverlening, die vooral gericht zijn op het verwerven van inzicht in de eigen problematiek, controle over het gebruik, herstel en terugvalpreventie (Siegal, 1998). Case managers daarentegen willen cliënten vooral leren op welke manier ze adequaat een beroep kunnen doen op bestaande diensten en ondersteunen hen om hun vooropgestelde doelstellingen te realiseren.
- Case management is sterk gericht op het maatschappelijk functioneren van de cliënt (Sullivan et al., 1992).
- Deze methodiek vertrekt van de hulpvraag van de cliënt en niet van het bestaande zorgaanbod van een bepaalde voorziening (Van Riet & Wouters, 1996).
- Men heeft niet enkel oog voor de beperkingen en problemen van cliënten, maar doet ook een beroep op de mogelijkheden en sterktes van de cliënt.
- Cliënten worden nauw betrokken bij de organisatie van de hulpverlening en bepalen mee de doelstellingen.
- Planmatig werken is heel typisch voor case management en hierbij wordt de directe omgeving van de cliënt zoveel mogelijk betrokken.

Bepaalde auteurs menen dat de vraag naar case management in de toekomst alleen maar zal toenemen, gezien het stijgend aantal cliënten met een meervoudige en complexe problematiek en de groeiende differentiatie binnen de hulpverlening (Willenbring, 1996).

Evaluatie van case management in de drughulpverlening

In oktober 1999 werd gestart met de toepassing van case management in 14 voorzieningen die betrokken zijn bij de drughulpverlening in de regio rond Gent (Vanderplasschen et al., 2001c). De doelgroep (n=29) bestond uit druggebruikers met een langdurige en meervoudige problematiek, die reeds in verschillende voorzieningen in behandeling waren geweest. Zowel ambulante als residentiële voorzieningen participeerden aan het proefproject met de bedoeling meer zorg op maat en continue zorg te bieden en verschillende hulpverleningsinitiatieven beter op elkaar af te stemmen.

Cliënten die wensten deel te nemen werden gedurende 12 maanden opgevolgd door een case manager, die deze taak uitvoerde naast zijn reguliere activiteiten.

Bij aanvang van het proefproject bleek de ernst en chronische aard van de problematiek van de geselecteerde druggebruikers uit de EuropASI-gegevens: de helft had last van chronische lichamelijke klachten; bijna $\frac{3}{4}$ had financiële problemen en weinig of geen werkervaring; het betrof polydruggebruikers, die reeds meer dan 5 jaar regelmatig heroïne, cocaïne en/of amfetamines en sinds meer dan 10 jaar cannabis en psychotrope medicatie gebruikten; de meeste cliënten hadden ooit drugs gespoten of een overdosis gehad en deden reeds meermaals een beroep op de drughulpverlening; bijna de helft werd verwezen door justitie en tweederde had ooit een periode in de gevangenis doorgebracht; bij de meeste personen was sprake van een intergenerationele alcohol- of drugproblematiek en bijna de helft werd ooit emotioneel of fysiek mishandeld door verwanten; bijna alle cliënten hebben ooit psychische of emotionele klachten gehad en tweederde werd

hiervoor ooit opgenomen in een residentiële voorziening. De motivatie voor behandeling bleek bij bijna alle cliënten vrij hoog en de meeste problemen situeerden zich op de leefgebieden "alcohol- druggebruik", "psychische en emotionele klachten" en "lichamelijke gezondheid".

Na twaalf maanden bleek dat tweederde van de case management-clieënten vooruitgang had geboekt op een aantal leefgebieden, terwijl de situatie bij de overige personen ongeveer dezelfde was gebleven en bij twee personen achteruit was gegaan. Met name op de leefgebieden "druggebruik" (verminderd gebruik van illegale drugs, behalve cannabis) en "arbeid, opleiding, inkomen" (meer personen tewerkgesteld) kon een duidelijk verschil vastgesteld worden tussen beide meetmomenten. Ook de justitiële situatie en familiale en sociale relaties bleken achteraf verbeterd, maar op het vlak van "alcoholgebruik" en "psychische en emotionele klachten" waren veel minder veranderingen merkbaar. De meeste cliënten vonden 12 maanden later dat het op verschillende vlakken beter met hen ging, hoewel hun case manager het daar niet altijd mee eens was. Het hoge zorggebruik tijdens de afgelopen 12 maanden was opvallend (ruim tweederde van de cliënten kwam het afgelopen jaar met 3 of meer diensten in contact), wat ook reeds in andere onderzoeken werd aangetoond (Kroon et al., 1999; de Froidmont et al., 2001). Nadere analyse van de onderzoeksresultaten maakte duidelijk dat de gevonden veranderingen nauw samenhangen met (de duur van) de behandeling die cliënten het afgelopen jaar volgden en hun motivatie voor behandeling. Een andere mediërende factor is de justitiële druk om een behandeling te volgen. Tot slot dient vermeld dat slechts relatieve verbeteringen in het functioneren van cliënten konden worden vastgesteld en dat de duurzaamheid ervan niet kon worden nagegaan, wat wenselijk is gezien de chronische problematiek van de geselecteerde doelgroep.

Wanneer de invloed van case management op het hulpverleningsproces wordt bestudeerd blijkt dat case managers zich vooral bezighouden met individuele gesprekken, coördinatie, linking en advocacy en dat de mate waarin dit gebeurt duidelijk verschilt van case manager tot case manager. Volgens deze hulpverleners droeg het proefproject bij tot een betere afstemming en coördinatie tussen de direct betrokken voorzieningen en tot meer zorg op maat en een betere continuïteit van de behandeling. De vastgestelde veranderingen in het functioneren van cliënten worden door de meeste onder hen toegeschreven aan de gevolgde behandeling en niet zozeer aan het case management, waarvan vooral een indirecte invloed uitgaat (Siegal et al., 1997; Rapp et al., 1998).

Het proefproject werd zowel door case managers als cliënten eerder positief geëvalueerd. Wel werden volgende knelpunten aangewezen:

- case managers waren gebonden aan een bepaalde voorziening;
- het was een bijkomende taak die werd toegevoegd aan het takenpakket van bepaalde hulpverleners;
- de afgrenzing ten opzichte van andere interventies (bv. nazorg) was soms onduidelijk;
- case management is moeilijk te combineren met een langdurig residentieel groepsprogramma;
- de geringe bekendheid van de methodiek bij hulpverleners en diensten uit andere sectoren;
- het opvolgen van cliënten met een verblijfplaats in een andere provincie bleek praktisch moeilijk haalbaar.

Volgens case managers zit de meerwaarde van deze werkvorm vooral in de grotere betrokkenheid tussen cliënt en hulpverlener, totaalbenadering, betere opvolging en coördinatie en het meer planmatig en systematisch handelen. Cliënten appreciëren voornamelijk de actieve opvolging door en de hechte band met de case manager (outreaching) en de extra individuele aandacht die hen te beurt valt.

Implementatie van case management in de drughulpverlening

Aan de toepassing van case management in de drughulpverlening gaan een aantal fundamentele keuzes en beslissingen vooraf, waarbij men rekening dient te houden met verschillende contextuele factoren (Siegal, 1998). Het betreft onder meer de keuze van de doelstellingen, doelgroep, locatie, programmastructuur, gerichtheid op de cliënt, case-load, beschikbaarheid, intensiteit en duur van de interventie en training en opleidingsniveau van de case manager (Vanderplasschen et al., 2002).

Op basis van haar onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg formuleerde Wolf (1995) 10 adviezen, waar men rekening mee dient te houden bij de implementatie van case management:

1. Investeer: de kosten komen immers voor de baten.
2. Integreer het programma in het bestaande aanbod: het case management moet ingebed en verankerd worden in het bestaande hulpverleningsaanbod.
3. Vorm een multidisciplinair team: dit komt niet alleen de cliënt ten goede, maar creëert ook een werkstructuur zodat hulpverleners van elkaar kunnen leren en mekaar kunnen aanvullen.
4. Eén locatie: het case management moet een duidelijke locatie krijgen.
5. Geef de case managers vrijstelling en omschrijf hun taken: case managers moeten voor een voldoende aantal uren vrijgesteld worden (afhankelijk van de case-load) en hun taken moeten duidelijk omschreven worden.
6. Stel een team- of projectleider aan: de projectleider moet een afgebakend werkterrein hebben met duidelijke bevoegdheden en hij moet ook zorgen voor intervisie en bijscholing.
7. Concretiseer en expliciteer de doelstellingen van het case management.
8. Deskundigheidsbevordering: er is nood aan continue deskundigheidsbevordering en reflectie op de gekozen interventies.
9. Houd je bij je leest: de grenzen van het eigen handelen moeten bewaakt worden. Men kan immers niet alles zelf doen.
10. Investeer in netwerkontwikkeling: overleg, goede samenwerking en informatie-uitwisseling tussen alle betrokken partijen zijn belangrijke aspecten binnen case management.

Op basis van onze ervaringen tijdens het proefproject "case management" in de provincie Oost-Vlaanderen kan een aantal bijkomende aanbevelingen meegegeven worden:

- Deze methodiek staat of valt met een goede integratie in het bestaande hulpverleningsaanbod en duidelijke afspraken over bevoegdheden tussen alle betrokken diensten en personen. Zo kan case management als module georganiseerd worden binnen een zorgcircuit middelenmisbruik voor de hulpverlening aan problematische druggebruikers die op korte tijd met verschillende diensten in contact komen.
- De "standplaats" van de case manager moet hem toelaten om de verschillende aspecten van deze interventie (bv. outreaching, belangenbehartiging, coördinatie) uit te voeren. In de praktijk zal dit allicht het makkelijkst te realiseren zijn vanuit een ambulante centrum, hoewel dit ook kan vanuit een residentiële setting, al zal dit de nodige aanpassingen vereisen. Deze locatie moet tevens een vertrouwde plaats zijn voor de beoogde doelgroep.
- Deze interventie beperkt zich niet tot een bepaalde fase van het hulpverleningsproces, maar kan zowel in functie van outreaching, aansluitend op een module "crisisinterventie" of "detoxificatie" of bij wijze van nazorg toegepast worden.
- Case management is geen tijdsgebonden interventie en kan in principe jarenlang verder gezet worden. Toch is het belangrijk om deze interventie van in het begin duidelijk af te bakken in de tijd en hierover goede afspraken te maken. Het handelingsplan en de gerealiseerde doelstellingen vormen hiervoor een goede indicator, naast de wensen van de cliënt en de kwaliteit van beschikbare hulpverleningsalternatieven (Kroon, 1996).
- Met deze methodiek wil men onder meer het zelfstandig functioneren van cliënten in de samenleving bevorderen. Gezien de aard van de interventie bestaat echter het gevaar dat cliënten bij de pakken blijven zitten en afhankelijk worden van hun case manager.
- Het expliciteren van de doelstellingen van het hulpverleningsproces blijkt niet alleen een belangrijk houvast voor cliënten (Brun & Rapp, 2001), maar ook voor de case manager en andere betrokken hulpverleners.

- Gezien dit een vrij nieuwe werkvorm betreft, zal het noodzakelijk zijn om voldoende training en intervisie te voorzien. De langdurige en meervoudige problematiek van de doelgroep maakt dat het bovendien aangewezen is om een beroep te doen op ervaren hulpverleners die de sector goed kennen.

Deze en andere aanbevelingen werden geïntegreerd in het voorstel tot uitbouw van een module "case management" binnen het zorgaanbod in de provincie Oost-Vlaanderen (Vanderplasschen, 2002).

TOT SLOT

De toepassing van case management in de drughulpverlening moet niet beschouwd worden als een geheel nieuwe werkvorm, omdat bepaalde aspecten van deze interventie nu reeds (frequent) uitgevoerd worden. Dus niet echt nieuwe wijn, maar toch ook geen oude wijn in nieuwe zakken. Want hoewel de methodiek gebruik maakt van een aantal reeds beproefde "recepten" -naast een aantal relatief nieuwe technieken- is het vooral de combinatie van deze aspecten die case management tot een uniek concept maakt. Dus eerder te vergelijken met een Chileense Undurraga of een Tasmaanse Chardonnay ...

Case management mag geenszins als een wondermiddel gezien worden voor de hulpverlening aan "moeilijk grijpbare" cliënten, maar blijkt wel nuttig voor het bevorderen van de samenhang, continuïteit en toegankelijkheid van het zorgaanbod bij doelgroepen met een complexe problematiek. Een opvallende vaststelling is bovendien dat cliënten deze vorm van hulpverlening sterk weten te waarderen.

Tot slot willen we 3 goede redenen aanhalen waarom case management een belangrijke aanvulling kan zijn bij het bestaande hulpverleningsaanbod (Vanderplasschen et al., 2001c):

- Case management kan druggebruikers helpen om aan te knopen en in contact te blijven met de hulpverlening, wat leidt tot een langere behandelingsduur en de kans op een positief behandelingsresultaat vergroot (Siegal et al., 1997; Rapp et al., 1998).
- Ook de totale en omvattende probleemaanpak blijkt een positieve invloed op het resultaat van de behandeling te hebben (McLellan et al., 1993).
- Een betere afstemming en coördinatie tussen betrokken diensten draagt bij tot meer zorg op maat en een betere opvolging, wat niet alleen zeer positief wordt bevonden door cliënten (Brun & Rapp, 2001), maar ook de kans op drop-out en herval vermindert (McLellan et al., 1999).

REFERENTIES

- Aelvoet, M. & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg* (Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg van Magda Aelvoet, Federaal minister voor Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu in samenwerking met Frank Vandenbroucke, Federaal Minister voor Sociale Zaken en Pensioenen). Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
- Broekaert, E. & Vanderplasschen, W. (in druk). Towards an integrated treatment systems for substance abusers: a report on the second International Symposium on Substance abuse treatment and Special Target Groups. *Journal of Psychoactive Drugs* (Accepted for publication February 15th, 2002).
- Brun, C. & Rapp, R. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relations. *Social Work*, 46(3), 278-288.
- De Donder, E. (2002). *Alcohol, illegale drugs & medicatie: recente ontwikkelingen in Vlaanderen*. Leuven: Acco.
- de Froidmont, C., Gosset, C., Reginster, J., Tellier, V., De Geest, S., Denhaerynck, K., Ghyselen, K., Hillewaere, L. & Moons, P. (2001). *Ontslagmanagement in Belgische psychiatrische ziekenhuizen: pilootproject, tweede fase*. Luik – Leuven: Université de Liège, Service de santé publique et d'épidémiologie – Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap.
- de Weert-van Oene, G. & Schrijvers, A. (1992). *Van lappendeken naar zorgcircuit: circuitvorming in de Utrechtse verslavingszorg*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Algemene gezondheidszorg en epidemiologie.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2001). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Federale Regering (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek* (niet-gepubliceerde beleidsnota). Brussel: Federale regering.
- Graham, K. & Birchmore Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181-188.
- Kroon, H. (1996). *Groeiende zorg: ontwikkeling van case management in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Kroon, H., van Hoof, F. & Wolf, J. (1999). *Praktijk en opbrengsten van case management op de lange termijn*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- McLellan, A.T., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G. & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953-1959.
- McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M., Durell, J. & Jaffe, J. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91-103.
- Moxley, D. (1989). *The practice of case management (Sage Human Services Guides Vol. 58)*. Newbury Park: Sage publications.
- Nassen, E., Theunis, K., Du Laing, L. & Van Holsbeke, J. (1999). *Nieuw beschrijvend begrippenkader Geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Licap.
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rapp, R.C., Siegal, H.A., Li, L. & Pranjit S. (1998). Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: a multivariate analysis. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 603-615.
- Siegal, H., Rapp, R., Kelliher, C., Fisher, J., Wagner, J. & Cole, P. (1995). The strengths perspective of case management: a promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67-72.
- Siegal, H., Rapp, R., Li, L., Saha, P. & Kirk, K. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 821-831.
- Siegal, H. (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment* (TIP Series 27). Rockville: U.S. Department of health and human services, Public Health Service, Substance abuse and mental health services administration, Center for substance abuse treatment.
- Sullivan, W., Wolk, J. & Hartmann, D. (1992). Case management in alcohol and drug treatment: improving client outcomes. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 73(4), 195-204.
- Tavemier, J. (2002). *Federale Beleidsnota drugs: stand van zaken* (werkbezoek aan de Psychiatrische Kliniek van het Universitair Ziekenhuis Gent, 12 oktober 2002). Gent: Universitair Ziekenhuis.

- Uchtenhagen, A. (2001). *The relation between research and practice in substance abuse treatment: View from a research institute* (Presentation at the "3rd International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups: 'The relation between research and practice in substance abuse treatment' ", March 5, 2001). Blankenberge: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Van Brussel, G. (2000). *Druggebruik van jeugd tot geriatrisch probleem, een samenvatting*. In: De Ruyver, B., Vermeulen, G., Flaveau, A., De Leenheer, A., Carlier, F., Noirfallise, A., Pelc, I. (Red.). *Drugbeleid 2000: Drugbeleid aan de vooravond van de 21^{ste} eeuw* (Zevende Nationaal Congres). Antwerpen/Apeldoorn: Maklu Uitgevers, 161-163.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. & Van Bouchaute, J. (2001a). *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001b). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001c). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10-21.
- Vanderplasschen, W. (2002). *Voorstel module "case management" binnen zorgcircuit middelenmisbruik Oost-Vlaanderen* (niet-gepubliceerd projectvoorstel). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (in voorbereiding). *Onderzoek naar het huidig en afgelegd van personen in behandeling voor drugproblemen* (niet-gepubliceerde tekst). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Willenbring, M. (1996). *Case management applications in substance use disorders*. In: Siegal, H. & Rapp, R. (Red.). *Case management and substance abuse treatment: practice and experience*. New York: Springer Publishing Company, 51-76.
- Wolf, J. (1995). *Zorgvernieuwing in de GGZ: evaluatie van achttien zorgvernieuwings-projecten*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Wolf, J., Mensink, C. & van der Lubbe, P. (2000). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
- Wolf, J. & Planije, M. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.

SYNTHETISCHE DRUGS & UITGAAN: RECENTE COMBINATIES OP DE DANSVLOER

drs. Frank Leenders
onderzoeker
CVO, Utrecht

INLEIDING

Het voornaamste deel van deze presentatie zal bestaan uit een toelichting op de resultaten van een onderzoek naar het (sterk) toegenomen GHB gebruik in Nederland onder uitgaande jongeren. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het criminologisch instituut 'Bonger' in Amsterdam en het CVO te Utrecht. Resultaten van dit onderzoek zijn beschreven in het boek *GHB: tussen extase en narcose (2002)*, Dirk Korf, Ton Nabben, Frank Leenders en Annemieke Benschop.

Gedurende de jaren negentig is binnen de *dancescene* in Nederland een verschuiving te zien van singledruggebruik naar polydruggebruik. Ecstasy was sinds eind jaren tachtig sterk in opmars en leek alcohol en andere middelen van de dansvloer te verjagen. Wie op een pil 'uit zijn dak ging' gebruikte daar zelden alcohol bij, hooguit werd het gecombineerd met cannabis. Tijdens een grootschalig onderzoek naar het gebruik van uitgaansdrugs op danceparty's, uitgevoerd door het CVO in 1997, werd de verschuiving naar polydruggebruik al enigszins zichtbaar. In die tijd was er nog duidelijker sprake van afgebakende muziek- en leefstijlen, waarbij in sommige kringen tevens eigen vormen van druggebruik te zien waren. Een voorbeeld hiervan is de gabbercultuur met typische kleding, haardracht en muziek. Ook qua druggebruik onderscheiden gabbers zich van andere jeugd subculturen. Naast ecstasy kwam bij gabbers amfetaminegebruik veelvuldig voor, terwijl alcohol, cocaïne en andere middelen nauwelijks voorkwamen.

Eind jaren negentig is een 'kruisbestuiving' in muziek- en leefstijlen waar te nemen in de Nederlandse *dancescene*. Individuen lijken zich minder vast te houden aan bepaalde stijlen of trends, en er vindt meer *stylehopping* plaats. Typische subgroepen met een vaste herkenbare leefstijl, zoals de gabbers, komen minder voor. Het ene weekend een trance feest, het volgende feest hardcore, terwijl voor het weekend daarna nog een latex outfit aangemeten dient te worden voor een kinky party. Wat geldt voor muziek en uiterlijke verschijningsvormen, geldt in zekere mate ook voor drugs. Uitgaande jongeren blijven minder hangen bij bepaalde middelen, maar experimenteren met 'nieuwe' middelen en/of combinaties. Bovendien, bij verschillende situaties worden verschillende middelen gebruikt. Zo kan deels verklaard worden waarom het gebruik van bepaalde middelen buiten de 'traditionele' gebruikersgroepen een steeds vaker voorkomend fenomeen is, denk bijvoorbeeld aan cocaïne, dat steeds meer door 'nieuwe' groepen jongeren wordt gebruikt. De term uitgaansdrugs was voorheen voornamelijk voorbehouden aan bepaalde typen stimulantia. Tegenwoordig lijkt de term echter meer en meer te wijzen op een breder scala aan middelen. Ook middelen die men op het eerste gezicht niet op de dansvloer zou verwachten. Om een beeld te krijgen van dergelijke fenomenen en processen kan het zinvol zijn om de opkomst van het gebruik van GHB nader te beschouwen. Resultaten van het in het begin genoemde onderzoek naar GHB gebruik in Nederland zullen hier worden gepresenteerd.

GHB: TUSSEN EXTASE EN NARCOSE

GHB (gammahydroxybutyraat) werd in 1961 voor het eerst gesynthetiseerd door een Franse arts. Sindsdien werd het gebruik ervan voor verschillende medische doeleinden onderzocht en ook wel toegepast, hoewel dit tegenwoordig weinig meer voorkomt. Naast de therapeutisch/klinische toepassing, wordt GHB de laatste jaren vooral als voedingssupplement door sporters genomen, en als recreatieve drug. Het recreatief gebruik is de voornaamste focus van deze studie. Hoewel er geen systematische cijferreeksen zijn, blijkt GHB in de loop van de jaren negentig in verschillende Westerse landen een plek te veroveren in uitgaanskringen waar ook veel andere drugs worden gebruikt. Bij de verspreiding van het gebruik van GHB in Nederland speelden met name uitgaansgelegenheden in de Zaanstreek een belangrijke rol. Uit het hele land kwamen stappers daar naar toe. Alle cijfers die we konden achterhalen wijzen op een recente versnelling in de verspreiding van GHB gebruik in het hele land.

STEEKPROEF EN ANDERE METHODEN

In de laatste drie maanden van 2001 hielden we in vier regio's in Nederland een survey onder 72 GHB gebruikers. Allemaal hadden ze minstens vijf keer GHB gebruikt en ook in het afgelopen jaar hadden ze het middel nog genomen. Het gaat dus niet om een dwarsdoorsnee van mensen die ooit wel eens GHB hebben gebruikt, want bijvoorbeeld eenmalige gebruikers en degenen die al geruime tijd gestopt zijn met GHB hebben we buiten beschouwing gelaten.

De steekproef vormt een gemêleerde groep, met bijna evenveel meisjes/vrouwen als jongens/mannen, in leeftijd variërend van 14 tot en met 53 jaar, van uiteenlopende etnische achtergrond en opleidingsniveau. Vrijwel iedereen had een baan en/of volgde een studie. De respondenten verschillen in hun muzikale voorkeuren, maar dance muziek is wel een belangrijke gemeenschappelijke noemer. Over het algemeen hebben zij ruime ervaring met een breed scala aan legale en illegale middelen.

Naast deze survey pasten we andere onderzoeksmethoden toe. Zo hebben we diepte-interviews gehouden met preventiewerkers, politiefunctionarissen, producenten en gebruikers. Ook observeerden we op locaties waar GHB wordt gebruikt. Verder lieten we monsters van de GHB die gebruikers zelf nemen in het laboratorium analyseren, om zo een beter beeld te krijgen van de GHB markt. Daarnaast zetten we alle beschikbare gegevens over ongevallen en dergelijke op een rij. Tot slot volgden we discussies van gebruikers over GHB op het internet.

HET GEBRUIK

De opkomst van het recreatieve gebruik van GHB begint in Nederland echt gestalte te krijgen in 1997 en stijgt extra vanaf 2000. Het eerste gebruik vindt veelal spontaan plaats in een sociale situatie, samen met anderen op een party of in een club, dan wel thuis. De meeste geënquêteerde gebruikers hebben hun eerste GHB ongevraagd -in de zin dat zij er niet bewust naar op zoek waren- gekregen en een groot deel combineerde dit hun eerste keer met andere middelen.

Na de eerste keer is bij de meeste respondenten het GHB gebruik, qua frequentie en hoeveelheid, toegenomen tot een piek, waarna het gebruik afnam en stabiliseerde op een bepaald niveau, of het gebruik bleef na de eerste keer stabiel. Overigens hebben veel gebruikers meerdere piekperiodes in hun gebruik gehad. Ruim driekwart nam het afgelopen jaar minstens één keer per maand GHB, waarvan bijna de helft minstens eenmaal per week. In doorsnee namen ze dan één buisje GHB (ongeveer 5 ml) per gelegenheid, meestal verspreid over meerdere keren per avond of dag.

Bijna de helft gebruikt behalve in het weekend ook doordeweeks. Het gebruik speelt zich af in twee soorten omgevingen -thuis en in het uitgaansleven- en is vooral een sociaal gebeuren: meestal met vrienden en kennissen.

Volgens de vakliteratuur kan bij frequent GHB gebruik tolerantie optreden, dat wil zeggen dat de gebruiker steeds meer van het middel nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken. De meeste geënquêteerde gebruikers zeggen dit niet te hebben gemerkt, hoewel sommigen vertellen wel meer GHB te zijn gaan gebruiken om hetzelfde effect te bereiken. Een kwart van de respondenten zegt -al dan niet tijdelijk- te zijn gestopt met GHB. De redenen hiervoor lijken tweeledig. Ten eerste vanwege onaangename effecten van GHB, de lastige dosering of omdat er teveel ongelukken mee gebeuren. Ten tweede zijn sommigen uitgekeken op het middel en vinden het niet meer de moeite waard.

COMBIGEBRUIK

De meeste gebruikers combineren GHB met andere middelen. Ecstasy staat hierbij met grote voorsprong op de eerste plaats. Op flinke afstand volgt de combinatie van GHB met cannabis. Op de derde plaats komt de combinatie met alcohol, daarna die met amfetamine. Nog lager scoren de combinaties met cocaïne en poppers. Combigebruik van GHB met lachgas, ketamine en viagra komen weinig voor, en die met psychedelica (paddo's, LSD en DMT) en 'probleemdrugs' (heroïne en crack of base-coke) zelden of nooit.

Er zijn ook gebruikers die GHB met meer dan één middel combineren, al dan niet tegelijkertijd. Ruwweg kunnen de GHB gebruikers worden verdeeld in degenen die GHB bij voorkeur met ecstasy combineren en degenen die GHB combineren met alcohol. Over één middel zijn gebruikers het unaniem eens: dat het 'goed' combineert met GHB, namelijk ecstasy. Aan top bij de 'slechte' combinaties staat GHB + alcohol.

Bij sommige combinaties is het de gebruikers vooral te doen om specifieke effecten van de combi's. In combinatie met ecstasy (en in mindere mate met cocaïne) is de roes intenser en deze wordt als prettiger ervaren dan die van beide middelen afzonderlijk. Daarnaast speelt mee dat de stimulerende werking van deze middelen de anesthesische werking van GHB tegengaat.

Wanneer GHB wordt gecombineerd met alcohol (of cannabis) lijkt het niet zozeer te gaan om de specifieke aspecten van de combi's, maar vooral om gewoontevorming, in de zin dat de gebruiker GHB neemt in een setting waarin vaak ook alcohol en/of cannabis wordt gebruikt. Dit wil overigens niet zeggen deze gebruikers zomaar argeloos combineren.

MOTIEVEN EN EFFECTEN

Gaan we af op de motieven die consumenten noemen voor het gebruik van GHB, dan komt het middel vooral naar voren als een partydrug. Op de voorgrond staan de aangename roes en de sociale aspecten. Een deel van de gebruikers neemt GHB wegens de zinnenprikkelende eigenschappen. Een ander motief is dat GHB nauwelijks een kater veroorzaakt. Mede hierdoor hebben gebruikers de idee dat GHB minder schadelijk is dan andere middelen. Tot slot nemen sommigen GHB wel als 'zelfmedicatie', met name als slaapmiddel (na het uitgaan, respectievelijk na het gebruik van stimulantia).

Veel aangename en weinig onaangename effecten en de dag na gebruik een fris gevoel: GHB lijkt vooral als een prettige drug met weinig bijwerkingen ervaren te worden. Dit zou men ook kunnen verwachten bij recreatieve gebruikers: GHB nemen om plezier te hebben en een fijn gevoel te krijgen, zonder al te veel negatieve bijwerkingen. Duidelijk negatieve effecten, zoals ademhalingsproblemen, hartkloppingen en incontinentie, worden nauwelijks genoemd. Weliswaar wordt bewustzijnsverlies relatief veel gerapporteerd,

maar de onderzochte gebruikers ervaren dit lang niet altijd als echt vervelend. Opmerkelijk is ook dat gebruikers relatief weinig negatieve subacute effecten ervaren. De dag na GHB gebruik is 'frisheid' zelfs het effect dat het meest gerapporteerd wordt.

De lange rij effecten die we onderzochten is goed te ordenen in een aantal factoren. Bij de acute effecten (tijdens de GHB roes) zijn vijf factoren te onderscheiden. Het hoogst scoren (1) ontspannende effecten, op de voet gevolgd door (2) plezierige roes effecten, daarna (3) erotiserende effecten, vervolgens (4) anesthetische effecten en onderaan (5) fysieke & psychedelische effecten. De subacute effecten (de dag na GHB gebruik) zijn onder te brengen in twee factoren: disfunctioneren en vermoeidheid. Deze scoren laag in vergelijking met de acute effecten.

Zoals op grond van de literatuur te verwachten viel, hangen de effecten van GHB mede af van de dosering. Uit ons onderzoek blijkt dat naarmate de dosis GHB per kilo lichaamsgewicht stijgt, ook de fysieke en psychedelische effecten, de plezierige roes effecten en de erotiserende effecten toenemen. Maar hier zit wel een plafond aan: op een gegeven moment geeft een hogere dosis niet meer evenredig veel effect en blijft het effect op een relatief stabiel niveau. Bij de subacute effecten zien we: hoe meer GHB, hoe meer disfunctioneren de volgende dag.

Onverwacht was dat anesthetische effecten niet vaker gerapporteerd werden bij hogere doses. De meest waarschijnlijke verklaring hiervoor is de invloed van combigebruik. De meest gangbare combinatie is die van GHB met ecstasy en die heeft ook de meeste invloed op de effecten: de anesthetische effecten worden minder, terwijl de plezierige roes effecten toenemen. Alcohol heeft hier geen aantoonbare invloed op. GHB in combinatie met cannabis geeft meer fysieke en psychedelische effecten en meer disfunctioneren de volgende dag.

RISICO'S

Hoewel gebruikers vooral positieve effecten van GHB rapporteren, zijn er in uitgaanskringen ook kritische geluiden te horen, zowel van gebruikers als niet-gebruikers. Gebruikers zelf rapporteren vaak overgeven, gevolgd door plotseling in elkaar zakken, daarna stuip trekkingen in ledematen en gezicht, terwijl ademhalingsproblemen slechts bij een minderheid voorkomen. Al deze problemen zien zij ook bij andere gebruikers in hun omgeving.

Het merendeel van de onderzochte gebruikers is wel eens out gegaan na gebruik van GHB en bij sommigen gebeurde dit vaak. Hoewel out gaan veel weg heeft van een comateuze toestand, vinden gebruikers doorgaans 'out gaan' de beste typering voor het wegzakken onder invloed van het middel. Veel gebruikers vinden out gaan (vooral in uitgaansgelegenheden) wel gênant, maar de meerderheid vindt dat het 'minder eng is dan het lijkt'. In het verlengde hiervan vindt een aanzienlijk deel van de gebruikers dat de bezorgdheid over out gaan door de buitenwereld vaak wordt overdreven.

De respondenten die een of meerdere keren zijn out gegaan, namen toen in doorsnee drie buisjes (oftewel ongeveer 15 ml) GHB. Een kwart had alleen GHB gebruikt, de rest combineerde het met alcohol en/of drugs. Opvallend is out gaan nog wat vaker thuis of bij vrienden plaatsvond dan in een club of op party. Meestal waren er vrienden of bekenden in de buurt om assistentie te verlenen, maar in één op de vijf gevallen was dit niet zo. Het komt regelmatig voor dat de Eerste Hulp op een party of in het ziekenhuis moet worden ingeschakeld, en in uitzonderingsgevallen komt iemand zelfs terecht op de intensive care.

Toch reageren gebruikers nogal eens laconiek als iemand out gaat, en dit kan extra risico's met zich meebrengen. De meest voor de hand liggende verklaring voor de laconieke houding is dat iemand die weer bij komt lang niet altijd een kater of andere vervelende nawerkingen ervaart. Een deel gaat zelfs gewoon weer verder feesten. Uiteindelijk voelt de helft zich de dag na het out gaan weer goed en fris.

Deelname aan het verkeer na gebruik van GHB is niet ongewoon. Ruim eenderde van de respondenten zegt zelf wel eens achter het stuur te hebben gezeten toen zij GHB gebruikt hadden - en daarnaast zijn er gebruikers die wel eens met de auto zijn meegereden waarvan de bestuurder GHB had genomen. In hoeverre dit ook invloed heeft op de rijvaardigheid valt echter niet met zekerheid te zeggen; de drug is namelijk relatief snel uitgewerkt en uit het bloed verdwenen.

GHB, EEN RAPE DRUG?

Weliswaar kunnen veel gebruikers zich niet vinden in het imago van GHB als rape drug (verkrachtingsdrug), maar een deel vindt het wel terecht dat GHB zo in de media wordt genoemd. Sommigen, vooral vrouwelijke gebruikers, zijn naar eigen zeggen wel eens lastig gevallen of zelfs betast onder invloed van GHB en in hun omgeving komt dit eveneens voor. Ook zeggen enkele vrouwen dat zij op de GHB tegen hun wil seks met iemand hebben gehad en iets meer respondenten zeggen dat dit bij een vriend(in) is gebeurd.

Veel gebruikers hebben wel eens 'op de GHB' gevreeën. Ongeveer de helft zegt zich daarbij niet alles meer te kunnen herinneren en sommigen zijn daarbij voor langere tijd 'weggeweest'. Met name over dit schemergebied bestaat veel onduidelijkheid als het zedendelicten betreft.

Er zijn gebruikers die vertellen dat iemand wel eens ongemerkt GHB in hun glas deed, en nog meer gebruikers zeggen dat dit wel eens een vriend(in) is overkomen. Dit betekent echter niet automatisch dat er sprake is van opzet. Er kan bijvoorbeeld onvoorzichtigheid in het spel zijn. Daarbij komt dat sommige gebruikers de neiging hebben om hun eigen onverstandige gebruik te camoufleren door derden de schuld te geven. Dit neemt niet weg dat er wel degelijk mensen zijn die onbedoeld GHB nemen.

Wanneer we alle verhalen van professionals, reconstructies van zedendelicten en -incidenten tegen het licht houden, dan is onze belangrijkste conclusie dat seksueel misbruik waarbij het slachtoffer onder invloed is van GHB zich naar alle waarschijnlijkheid vooral in kringen van bekenden afspeelt. Ook al kennen dader en slachtoffer elkaar soms pas net van een gezamenlijke avond en nacht stappen.

INFORMATIE EN VOORLICHTING

Gebruikers halen hun informatie over GHB vooral uit informele bronnen. Internet scoort het hoogst, gevolgd door vrienden en de dealer. Daarna komen tijdschriften, voorlichtingsfolders en informatie uit de instellingen voor verslavingszorg. Minder belangrijk zijn de testservice en de bibliotheek, maar de rol van televisie, drugsinformatielijnen, ouders, broers en zussen, smartshops en coffeeshops is marginaal.

Veel gebruikers hebben campagnes (flyers, folders, posters en waarschuwborden) in het uitgaansleven over de risico's van GHB opgemerkt. Preventieafdelingen van Instellingen voor Verslavingszorg lijken in toenemende mate de kwaliteit van GHB te testen en ook gebruikers van informatie te voorzien.

Op het internet, de belangrijkste informatiebron over GHB, spelen discussieforums op diverse party websites de grootste rol. De discussies kunnen hoog oplopen tussen voor- en tegenstanders van GHB. Mede ingegeven door de groeiende negatieve berichtgeving in de media in de loop van 2001, verandert het karakter van de discussies over GHB van een hosannastemming naar meer felle discussies over het gebruik van het

middel. Voor veel gebruikers en ook novieten (vaak nieuwsgierig geworden door de vele discussies over GHB) hebben deze forums een belangrijke functie in de informatie over het gebruik van GHB.

Uit observaties en gesprekken bij de Eerste Hulp op uitgaanslocaties komt naar voren dat GHB gebruikers de afgelopen jaren een steeds belangrijker deel van de cliëntèle zijn gaan vormen. Medewerkers herkennen op grond van hun ervaringen drie fasen van overmatig GHB gebruik en handelen daar dienovereenkomstig naar. Uit tips van gebruikers aan preventiewerkers en voorlichters komen drie thema's naar voren: combigebbruik (vooral met alcohol), dosering en hulp bij overdosering. Verder vinden gebruikers dat preventiewerkers zich in hun boodschappen niet moeten laten leiden door opgeklopte mediaverhalen of onjuiste informatie. Het liefst krijgen zij informatie van mensen die, bij voorkeur op grond van eigen ervaring, weten waarover het gaat.

DE MARKT

GHB begon zich halverwege de jaren negentig op de Nederlandse drugsmarkt te nestelen en het gebruik ervan nam sindsdien langzaam toe. Alle ongelukken en negatieve berichtgeving in de media ten spijt lijkt GHB zich recentelijk sneller te verspreiden.

Volgens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) mag GHB niet worden bereid en aangeboden door onbevoegden. Inmiddels is GHB onder de werking van de Opiumwet komen te vallen.

Van alle geënquêteerde gebruikers heeft één op de tien wel eens zelf GHB gemaakt. In bijna alle gevallen kwamen de grondstoffen via internet. Toch maken de meeste gebruikers GHB niet zelf. Voor (ervaren) gebruikers is GHB bijna net zo makkelijk te krijgen als XTC en cocaïne. Bijna de helft zegt GHB altijd of meestal wel in huis te hebben, maar bij één op de vijf is dit nooit het geval. Meestal krijgen of kopen gebruikers hun GHB van vrienden of bekenden; een kwart koopt het van een dealer. De prijs per GHB buisje van ongeveer 5 ml schommelt tussen de drie en zes euro. De prijs voor een liter varieert van €140 tot € 225. Opvallend is dat de prijzen in de verschillende regio's elkaar niet veel ontlopen, hetgeen ook weer duidt op een bredere verspreiding over Nederland.

In het laboratorium werden 48 GHB monsters van consumenten geanalyseerd. Een 'standaardbuisje' bleek gemiddeld iets minder dan 4 ml te bevatten, ongeveer 1 ml minder dan wat gebruikers meestal denken. Hoewel alle monsters GHB bevatten en het volume van de 'standaardbuisjes' meestal rond de 4 ml lag, hadden zij geen vast gewicht en ook geen vast volume. Bij de meeste monsters bestond 60%-70% van het volume uit GHB. Weliswaar hadden de meeste monsters een hoog gehalte, maar er waren enkele forse uitschieters naar beneden. Kortom: de kwaliteit van GHB kan sterk wisselen.

De verwachting is dat GHB zich via de uitgaanselite verder over het jongere publiek in het uitgaanscircuit gaat verspreiden. Toch verwachten we niet dat GHB net zo populair wordt als ecstasy. De deels negatieve verhalen van (ex)gebruikers en de berichtgeving in de media over out gaan en seksueel misbruik zullen naar alle waarschijnlijkheid een remmend effect hebben op de verspreiding van GHB.

RESUMEREND

Het aantal GHB gebruikers in Nederland neemt recentelijk sterk toe en het gebruik verspreidt zich over het hele land. Gebruikers van GHB vinden dat het middel vooral prettige effecten heeft en achteraf nauwelijks een 'kater' geeft. Ook als zij na gebruik out zijn gegaan, voelen zij zich de volgende dag meestal fit.

Het belangrijkste risico van GHB lijkt 'out gaan': een groot deel van de consumenten verliest wel eens het bewustzijn na GHB gebruik. Dat vinden zijzelf lang niet altijd riskant, mede omdat zij er geen 'kater' aan over houden. Zij associëren 'out gaan' op de GHB eerder met slaap dan met coma. Bewusteloosheid brengt mensen in een hulpeloze situatie en die kan uiteindelijk fataal zijn, of dit nu een rechtstreeks gevolg is van GHB gebruik of niet. In dit verband moeten we onderstrepen dat out gaan relatief vaak thuis plaatsvindt.

Hoewel verhalen over GHB als rape drug (verkrachtingsdrug) veel weg hebben van sensatiezucht en morele paniek, maakt ons onderzoek aannemelijk dat seksueel misbruik na gebruik van GHB voorkomt. Het gaat dan naar alle waarschijnlijkheid eerder om daders uit de eigen vrienden- of kennissenkringen, respectievelijk daders die zij in het uitgaansleven hebben leren kennen en daar vrijwillig mee zijn meegegaan. Het lijkt er sterk op dat zij ook uit zichzelf GHB hebben genomen – en het dus niet door een onbekende ongevraagd in hun glas hebben gekregen. Seksueel misbruik na gebruik van GHB is in de praktijk juridisch moeilijk te bewijzen.

Het feit dat GHB, een narcosemiddel, geliefd is in uitgaanskringen doet op het eerste gezicht merkwaardig aan. Maar omdat GHB vaak gecombineerd wordt met stimulerende middelen, vooral ecstasy, wordt gebruik tijdens het uitgaan begrijpelijk. Combigebruik beïnvloedt de werking van GHB en kan ook effect hebben op de risico's. In voorlichtingscampagnes in Nederland is tot nu toe vooral gewezen op de extra risico's van de combinatie GHB + alcohol. Het is echter vooral de moeilijke doseerbaarheid van GHB zelf die out gaan veroorzaakt. Een klein beetje meer maakt namelijk een groot verschil.

GOKKEN: ALEA JACTA EST OF ALEA JACTA NON EST

Marc Callu
deskundige
Kansspelcommissie, Brussel

INLEIDING

Homo ludens volgens J. Huizinga: het spel is ouder dan cultuur, dieren spelen immers al, het is instinctief. Het heeft de elementen vrijheid, lotsbepaling, een intermezzo in het dagelijks leven, het versiert het leven en vult het aan, het verrijkt het individu en de gemeenschap. Het spel is geen taak, het wordt gedaan in vrije tijd. Het spel verlaat het gewone leven, is ernstig en plezierig, het speelt zich af. Het is herhaalbaar en beweegt zich in zijn speelruimte met door iedereen aanvaarde reglementering. Het spel is betovering, het gaat van spanning om te lukken tot ontspanning en dat door inspanning. Deze spanning of "arousal" stijgt ten top bij kansspelen, geperfectioneerd door de mens, waar het element winst prioriteit wordt en dat door perfecte manipulering van het begrip snelheid, door toepassing van de principes van conditionering door een variabel beloningsschema aan te bieden en door het bewerkstelligen van de illusie van menselijke invloed op het lot. Helaas is aan alles wat de mens uitvindt ook een schaduwzijde volgens Conrad Lorenz en voor gokken is dat verslaving en crimineel gedrag.

VAN WAAR KOMEN WIJ?

In de geschiedenis is vaak sprake van het kansspel: de Romeinen dobbelden om het kleed van Christus en waren de Galliërs niet verslaafd aan drank en dobbelen. In 1445 werden in het toenmalige Vlaanderen de eerste loterijen ingericht onder controle van Kerk en Staat, en dame Fortuna maakte opgang en neergang in onze gewesten. In 1765 werd een casino opgericht dat volgens chauvinisten het oudste in de wereld is: te Spa in België onder de naam "Redoute".

Het duurde tot 24 oktober 1902 vooraleer er een wetgeving op de Kansspelen kwam.

Dit ter anekdote, onder druk van de toenmalige eerste minister wiens zoon een verslaafde gokker was.

De wetgeving "op het spel" stelde dat het verboden was voordeel te trekken uit kansspelen en gewoonlijk spelen toe te laten. Deze wet omvatte niet de loterijen (wet van 31.12.1851), ook de weddenschappen op sportuitslagen, paardenwedrennen en evenementen gingen aparte levens leiden. Deze strikte wet werd al gauw geconfronteerd met realiteiten.

In 1930: de officiële vaststelling door de diensten van Financiën dat casino's verder exploiteerden en de Belgische oplossing door het College der Procureurs-generaal die het opportuun achtten geen vervolging in te stellen voor bepaalde misdrijven van kansspelen indien deze geëxploiteerd werden volgens een opgesteld "modus vivendi". Dit "modus vivendi" bleef werkzaam tot 1999.

In 1963 (19.04.1963): de wijziging van de wet op het spel: kansspelen in de zin van de Wet van 1902 worden niet beschouwd de spelen die aan de speler geen andere kans geven van verrijking of stoffelijk voordeel dan het recht om gratis verder te spelen. De geboorte van de jackpot.

In 1974 (22.11.1974): de reactie op het gevaar van de jackpot kwam met het nominatief stellen van de automatische toestellen die nog konden worden uitgebaat. Enerzijds werd de bingo/one-ball toegelaten in herbergen, anderzijds spelen die slechts een kleine inzet en een kleine winst opleverden in lunaparken (K.B. 13.01.1975 met de interpretatieve wet van 14.08.1978).

In 1991 en 1993 werd de bingo/one-ball meer gereguleerd.

Een en ander liep echter fout:

- nog steeds de onwettelijke uitbating van casino's, die om de haverklap de uitbreiding van hun activiteiten met slots claimden;
- de verwording van de lunaparken tot elektronische casino's;
- de blijvende problematiek van bingo's;
- de opkomst van de slotstoestellen in de horeca;
- het Brussels gewest dat een casino instelling vroeg;
- de ongebreidelde groei van illegale spelen en de machteloosheid van parket en politie;
- de wetgeving die leidde tot dubbelzinnigheid en interpretaties, een rechtsstaat onwaardig;
- de financiële transparantie was noodzakelijk, vooral voor de beteugeling van witwaspraktijken door kansspelen.

WAAR ZIJN WIJ?

Op 23 december 1996 diende de heer Weyts, senator, een wetsvoorstel op het spel in. Dit werd besproken in de commissie voor de Financiën en de Economische Aangelegenheden. De toenmalige minister van Justitie diende een uitvoerig amendement in op dit wetsvoorstel. Deze initiatieven gaven aanleiding tot de wet op de Kansspelen, de kansspelinrichtingen en de bescherming van de spelers van 7 mei 1999 en haar diverse uitvoeringsbesluiten.

De nieuwe kansspelwetgeving heeft een revolutionair karakter, doch wil niet de pretentie hebben van ideale wetgeving. De wet voorziet in een verbodsbepaling voor kansspelen, afgezwakt met vergunningen waarvan de aanvragers aan strenge voorwaarden van financiële draagkracht, transparantie en solvabiliteit dienen te voldoen. Daarnaast, en als het ware een rode draad, wordt het aspect "bescherming van de spelers" en vooral de zwakkere zoals de minderjarige of de verslaafde bijzonder gekoesterd. Ook is de repressie van illegale spelen verduidelijkt en zijn de straffen op de inbreuken omhooggetrokken. Om het reilen en zeilen in goede banen te leiden is er een "Kansspelcommissie", een autonoom advies-, beslissings- en controleorgaan opgericht, onder leiding van een magistraat en bestaande uit leden aangeduid door de ministers van Justitie, Binnenlandse Zaken, Economische Zaken, Overheidsbedrijven, Volksgezondheid en Financiën. De wetgever opteerde echter duidelijk om een kader te scheppen met strikte uitbatingsregels en als compensatie de zekerheid van beroep en van een redelijke winst. In dit spanningsveld ligt de uitdaging voor de Kansspelcommissie.

De wet is onderverdeeld in acht hoofdstukken:

Hoofdstuk I – Algemene bepalingen

Door de ruime definitie van het kansspel is een duidelijke invulling gegeven aan het begrip, zodat warrige discussies omtrent kansspel en behendigheids spel overbodig worden. Een aantal kansspelen zijn geen kansspelen in de zin van de wet: weddenschappen, loterijen, spelen die enkel het recht geven om maximaal vijf keer gratis verder te spelen, lunaparken waar spelen slechts een materieel voordeel van geringe waarde kunnen opleveren. Ook wordt in dit hoofdstuk in artikel 4 het verbod omschreven: dit bepaalt bijvoorbeeld het verbod op internetkansspelen.

Een voornamelijk bepaling is ook het indelen in klassen te weten klasse I of casino's, klasse II of speelautomatenhallen en klasse III of drankgelegenheden. Daarnaast worden de maximumbedragen van de inzet, het verlies en de winst bepaald door de Koning. Het gemiddeld uurverlies van € 12,5 voor kansspelinrichtingen klasse II en III staat in de wet. (in K.B. dd. 19.07.2001 € 70 voor klasse I).

Hoofdstuk II – De Kansspelcommissie

Zoals eerder aangehaald wordt er een Kansspelcommissie opgericht met als eerste bevoegdheid advies te geven aan de autoriteiten die erom verzoeken. De realiteit is dat de Kansspelcommissie zich gaat profileren als moderator en in sommige gevallen als katalysator van het kansspelgebeuren en dit door de unieke kijk op alle facetten van de kansspelwereld in België en daarbuiten.

Eerder werd reeds de belangrijke taak van het beslissingsorgaan aangekaart: de Kansspelcommissie is het eindbeslissingsorgaan in het verlenen van vergunningen.

Tot slot is de controlefunctie ondersteunend voor de geloofwaardigheid en doeltreffendheid van de wetgeving. De commissie heeft mogelijkheden tot administratieve sancties. Voor de strafrechterlijke inbreuken is er een verplicht contact met het parket.

De commissie wordt in deze taak bijgestaan door een secretariaat en deskundigen.

Hoofdstuk III : De vergunningen

Er bestaan vijf soorten vergunningen: klasse A voor kansspelinrichtingen klasse I of casino's (duurtijd 15 jaar), klasse B voor kansspelinrichtingen klasse II of speelautomatenhallen (duurtijd 9 jaar), klasse C voor kansspelinrichtingen klasse III of drankgelegenheden (duurtijd 5 jaar), klasse D of vergunning voor werknemers in kansspelinrichtingen klasse I en II (duurtijd 5 jaar K.B. 20.06.2002) en de vergunning klasse E voor diensten met betrekking tot de kansspelen (duurtijd 10 jaar). Het is belangrijk te weten dat de toegekende vergunningen niet mogen worden overgedragen en dat het verboden is te cumuleren tussen vergunningen klasse A, B, C en D enerzijds en E anderzijds.

Hoofdstuk IV : De kansspelinrichtingen

In dit hoofdstuk worden de verschillende kansspelinrichtingen besproken: de opbouw is gelijklopend en stelt eerst een definitie voorop, dan een aantal maatregelen om een vergunning te kunnen krijgen, een aantal maatregelen om de vergunning te kunnen houden en een aantal te nemen koninklijke besluiten met betrekking tot vijf thema's: de vorm van de vergunning, de wijze waarop de vergunning dient aangevraagd, de werkingsregels van de kansspelen, de wijze waarop de kansspelinrichtingen dienen te worden beheerd en het aangepaste informaticasysteem.

De casino's: tafelspelen en automatische toestellen met behoud van een sociaal en culturele functie mits het afsluiten met de gemeente van een concessieovereenkomst.

De speelautomatenhallen: apparaten uitbaten en geen andere activiteiten mits het afsluiten van een voorafgaandelijk convenant.

De herbergen: beperkt aantal apparaten met accent op de horecauitbating mits een advies van de burgemeester.

De wetgever heeft uitdrukkelijk de responsabilisering van alle actoren bepaald: zowel uitbater als gemeentelijke overheid dienen hun verantwoordelijkheid in deze te nemen.

Een bijkomende afdeling in dit hoofdstuk is het personeel dat moet beschikken over een vergunning klasse D. Het bijzonder aspect is hier naast het administratieve dossier de verplichte opleiding in kansspelmaterie in 't algemeen en attitude ontwikkeling van personeelsleden naar probleemspelers.

Hoofdstuk V: Verkoop, verhuur, leasing, levering, terbeschikkingstelling, invoer, uitvoer, productie, diensten inzake onderhoud, herstelling en uitrusting van kansspelen

Ook voor de leveranciers, fabrikanten en gemeenzaam "plaatsers van toestellen" genaamd voorzag de wetgever een duidelijke omkadering met als belangrijk onderdeel het feit dat alle toestellen dienen geijkt te worden. In deze is de dienst Metrologie van het ministerie van Economische Zaken de geprivilegieerde partner van de Kansspelcommissie. In de schoot van deze dienst werd op korte tijd een professioneel laboratorium voor het testen van de automatische toestellen uitgebouwd.

Hoofdstuk VI: Maatregelen ter bescherming van spelers en gokkers

Een apart hoofdstuk werd gewijd aan de bescherming van de speler: zo is de toegang verboden van kansspelinrichtingen klasse I en II voor -21 jarigen, en is de deelneming aan kansspelen in kansspelinrichtingen klasse III verboden voor minderjarigen (-18 jaar). Ook enkele beroeps categorieën mogen niet gokken in klasse I en II: magistraten, notarissen, deurwaarders en politiemensen.

Er kan ook een aantal personen op eigen verzoek of door hun particuliere status de toegang worden ontzegd door de commissie. Mede door een systeem van informaticaverwerking dient dit werkbaar te worden voor de uitbater.

Er zijn ook beperkende maatregelen voor het spelen met geld of penningen.

Er is een verbod op kosteloze verplaatsingen, maaltijden, dranken en geschenken teneinde de speler niet aan te lokken.

Er is een verplicht aanwezig folder en het publiek dient te worden gewezen op de gevaren van de spelen. Er is de verplichting van een inschrijvingsregister voor de klassen I en II.

Dit is evenwel niet alles: in tal van andere wettelijke bepalingen en uitvoeringsbepalingen zijn nog tal van beperkende maatregelen ingebed: maximaal uurverlies, het verbod op gelinkte slotmachines, aanbodbeperking van casino's (negen) en speelautomatenhallen (180), nabijheidsprincipe voor speelautomatenhallen (niet in nabijheid van scholen, ziekenhuizen, ...), het schenken van alcohol in klasse I bij de speelautomaten en het totaal verbod in klasse II, geen kredietverlening, de personeelsleden mogen niet in eigen zaal spelen.

Dit is een overzicht en zeker geen exhaustieve lijst.

Dit wijst op het grote belang dat de wetgever en de Kansspelcommissie wil hechten aan het fenomeen van kansspelverslaving.

Door een wetenschappelijke studie omtrent het specifiek Belgisch probleem te laten uitvoeren. Veel autoriteiten gaan er gemakkelijksheidshalve van uit dat er zowat 20.000 gokverslaafden in België te vinden zijn. Anderzijds melden zich een 450 personen met gokproblemen bij de verschillende centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Het aantal mensen dat problemen heeft met gokken is niet in te schatten. Op de Kansspelcommissie is nu reeds een honderdtal mensen dat een verbod van toegang vraagt in speelzalen. Het is dringend nodig een klare kijk te krijgen op deze problematiek om doelgericht te kunnen werken.

Hoofdstuk VII: Strafbepalingen

Deze zijn behoorlijk de hoogte ingegaan. Bij wijze van voorbeeld: de wet van 1902: de verbodsbepaling: een gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met een boete van 100 frank tot 5.000 frank of één der straffen. De huidige wet voorziet voor dezelfde strafbepaling: een gevangenisstraf van zes maanden tot vijf jaar en met een boete van 100 frank tot 100.000 frank of met een van deze straffen alleen. Dit is zeker stimulerend voor het parket om werk te maken van een repressie naar de illegale spelen toe en afschrikkend voor diegenen die vroeger met veel plezier een boete betaalden na het binnenrijven van ettelijke miljoenen door hun illegale praktijken.

Hoofdstuk VIII: Waarborgen en kosten

De werkzaamheden van de commissie dienen te worden betaald door de sector zelf: er is voorzien in een waarborg en een retributie van alle vergunningshouders met uitzondering van de vergunning D.

Hoofdstuk IX en hoofdstuk X: Opheffings- en begeleidingsmaatregelen en slotbepalingen

De wet van 24 oktober 1902 en de navolgende wetten alsook artikel 305 van het Strafwetboek zijn opgeheven.

De nieuwe kansspelwet is goed onthaald en heeft in zijn tweejarig bestaan reeds een belangrijke impact gekregen in het Belgisch kansspelgebeuren.

Ongetwijfeld is deze wet een stap vooruit:

- de talrijke maatregelen ter bescherming van de speler;
- de verzekering van rentabiliteit voor de uitbater indien de toets van vergunningsverlening wordt doorstaan. In de marge dient aangestipt dat de operatoren van kansspelen (weliswaar aarzelend) doch positief reageren op het werk van de commissie;
- de creatie van een Kansspelcommissie die een reputatie nastreeft van een autonoom orgaan dat communicatief is met alle actoren en creatief op zoek gaat naar oplossingen voor de praktische problematiek;
- de omkadering van de kansspelen door een technisch protocol gebaseerd op de talrijke uitvoeringsbesluiten;
- de toetsing door de Arresten van het Arbitragehof en de Raad van State dewelke de rechtsgeldigheid van de wet op de kansspelen onderschraagt en bruikbare jurisprudentie stelt.

Arresten van het Arbitragehof stellen onder meer dat kansspelen een federale materie is en dat het verbod op cumul niet absoluut is doch beperkt tot de mogelijkheid van controle uitoefenen (minder dan 20 % van de aandelen). De uitspraken van de Raad van State gaan dan voor het grote deel over de problematiek van de convenanten tussen gemeenten en uitbaters. Hier wordt de nadruk gelegd op de motivatie om een convenant te weigeren. In tweede orde heeft de auditeur de belangrijkheid van de registratieverplichting onderstreept.

Toch zijn er ook minpunten te vinden:

- opnieuw werden loterijen en weddenschappen in het algemeen buiten deze wetgeving gehouden. Door deze excepties is het moeilijk een éénduidig beleid inzake kansspelverslaving te waarborgen. Er zijn immers strenge voorwaarden voor de ene operator en niet voor de andere.

In de marge past een kort woord over deze uitzonderingen:

- de loterijen: in België is de basiswetgeving de wet op de loterijen van 31.12.1851. Deze bepaalt dat loterijen verboden zijn behalve, volgens het uitbatingsgebied, voor werken van godsvrucht, het aanzwengelen van nijverheid en kunsten, In 1934 werd de Koloniale Loterij, later Nationale Loterij opgericht. Deze overheidsinstantie organiseert de loterijen. Aanpassingen gebeurden in 1991 en laatst op 19 april 2002 door de wet op de rationalisatie van de werking en het beheer van de Nationale Loterij. Door deze laatste wet is de Nationale Loterij een vennootschap van publiek recht geworden, waarvan alle aandelen actueel nog in handen van de Belgische Staat zijn. De Kansspelcommissie kan de rationalisering toejuichen die onvermijdelijk een hoger aandeel in de kansspelenkoek zal teweeg brengen van de Nationale Loterij die enerzijds een eerbare basis heeft door zijn ongetwijfeld aanwezig zijnde sociale impact inzake het ondersteunen van sport en cultuurmanifestaties, doch stelt anderzijds dat de Nationale Loterij ook een operator is die zich wil profileren zonder de talrijke beperkende maatregelen waar andere operatoren wel onder vallen. Met name de scratchloten zijn door hun uitbatingsvorm kansspelen van het type short odd die kansspelverslavend werken.

Wanneer het aanbod van deze kansspelen of loterijen geautomatiseerd wordt, zijn zij te vergelijken met slotmachines. Als het ware stelt de Nationale Loterij zich op als rechter en partij en neemt monopolies zoals de kansspelen op internet wat de wenkbrauwen doet fronsen bij de Europese Commissie. Bovendien is er geen duidelijkheid in de discussie over het begrip loterij en kansspel;

- de weddenschappen: deze zijn te onderscheiden in twee categorieën.
 - De weddenschappen op evenementen en sportuitslagen onder een K.B. van 3.03.64 (wet van 26.06.63): de omkadering dient te gebeuren door de regionale minister van Sport die deze taak heeft doorgegeven aan de diensten van het BLOSO. Ook de diensten van het ministerie van Financiën zijn bevoegd. Het is schrijnend te moeten vaststellen dat onduidelijkheid en dus willekeur troef is in deze materie.
 - Een tweede vorm van weddenschappen is deze op paardenwedrennen: ook deze hebben een aparte structuur en worden vooral door het ministerie van Financiën gecontroleerd (weddenschappen op buitenlandse paardenrennen – specifieke bepalingen wetboek van de met inkomstenbelastingen gelijkgestelde belastingen art. 50 – 55) en weddenschappen op Belgische paardenrennen (hier is nog een onderscheid gemaakt tussen de weddenschappen op en buiten de renbaan (WGB art. 39 tot 49). In deze dient men ook rekening te houden met twee systemen: de onderlinge weddenschappen of "pari mutuel" en het bookmakerssysteem. Ook hier zijn de problemen groot. In de marge kan verwezen worden naar de rondetafelconferentie onder leiding van dhr. Deneys die actueel de paardenwedrennen tracht te valoriseren in Vlaanderen. Door de verloedering van de paardenwedrennen is het vertrouwen van de spelers in grote mate geschonden en slinkt de deelname aan de weddenschappen op paardenwedrennen drastisch, wat op zijn beurt gevolgen heeft voor het organiseren van koersen, prijzengelden, fokken van paarden,
- De normen zijn zeer strikt en verregaand: de vraag kan terecht worden gesteld of de rentabiliteit van uitbating kan worden gegarandeerd: het verbod op kredietkaarten druisst in tegen de veiligheid van uitbater en cliënt, het verbod van kosteloze geschenken, maaltijden, dranken is door de onderscheiden parketten al of niet terecht zeer strikt geïnterpreteerd en zelfs een glas met nieuwjaar is een misdrijf: is een normale uitbating nog mogelijk?
Door de strenge maatregelen is er nood aan personeel in kansspelinrichtingen klasse II, mede door het gemiddeld uurverlies zijn deze uitbatingen in moeilijkheden.
- De lunaparken profileren zich meer en meer als een vierde categorie (uiteraard buiten controle) van kansspeluitleidingen. De opgestelde toestellen vertonen minder het karakter van ludieke spelletjes en meer het karakter van kansspelen: vele onbruikbaar geworden slots worden hier opgesteld.
- In kansspelinrichtingen klasse III zijn minder beperkingen dan in kansspelinrichtingen klasse II.
- De controle optimaliseren door nauwe samenwerking met het crimineel beleid, parket en politiediensten. Heden ten dage is de kansspelproblematiek, mede door de technische complexiteit nog steeds geen prioriteit in de meeste parketten of politiediensten.

WAAR GAAN WIJ NAARTOE?

De Kansspelcommissie is uiteraard bekommerd om al deze problemen en werkt in verschillende initiatieven aan een beleid:

- door een nieuw wetsvoorstel ter verfijning van de huidige wet te bewerken: voornamelijk de uitbreiding van bevoegdheid naar loterijen, weddenschappen en kansspelen op internet zijn het voornaamste draagvlak van dit initiatief;
- door in zijn werkzaamheden alle adviezen te toetsen aan het mogelijke gevaar voor kansspelverslaving met een accent naar de zwakkeren, namelijk de probleemspelers en de minderjarigen;
- door adviezen te verlenen die moeten leiden tot aanpassingen aan de realiteit van de uitbating van kansspelen: aanpassingen van de technische vereisten, op punt stellen van een aangepast

informaticasysteem, concrete oplossingen vinden op concrete problemen, tussenkomen waar nodig (sms-spelletjes, controles op het terrein in 2001 ongeveer 164 controles in diverse inrichtingen);

- een vademecum voor de "perfecte controleur" voor de politiediensten en in nauwe samenwerking met het crimineel beleid en parketten een efficiënte repressie voeren tegen het illegale gokken;
- door opdrachtgever te zijn van een wetenschappelijke studie over het fenomeen kansspelen in België en zodoende de specifieke Belgische problematiek te kunnen aanpakken.

Het is overduidelijk dat kansspelen perfect past in het gezegde van Heraclitus: *panta rhei*, alles beweegt. Het is dan ook noodzakelijk om nauwlettend en gepast te reageren op veranderingen in de materie. In een rechtsstaat met strikte administratieve procedures is creativiteit dikwijls het toverwoord. De nabije toekomst (die reeds werkelijkheid is) bestaat uit internetgokken, interactieve televisie, sms-spelletjes, steeds vluggere en interactievere rollenautomaten en alom tegenwoordige vormen van agressieve loterijen zoals rapido, scratchterminals, In een zeer recente studie in opdracht van het College van toezicht op de kansspelen, het Nederlands controleorgaan op kansspelen, over gokken op internet wordt gewag gemaakt van een omzet van 105 miljoen euro aan interactieve kansspelen, waarom zou België deze trend niet volgen?

Vooraf het internetgokken (gemakkelijk, thuis, wanneer je wilt en met een groot illusoir vermogen) spreekt vooral de jongere generatie aan. De kop in het zand steken door een algemeen verbod of door deze bestaande gokmogelijkheid te ontkennen is onprofessioneel gedrag en kan enkel leiden tot dubbelzinnige toestanden die, zoals de geschiedenis leert, moeten worden vermeden.

Het is begrijpelijk dat kansspelen landelijk gekoesterd wordt, de grote winnaars van de uitbating van kansspelen zijn immers de organisator én de staat in de vorm van belastingen, doch een Europese aanpak lijkt noodzakelijk voor de bescherming van de speler, het ijken van toestellen of zelfs een mondiale aanpak voor een cyberact in verband met spelen op internet. Hier dienen internationale afspraken voor gemaakt.

SLOT

De kansspelwereld in België is totaal veranderd. De stap in de goede richting is genomen doch dient te worden geconsolideerd door dagdagelijkse inzet met een kijk naar de toekomst zonder het actuele te vergeten. Het belang van iedereen die hierin een steen wil bijdragen is evident: onder impuls van de Kansspelcommissie die in symbiose dient te werken met hulpverleningsgroepen, uitbaters, politieke autoriteiten, rechterlijke overheden, crimineel beleid, spelers en personeel van de uitbatingen, moet een gunstig klimaat worden geschapen voor een eenduidig kansspelbeleid waarin de uitwassen tot een minimum worden herleid en waar een aanvaardbaar kansspelaanbod bestaat. In deze dienen nog belangrijke inspanningen van communicatie en vorming te worden gedaan.

Ik dank de VAD die van in den beginne spontaan zijn professionele hulp aanbood in deze materie en daarmee duidelijk aangaf dat kansspelen hun terechte plaats dienen te krijgen. Ik verwijs hier naar hun brochure "gokken een thema in de kijker", in de verslavingsproblematiek. Wie zei ook weer: 'elk jaar komen er zo wat meer wielmpjes, wat meer tandjes bij ...'.

De Kansspelcommissie wordt geleid door dhr. Etienne Marique, Raadsheer bij het Hof van Beroep te Brussel.

De Kansspelcommissie wordt ondersteund door een secretariaat met 15 werknemers (ambtenaren van het ministerie van Justitie) die worden geleid door G. Dobbelaere, leidend ambtenaar.

De burelen zijn gevestigd te 1000 Brussel, Kantersteen 47 tel. 02.504.00.40, fax. 02.504.00.66.

Marc Callu, deskundige

Sedert 1985 lagen mijn activiteiten vooral in de repressie van illegale kansspelen bij de toenmalige gerechtelijke politie.

Actief als raadgever in verschillende commissies (college Procureurs-generaal, minister van Justitie) met betrekking tot deze problematiek, volgde uiteindelijk een detachering als deskundige naar de Kansspelcommissie in 2000 met als voornaamste taak de controlefunctie. Nog twee deskundigen (ex-gerechtelijke politie) vervoegden de commissie:

Rik Dupont en Christophe Widar.

SESSIE 1: ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK & OMGEVINGSINVLOEDEN

1.1 INVLOED VAN DE MEDIA OP ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK

prof. dr. Patrick Vyncke
hoofddocent
Vakgroep Communicatiewetenschappen, UGent

De context van waaruit ik spreek is die van de sociale constructie van de werkelijkheid.

Met name de semiotiek (wetenschappelijke studie van tekens, tekensystemen en betekenisprocessen) heeft duidelijk gemaakt dat er weliswaar een objectieve realiteit is, maar dat de wijze waarop we aan die realiteit betekenis toekennen sociaal geconstrueerd is, dat wil zeggen: gebaseerd op culturele codes. Deze culturele codes komen neer op sociale afspraken die via communicatie (zowel interpersoonlijke als massamediale) tot stand komen binnen specifieke (sub)cultuurgemeenschappen.

Waar vroeger het gezin, de school, de kerk, etc. belangrijke actoren waren bij het creëren van deze codes, zien we dat vandaag de dag de massamedia (door hun alom aanwezigheid en het bijzonder repetitief karakter van de gebrachte boodschappen) een hoofdrol spelen bij deze sociale constructie van de werkelijkheid. Dit betekent dat mensen hun wereldbeeld meer en meer ontleen aan massamediale communicatie.

Baanbrekend was bijvoorbeeld het onderzoek van Gerbner dat aantoonde dat zware televisiekijkers de Amerikaanse samenleving als veel gewelddadiger gingen beschouwen dan lichte kijkers. Oorzaak was het overaanbod aan geweld in de Amerikaanse televisieprogramma's. Het wereldbeeld van de zware TV-kijkers was dus in hoge mate beïnvloed, sociaal geconstrueerd, door het programma-aanbod (eerder dan door interpersoonlijke communicatie of eigen ervaringen).

De invloed van de media is dus niet zozeer direct (mensen direct aanzetten tot alcohol- of druggebruik), maar eerder indirect (roken, drinken, druggebruik voorstellen als 'normaal' of zelfs als 'cool'). Hierdoor gaan mensen alcohol- en druggebruik ervaren als 'normaal' of 'cool', en gaan ze dus ook makkelijker dit gedrag vertonen.

Met name jongeren zijn hierbij kwetsbaar, omdat zij vaak nog volop hun werkelijkheidsbeeld aan het vormen zijn. Bovendien speelt bij hen uitermate het 'stardom'-fenomeen waarbij filmsterren, rocksterren en zelfs BV's tot idool met een voorbeeldfunctie worden verheven. Dit impliceert tevens dat fictie (films, muziekvideo's, series, ...) op dit punt wellicht meer effecten uitlokt dan non-fictie.

Uiteindelijk betekent dit alles dat van massamediale voorlichtingscampagnes geen ongelooflijke effecten mogen verwacht worden.

1.2 ALCOHOL EN DRUGS EN LOKAAL BELEID

*Karin Jiroflée
schepen van Welzijn, Sociale Zaken, Senioren en Leefmilieu
Stad Leuven*

Als schepen van de stad Leuven was ik tijdens de vorige legislatuur onder meer bevoegd voor Jeugd en Welzijn.

Welzijn behoort tijdens mijn tweede ambtstermijn nog steeds tot mijn bevoegdheden.

Uiteraard werd, en word ik nog steeds, vanuit de jeugdsector en de welzijnssector, geconfronteerd met verslavingsproblematiek en de kwalijke gevolgen ervan.

Vanuit deze optiek ben ik geïnteresseerd in alles wat kan bijdragen tot een oplossing of een verlichting van deze problematiek en betuig ik mijn steun aan alle initiatieven die kunnen bijdragen tot deze doelstelling.

Vandaar mijn engagement om ook deel te nemen aan deze studiedag.

1.3 ALCOHOL EN DRUGS EN DE WERKSETTING

Ann Van Acker
psychosociaal consulente
(o.a. Janssen Pharmaceutica)

Ik ben van basisopleiding klinisch psycholoog. Na eerst verscheidene jaren gewerkt te hebben in de (kleinschalige) residentiële psychiatrie ben ik, door een quasi onvoorstelbare samenloop van omstandigheden tegelijkertijd én zelfstandige geworden én de bedrijfswereld ingestapt. Zonder echter de voeling met mijn 'liefde' voor het klinische te verliezen: deze realiseert zich in het feit dat ik rond psychosociale themata werk; deze realiseert zich ook in het feit dat ik een psychotherapeutische opleiding opstartte (nu laatste jaar).

In wat volgt zoom ik in op de aard van mijn opdracht bij Janssen Pharmaceutica, daar deze me, in de context van deze studiedag, het meest relevant lijkt. Janssen Pharmaceutica is een dochteronderneming van Johnson en Johnson, Amerikaanse multinational. Als farmaceutisch bedrijf zijn ze bezig met hoogtechnologische materie, en koppelen ze researchactiviteiten aan productieactiviteiten. En dit is nog maar één van de vele complexiteiten die je hier tegen komt. Zo grijpt er de laatste jaren een intensief globaliseringsproces plaats met (eenheden van) het Amerikaanse moederbedrijf. Culturele issues, structurele verschuivingen, communicatieproblemen... dienen zich hier dus te pas en te onpas aan.

In Engelssprekende milieus zou men mijn opdracht omschrijven als 'EAP-functie' oftewel: functie ter uitvoering van het 'Employee Assistance Program'.

Bondig omschreven bied ik in die hoedanigheid vertrouwelijke en professionele counseling aan medewerkers (op alle niveaus) en dit voor familiale problemen, werkgerelateerde bekommernissen, emotionele crisissen,... Vanuit mijn deontologie (beroepsgeheim!) bekleed ik dus een vertrouwenspositie. In het kader van Ongewenst Seksueel Gedrag op de Werkplek werd ik binnen deze organisatie ook als vertrouwenspersoon aangeduid.

In uitbreiding -naast deze individuele ondersteuning- heb ik een adviserende rol naar onder andere het management toe en werk ik beleidsmatig op preventieve projecten ten aanzien van werkbeleving (stress), pesten op het werk, alcoholbeleid,

Mijn spreekwoordelijke praktijkervaring met alcoholproblemen is binnen deze bedrijfscontext beperkt. Hopelijk omdat er geen pertinent probleem is in die richting.

Beleidsmatig geldt binnen Janssen de regel: dat alcohol op het terrein niet kan. Je treft geen alcohol aan in het bedrijfsrestaurant, op intern georganiseerde recepties,...

Het paradoxale van gans deze situatie is dat ze wel een 'einddoel' op papier hebben, echter geen gefaseerd beleid waarmee ik bedoel: een omschrijving van de 'rollen en verantwoordelijkheden' van (gespecialiseerde) functies in het kader van een alcoholprobleem; een concretisering van preventieve (primair/secundair) stappen in het kader van alcohol & drugpreventie; ...

In de feiten komt het er vaak op neer dat we (ikzelf als extern consulent, leden van de interne medische dienst,...) pas aangesproken worden op hun hulpfunctie wanneer iemand met een alcoholprobleem al aan krediet aan het verliezen is, al lang lijdt, En dan zoeken we met andere disciplines binnen dit bedrijf naar een 'op maat gesneden' ad hoc aanpak.

Deze ervaringen stimuleerden ons (ikzelf, interne medische dienst) om 'trekkers' te worden bij de opmaak van een beleid. Recentelijk hadden we in dit kader een eerste bijeenkomst. Hierbij dient wel vermeld dat jaren terug een poging tot beleidsopmaak spaak liep.

1.4 INDIVIDUELE BEGELEIDING EN GROEPSWERKING/CAT GENT

*Tomas Van Reybrouck
psycholoog/psychotherapeut
C.A.T.-Preventiehuis, Gent*

Het Centrum voor Alcohol en andere Toxicomanieën (C.A.T.) bestaat uit twee huizen, meer bepaald het C.A.T.-Curatiehuis (bedoeld voor cliënten met alcohol- of drugproblemen) en het C.A.T. Preventiehuis (bedoeld voor de omgeving van mensen met alcohol- of drugproblemen).

Ik werk in het C.A.T. Preventiehuis waar ik de begeleiding verzorg van partners, ouders en intermediairen.

Voor ouders van drugmisbruikende en verslaafde kinderen is er een dubbel aanbod ontwikkeld. Enerzijds kunnen ouders terecht voor individuele ouderbegeleiding. In deze gesprekken komen thema's aan bod als: hoe omgaan met het druggebruik van mijn kind?, Hoe terug vat krijgen op de situatie?, Hoe als ouder zelf overeind blijven? Hoe reageren naar de andere kinderen toe? Hoe reageren naar de buitenwereld? enz.

Anderzijds is er tevens een groepsaanbod voor ouders. Er is zowel een groep voor ouders van drugmisbruikende adolescenten als een groep voor ouders van verslaafde (jong)volwassenen.

De eerste groep komt 5 avonden samen. Dit wordt 3 maal per jaar georganiseerd. De tweede groep komt 8 avonden samen. Dit wordt 2 keer per jaar georganiseerd.

Doelstelling van de groep is tot uitwisseling te komen met mensen die zich in een gelijkaardige situatie bevinden, maar ook concrete en objectieve informatie te geven over producten, justitie, hulpverlening, enz.

Zowel in de individuele als in de groeps gesprekken werken we vanuit een systeemtheoretische visie die vertrekt vanuit een brede en positieve kijk op de problematiek waar ouders mee te maken hebben.

1.5 PEERWERKING/CAD LIMBURG

Carlo Baeten
coördinator Preventie
CAD Limburg, Hasselt

De Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen organiseren ambulante hulpverlening voor mensen met verslavingsproblemen en hun omgeving, preventie en straathoekwerk in de provincie Limburg. Dit in overleg en met de steun van 42 lokale besturen.

CAD Limburg is voorzitter van Euronet, een samenwerkingsverband tussen 14 Europese landen (regio's). Euronet ontwikkelt en evalueert preventieprojecten die met de steun van de Europese Gemeenschap geïmplementeerd worden. Centraal thema is de "peer-werking" waarbij we een positieve beïnvloeding door de omgeving nastreven.

Bij het eerste project 'Europeers' waren klasgroepen uit het tweede jaar van het secundair onderwijs de doelgroep.

Momenteel lopen de projecten "Europarents" (ouders als doelgroep) en Euroyouth (gericht op bezoekers van jeugthuizen).

SESSIE 2: CASE MANAGEMENT

2.1 CASE MANAGEMENT: VISIE VANUIT DE FEDERALE OVERHEID

dr. Pol Gerits

FOD

Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu

Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, Brussel

In deze uiteenzetting zullen we ons beperken tot een beschrijving van de wijze waarop de federale overheid de functie case management wil implementeren door middel van het opzetten van een pilootproject in de ziekenhuizen, dewelke zich richten tot patiënten met een middelengerelateerde problematiek in een crisissituatie.

Eerst en vooral hebben we de drie ziekenhuizen, dewelke reeds een gespecialiseerde eenheid voor crisisopvang voor psychiatrische patiënten hadden, geselecteerd. Als voorwaarde tot deelname hebben we gesteld dat zij zich bovendien gaan toeleggen op de opvang van patiënten met een middelengerelateerde problematiek in een crisissituatie, alsook de functie case manager gaan implementeren binnen deze eenheid. Daarnaast hebben we aanvullend, in iedere provincie, dewelke nog niet was aan bod gekomen, het project met de hoogste score per provincie geselecteerd.

Deze geselecteerde ziekenhuizen zullen instaan voor het inrichten van een crisiseenheid bestemd voor patiënten met een middelengerelateerde problematiek. In iedere gespecialiseerde crisiseenheid zal tenminste 1 VTE worden vrijgesteld voor het implementeren van de functie case management. In eerste instantie zal de case manager zich richten tot de patiënten, die zich aanmelden op deze gespecialiseerde crisiseenheid.

De case manager werkt in het geselecteerde ziekenhuis. De aard van zijn opdracht vergt dat hij/zij ook buiten het ziekenhuis werkt. Hij/zij zal voornamelijk samenwerken met de verschillende diensten en centra waarmee het geselecteerde ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten in het kader van dit pilootproject.

De taak van de case manager is vrij omvangrijk en bestaat idealiter uit de volgende onderdelen:

1. het in kaart brengen van de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt;
2. op basis van deze informatie korte en lange termijn doelstellingen m.b.t. het hulpverleningsproces formuleren;
3. het informeren, adviseren alsook motiveren van de patiënt;
4. het bemiddelen bij conflictsituaties, op zulke wijze dat de belangen van de patiënt worden behartigd;
5. de patiënt in contact brengen met andere diensten en/of hem/haar doorverwijzen naar andere diensten;
6. ervoor zorgen dat de verschillende interventies die gebeuren bij de patiënt, op elkaar zijn afgestemd en tot slot;
7. het opvolgen van het volledige hulpverleningsproces en het evalueren hiervan in functie van de vooropgestelde doelstellingen alsook de tevredenheid van de patiënt.

De haalbaarheid van dit model -de implementatie van de functie case manager in gespecialiseerde crisiseenheden voor patiënten met een middelengerelateerde problematiek- zal worden uitgetest. In functie van de resultaten van de wetenschappelijke evaluatie zal het model worden bijgestuurd.

2.2 MAAK VAN UW CASE MANAGER GEEN SPOORZOEKER

Alphonse Franssen
regiocoördinator Oost-Vlaanderen
De Sleutel, Gent

In het midden van de jaren 80, werd ik in Nederland voor het eerst geconfronteerd met de term case management.

Als er in Nederland in de verslavingszorg in die tijd een nieuwe term werd gelanceerd, dan was dat meestal bedoeld om disfunctionerende hulpverleners weg te promoveren.

Ik kan me de eerste Haagse case manager nog levendig herinneren; als hij je vond, dan had je voor het eerst van je leven pas een echt probleem.

Gelukkig is daar veel in veranderd. Toch zal hier ook voorzichtig en doordacht met het fenomeen case management moeten worden omgegaan. Dus niet zoals nu gebeurt.

Geef een ziekenhuis vier crisisbedden met een maximum verblijfsduur van 72 uur, plak daar een case manager aan die er dan wel voor zorgt dat de uitstroom geregeld wordt.

Dit is weer een voorbeeld van beleid, waarbij men de klok heeft horen luiden, zonder te weten waar de klepel hangt. Maar goed, gezien de politieke soap in mijn vaderland, mag ik natuurlijk niet te veel kritiek hebben op het beleid in deze.

Ik heb wel een aantal aanbevelingen vanuit onze ervaring in het Gentse.

Als de hulpverlening op de eerste lijnen goed cliëntenoverleg organiseert, kunnen we daarmee verschillende doelstellingen bereiken:

- als eerste leren de opname- en intake medewerkers van de verschillende diensten elkaar goed kennen;
- als tweede leren zij de verschillende werkingen op de eerste lijn en de spoed- en crisisdiensten goed kennen;
- door regelmatig cliëntenbespreking te houden (1 à 2 keer per maand) zal snel duidelijk worden welke cliënt best in welke instelling terecht kan;
- er zal zich snel een groep cliënten aftekenen die steeds overal komt of juist nergens meer opduikt.

Dit zou een ideaal platform kunnen zijn voor een case manager: als dispatcher; als uitstroommanager voor de spoed- en crisisdiensten en als toeleider naar indicatiestellingteams van de ambulante en residentiële behandelcentra

De huidige ontwikkelingen binnen het verslavingslandschap vragen nog een extra aandachtspunt. In het kader van het "zorg op maat" principe, zullen er meer diensten modulair aangeboden worden zodat een belangrijke taak van de case manager zal zijn de trajecten langs de verschillende organisaties die de betreffende modules aanbieden, goed op elkaar af te stemmen en op te volgen.

De doelgroep zal duidelijk omschreven moeten worden, maar belangrijker nog: de doelstelling en eventueel de tijdsduur. 6 maanden, 1 jaar of langer?

Ook denk ik dat het belangrijk is nu al na te denken over wat we met de groep gaan doen die niet te "managen" valt en die de bestaande spoed- en crisisdiensten blijft teisteren en er dus ook systematisch voor blijft zorgen dat uitstroommanagement niet meer uitvoerbaar is.

Ik denk dat het belangrijk is dat het case management goed ingebed zit in een netwerk of zorgcircuit van samenwerkende diensten binnen de verslavingzorg en zowel inhoudelijk als logistiek wordt aangestuurd vanuit een eerstelijnsvoorziening op de laagste drempel, maar liever nog vanuit een structuur zoals het Cliëntenoverleg Drugs in Gent.

Als het case management een exponent is van de samenwerkende organisaties in de verslavingszorg binnen een bepaalde regio, dan scheidt dit een extra band en draagt men gezamenlijk de verantwoordelijkheid.

2.3 CASE MANAGEMENT VOOR LANGDURIG VERSLAAFDEN IN NEDERLAND

Judith Wolf

hoofd onderzoeksprogramma

bijzonder hoogleraar maatschappelijke opvang

Trimbos-instituut, Utrecht

In de Nederlandse verslavingszorg staat case management voor langdurig verslaafden met meervoudige, complexe problemen nog in de kinderschoenen.

Pas in de afgelopen jaren is de belangstelling voor deze vorm van hulpverlening gegroeid. Die belangstelling komt voort uit de groeiende zorg, vooral bij vertegenwoordigers van gemeenten en verslavingszorginstellingen in de grotere steden, over de vaak deplorabele toestand van veel langdurig verslaafden en de overlast die zij niet zelden in de binnenstad veroorzaken.

Door het zogenoemde ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid krijgt de hulpverlening aan langdurig verslaafden de afgelopen jaren een extra impuls. Dit centrum maakt deel uit van het vernieuwings- en verbeterproces in de Nederlandse verslavingszorg, ook wel Resultaten Scoren geheten.

Om informatie beschikbaar te hebben voor het ontwikkelen van case managementprojecten heeft het Trimbos-instituut, samen met genoemd ontwikkelcentrum hiernaar enkele verkenningen uitgevoerd.

Er werden interviews gehouden met werkers uit case management en aanverwante praktijken, er werd een telefonische enquête gehouden om inzicht in aantal en aard van deze praktijken in Nederland te krijgen, en er werd een ronde langs enkele projecten in Nederland gemaakt.

In de presentatie wordt verslag gedaan van de bevindingen. Aan de orde komen de doelen en oriëntatie, het aanbod en enkele aspecten van de organisatie van de geïnventariseerde projecten. Tevens worden enkele observaties gegeven van de manieren van werken in de praktijk.

Een toelichting volgt op plannen voor de verdere ontwikkeling van case management voor langdurig verslaafden. Voor zover de tijd dat toelaat worden, op basis van de huidige inzichten, enkele essentiële voorwaarden genoemd voor een optimale uitvoering van dit type werk.

SESSIE 3: SYNTHETISCHE DRUGS & UITGAAN

3.1 MEDICAL PROBLEMS RELATED TO RECREATIONAL DRUG USE AT NOCTURNAL DANCE PARTIES IN GHENT, BELGIUM

prof. dr. Paul Calle
urgentiearts
Spoedgevallendienst, UZ Gent

INTRODUCTION

In the past years a marked increase has been noticed in the frequency of drug-related medical problems at nocturnal dance parties. Especially during rave parties an excessive consumption of illicit drugs such as ecstasy and gamma-hydroxybutyrate (GHB) has been reported. The main purpose of this study was to describe medical problems related to the use of recreational drugs during "I love techno", i.e. one of Europe's largest indoor rave parties held in Ghent on November 10, 2001 and attended by 37,000 people. To place the data about "I love techno" in a wider perspective, we also collected data on drug-related medical problems during "De Nacht", i.e. a traditional New Year's Eve dance party held on December 31, 2001 at the same location and attended by 12,000 people.

METHODS

For both dance events, data on all patients evaluated in a medical station nearby the dance hall were registered prospectively. This medical station staffed by emergency physicians, registered nurses and emergency medical technicians, was set up for triage, treatment of minor medical problems and initial management of life-threatening events. For additional diagnostic and/or therapeutic measures patients were brought by ambulance to an emergency department of one of the four surrounding hospitals. Within a few days after both events, these emergency departments were contacted to obtain follow-up data and to detect patients who were treated in an emergency department without being evaluated in the medical station nearby the dance hall.

Data on drug use were based on information provided by the patient (or a bystander), the clinical presentation and/or standardized toxicological screening on a blood sample obtained in the medical station or an emergency department. In this respect, it should be mentioned that vague complaints (such as headache, stomach pain, vertigo and syncope) without a history of drug intake were not classified as drug-related problems and that toxicological screenings were only performed on patients with severe neurological complications such as coma and seizures.

The blood samples were screened for amphetamine, ecstasy, GHB, cocaine, ethanol, cannabis, paramethoxyamphetamine and opiates.

RESULTS

During "I love techno" (event A) and "De Nacht" (event B), the numbers of patients treated were 246 (66.5/10,000 attendants) and 84 (70.0/10,000 attendants) respectively. All these patients were treated in the medical station nearby the dance hall, except 1 patient with a minor trauma from event A, and 1 intoxicated patient from event B who were brought to an emergency department by friends or acquaintances. The numbers of patients with drug-related medical problems were 60 for event A (16.2/10,000 attendants) and 18 for event B (15.0/10,000 attendants). Details on these drug-related problems are presented in the undermentioned table.

Table: Presenting medical problems among attendants of a rave party (event A) and a traditional New Year's Eve dance party (event B). Between brackets the drug assumed to be associated with the medical problem and the number of patients involved is shown; when a combination of drugs was assumed, only the most dominant drug is mentioned.

	Event A (n=60)	Event B (n=18)
Coma	9 (GHB: 6, ecstasy: 2, ethanol: 1)	---
Agitation / anxiety	9 (ecstasy: 8, cocaine: 1)	1 (ecstasy: 1)
Epileptic fit	5 (ecstasy: 4, GHB: 1)	---
Syncope	9 (ecstasy: 5, ethanol: 3, amphet.: 1)	---
Vomiting / abdominal pain	14 (ethanol: 9, ecstasy: 3, amphet.: 1, cannabis: 1)	5 (ethanol: 5)
Muscle cramps	1 (amphet.: 1)	---
Chest pain	2 (cocaine: 1, amphet.: 1)	---
Drunk	9 (ethanol: 9)	12 (ethanol: 12)
Headache	2 (cocaine: 1, amphet.: 1)	---

The number of intoxicated patients judged to be in need of an evaluation in an emergency department was 18 for event A (4.9/10,000 attendants) and 4 for event B (3.3/10,000 attendants). In these patients evaluated in an emergency department, the dominant drug abused was ecstasy (n=8), GHB (n=7) or ethanol (n=3) during event A, and ethanol (n=3) or ecstasy (n=1) during event B.

CONCLUSION

Our data suggest that at rave parties the incidence of medical problems (including drug-related problems) is not increased as compared with traditional dance parties. At rave parties, however, mainly illicit drugs are used, more frequently leading to severe intoxications.

3.2 DRUGS INFORMATIE EN MONITORING SYSTEEM (DIMS)

dr. Raymond Niesink
coördinator Drugsmonitoring
Trimbos-Instituut, Utrecht

Het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) geeft gebruikers van illegale drugs de mogelijkheid om deze te laten testen op hun inhoud. De op deze manier verkregen informatie wordt gebruikt voor monitoring en surveillance: het DIMS houdt bij welke (nieuwe) drugs er in de uitgaanswereld verschijnen en onderneemt waarschuwingsacties wanneer zich daarbij extra gevaarlijke situaties voordoen. De coördinatie van het DIMS wordt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgevoerd door het Trimbos-instituut.

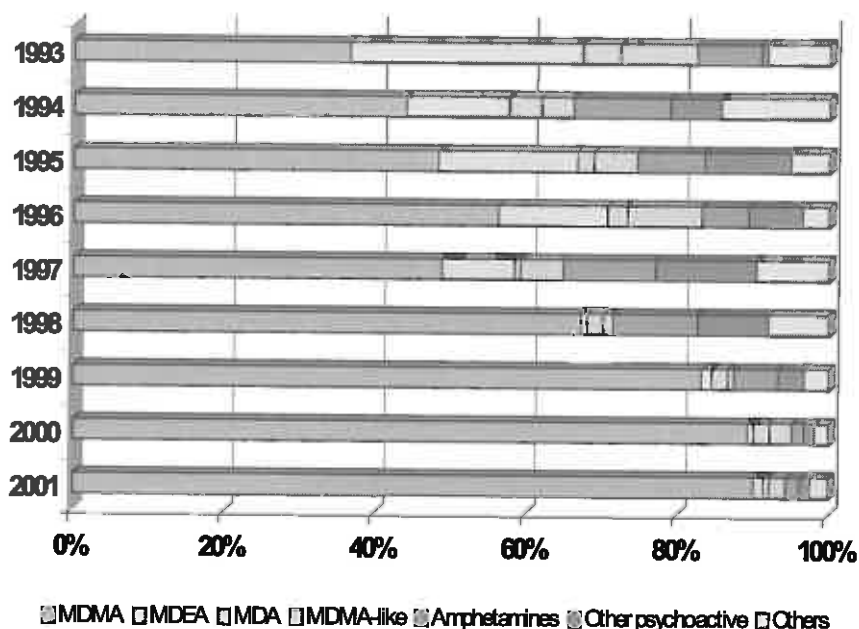


Het DIMS verzamelt informatie over het aanbod en de samenstelling van recreatieve drugs in Nederland. In 2002 bestaat het DIMS 10 jaar. De informatie wordt verkregen middels een landelijk netwerk van 16 DIMS-deelnemers met testfaciliteiten in 22 steden in Nederland. Dit netwerk wordt gevormd door instellingen voor verslavingszorg (IVV's), welke de drugsmonsters rechtstreeks van de consument verkrijgen. Het DIMS kan daardoor nauwgezet volgen wat er op de markt van uitgaansdrugs, met name de XTC-markt, te koop is.

Het DIMS-bureau op het Trimbos-instituut coördineert het landelijke DIMS-netwerk.

De analyse van de drugsmonsters wordt uitgevoerd door het Deltalaboratorium in Poortugaal. Het laboratorium is in staat de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve analyses binnen zeer korte tijd uit te voeren.

Composition of tablets analysed in laboratory 1993-2002



Naast het monitoren is het DIMS in staat direct alarm te slaan wanneer er op de markt drugsmonsters worden aangetroffen met een (acuut) gevaar voor de volksgezondheid.

De bovengenoemde DIMS-deelnemende instellingen garanderen bij een dergelijke situatie een Nederland bestrijkend netwerk van waaruit effectief actie ondernomen kan worden.

Voor de preventiewerkers van de deelnemende instellingen voor verslavingszorg biedt het DIMS een goede mogelijkheid om in contact te komen met een doelgroep die anders moeilijk te bereiken is. Zij voorzien de consument niet alleen van een uitslag over de samenstelling van het aangeboden drugsmonster, maar ook van mondelinge en schriftelijke informatie over de wijze van gebruik en mogelijke risico's die er aan het gebruik van het middel verbonden zijn.

Voorheen werd ook getest in uitgaansgelegenheden. In de loop van 1998-'99 is het testen van XTC op houseparty's langzaam afgenomen en uiteindelijk beëindigd met de opheffing van de Safe House Campagne van het Adviesbureau Drugs. Op dit moment is het testen op party's verboden.

De kennis die door DIMS is opgebouwd heeft de basis gelegd voor de preventie, die vanuit de categoriale en andere gespecialiseerde instellingen op het gebied van uitgaansdrugs plaatsvindt. DIMS speelt daarin een centrale rol. Ook op het gebied van kennis over het voorkomen van (synthetische) drugs levert DIMS zowel nationaal als internationaal een belangrijke bijdrage, onder andere door aanlevering van gegevens aan de Nationale Drug Monitor (NDM) en het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Tijdens de workshop zal in het kort worden uitgelegd hoe het systeem werkt en welke problemen er in de afgelopen jaren moesten worden overwonnen om tot het huidige netwerk te komen. Ook zal worden ingegaan op de huidige politieke situatie.

3.3 VELDWERK NOVADIC PREVENTIE, EINDHOVEN

Charles Dorpmans
veldwerker
NOVADIC Preventie, Eindhoven

Het veldwerkteam van Novadic Preventie bestaat uit 7 werkers. Vier vrouwen en drie mannen. Ik ben vijftien jaar werkzaam als veldwerker bij Novadic en ben in dienst gekomen als ervaringsdeskundige. Ik heb in deeltijd mijn MBO en HBO-MWD opleiding afgerond.

Zo'n tien jaar geleden is het veldwerk van Novadic zich gaan richten op jeugd en jongeren. Dit omdat jongeren steeds jonger genotsmiddelen gebruiken en omdat trends zich binnen deze doelgroep steeds sneller manifesteren. Traditionele middelen en manieren van middelengebruik zijn aan verandering onderhevig en nieuwe middelen dienen zich steeds sneller aan. Om deze ontwikkelingen nauwgezet op de voet te kunnen volgen en in kaart te brengen, is er een aantal instrumenten ontwikkeld en/of mee ontwikkeld.

Vanuit het traditionele straathoekwerk heb ik nog steeds taken als psychosociale hulpverlening, diagnostiek, doorverwijzen e.d.; echter door de eerder genoemde verschuiving bestaat mijn core-business uit de volgende projecten:

Pillenspreekuur. Laagdrempelige voorziening waar alleen consumenten synthetische drugs anoniem kunnen aanleveren om deze te laten testen op inhoud.

Dit project wordt geïnitieerd door het DIMS-Utrecht en heeft als doel om schadelijke gevolgen van het gebruik van synthetische drugs te minimaliseren en om in kaart te brengen welke nieuwe middelen er op de markt vigeren.

Veldverkenning. Een instrument dat een objectief beeld geeft van een actuele situatie in een bepaald gebied, bijvoorbeeld uitgaanscentrum, een wijk, een gemeente. Jaarlijks worden de uitgaansgebieden in Eindhoven, Den Bosch en Helmond op deze wijze doorgelicht.

Monitoring. Het met een vooropgezet doel en op een systematische wijze verzamelen, analyseren, bewerken en verstrekken van feitelijke gegevens over de (verandering in de) toestand van de lokale drugsmarkt.

Jipbus. Jongeren Informatie Punt waar laagdrempelige consumentenvoorlichting in het uitgaanscircuit vanuit een Amerikaanse schoolbus wordt gegeven.

De gegevens van het Jip leveren niet alleen belangrijke informatie op over de drugsmarkt, maar ook over welke preventie- en voorlichtingsactiviteiten er nodig zijn vanuit de optiek van de bezoeker, communicatieve zelfsturing.

Partyview. Het onderhouden van contacten met organisatoren van grootschalige dance-events. Dit project is tweeledig:

- * Meedenken over het te voeren beleid over de volksgezondheid binnen het partycircuit (visiteerbeleid, klimatologische aspecten, vrije waterversprekking, ehbo-U, etc).
- * Uitvoering bestaat uit, informatiestand op de party, monitoring, ondersteuning van de ehbo via actuele informatie over de huidige drugsmarkt.

EHBO-U. Een training ontwikkeld voor iedereen die werkzaam is in de horeca, van deursecurity tot toiletjuffrouw. Deze training kan er toe bijdragen dat eventuele incidenten door druggebruik in een vroegtijdig stadium ondervangen en/of herkend kunnen worden en men weet hoe te handelen in dergelijke situaties.

Netwerk. Het onderhouden van contacten met formele en informele netwerken.

SESSIE 4: GOKKEN

4.1 INDIVIDUEEL BEGELEIDEN VAN PERSONEN MET EEN GOKPROBLEEM

*Ronny Willemen
maatschappelijk werker/hulpverlener
CAD Limburg, Hasselt*

Binnen de CAD Limburg vzw kunnen personen met een gokprobleem ambulantly terecht voor het volgen van een cursus, een praatgroep of een individuele begeleiding. Over deze laatste ben ik door de VAD uitgenodigd vandaag iets te vertellen. Ik ga dit doen aan de hand van een theoretische achtergrond en vanuit eigen ervaringen binnen onze dienst.

Internationaal werken gespecialiseerde centra op het vlak van gokverslaving vooral met cognitief-gedragstherapeutische principes. Maar andere werkmodellen² worden naargelang de dienst/hulpverlener ook gebruikt. Er is relatief weinig aandacht voor de gokproblematiek en ik heb de indruk dat toepassingen van recente ontwikkelingen binnen de verslaafdenzorg, hetzij met vertraging, toch meer en meer doorsijpelen naar deze doelgroep.

Meestal gaat een dienst uit de verslaafdenzorg vroeg of laat een hulpvraag krijgen van een gokker of gaat de dienst een aanbod doen naar gokkers toe. Langs beide kanten is er het aanvoelen dat een dienst met ervaring in de alcohol- en/of drugproblematiek wel raad weet met een gokprobleem. En er zijn inderdaad heel wat gelijkenissen waardoor een alcohol- en/of drughulpverlener wel op weg kan met een gokprobleem, hoewel de onbekendheid soms vragen oproept. Een gokprobleem heeft weliswaar een andere dynamiek dan andere verslavingen: het situeert zich tussen een impulsstoomis en een verslaving. Maar ook de gokker stelt een vluchtgedrag: men heeft vaak weinig copingvaardigheden betreffende moeilijke emoties/gevoelens, men heeft vaak weinig vaardigheden aangeleerd betreffende menselijke interactie, men heeft vaak een laag zelfbeeld, ... kortom: het doet deugd om een wereld op te zoeken die eenvoudig, voorspelbaar en egoversterkend is. De gokkast voldoet hieraan, men kan de tijd even op nul zetten en een gevoel krijgen van controle en beheersing. Bovengenoemde tekortkomingen vinden vaak hun oorsprong in het gezin van herkomst: niet zelden is er een ontbrekende ouder of een autoritaire vaderfiguur. Het moeilijk omkunnen met de, als moeilijk ervaren, menselijke contacten maakt dat ze de eenzaamheid opzoeken, ze gokken ook alleen.

Het contact dat er toch is lijkt vaak verstoord, met weinig emotionele binding. Ook de omgang met geld, financiële verwenning of geldproblemen, binnen het gezin of een verslaving bij een ander gezinslid kunnen van invloed zijn.

Zoals bij elke individuele begeleiding is het belangrijk een vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënt. Het kan helpen om op de hoogte te zijn van de werking van kansspelen en de mogelijke gedachten van de gokker. Al te vaak heeft men zich niet begrepen gevoeld: dat men een glas drinkt om zich lossier, ... te voelen snapt iedereen, maar dat men door geld in een kast te steken zich beter kan voelen!?

In tegenstelling tot alcohol- en of druggebruikers is het bij gokkers dikwijls aangewezen eerst te structureren, naar bijvoorbeeld daginvulling, alvorens de emoties te bespreken.

² (psychoanalyse/psychodynamisch; gedragstherapie/cognitief/rationeel/aversietherapie/imaginair ontprykkelen; zoals middelenafhankelijken/hervalpreventie/functionele analyse/motivationeel interviewen en systeemtherapie/familie therapie/transactionele analyse)

Een begeleiding op de CAD wordt via een intake gestart: verkennen welk kansspel meestal gespeeld wordt; wat de aantrekkelijkheid ervan is; hoeveel tijd en geld eraan besteed wordt; of er schulden gemaakt zijn; wanneer er het laatst gespeeld is; waarom de persoon juist nu hulp vraagt; bij depressieve gevoelens de draagkracht/suïcidedachten; bij schulden de wens naar schuldsanering/schuldbemiddeling; stoppogingen; Maar ook is er binnen de eerste gesprekken een verkenning van wie hij is als mens: bestaande relaties; werkervaring; interesses; vaardigheden; inzet op verschillende terreinen;

Mij helpt het steeds te vertrekken vanuit de mogelijkheid dat de cliënt een heel laag zelfbeeld heeft. Zo let ik erop dat ze aanvoelen dat ze de verantwoordelijkheid en de autoriteit hebben om zelf beslissingen te nemen, zeker ook in het opstellen van het begeleidingsplan. Ook vraag ik steeds toestemming om bepaalde thema's te bespreken en pols ik of ze de begeleiding zelf nog willen verder zetten. Gokkers zijn gewoon te liegen en de schijn hoog te houden en komen zo vaak heel zelfzeker over. Als begeleider kan je verkeerdelijk de indruk krijgen dat de gokker gevoelloos is en een directieve aanpak nodig heeft. Ik probeer steeds een aanmoedigende houding aan te nemen, het negatieve om te buigen in iets positief, de kleine vooruitgangen te laten zien, kritiek constructief te formuleren, de cliënt zichzelf te laten belonen bij succesjes, De gokker krijgt terug zicht op zijn kwaliteiten en mogelijkheden wat nodig is om zichzelf uiteindelijk te kunnen aanvaarden i.p.v. het zelfdestructieve.

De gokker verwijt zichzelf dat hij gokt, het geld voor het gezin verspeelt en steeds moet liegen over geld/gokken. Zijn zelfwaardergevoel krijgt hierdoor deuken waardoor de behoefte om te gokken stijgt: dit is een vicieuze cirkel. Wanneer hij "ontmaskerd" wordt en hij zijn gokprobleem moet opbiechten is er geen reden meer om rond de pot te draaien en kan er open over gesproken worden. Toch zal de gokker zelden dadelijk alles vertellen. Hij observeert hoe de omgeving/begeleider reageert. Pas wanneer hij aanvoelt dat hij dingen kan vertellen zonder al te heftige reactie/sanctie zal hij het aandurven een volgende outing te doen. En zo volgt er een lange weg vooraleer de gokker terug zijn gevoelens toelaat en in communicatie brengt. Het is belangrijk aanvaard te worden als de persoon die men is, met gebreken maar ook met kwaliteiten, om zichzelf te kunnen aanvaarden.

Wat ik ook geleerd heb, en wat eigenlijk een basishouding zou moeten zijn, is niet ervan uit te gaan dat ze dezelfde probleemoplossende of interactieve vaardigheden hebben als jij en ik. Bij een gemarginaliseerde alcoholist of druggebruiker ga je automatisch helpen plannen, polsen of ze het begrepen hebben, vragen of ze ondersteuning nodig hebben in het zetten van stappen. Maar bij een man in een net maatpak, die communicatief sterk uit de hoek komt, loop je sneller het risico hem te overschatten. Ze rekenen niet voor niets zo fel op anderen om hun problemen op te lossen Helpen plannen, helpen inzichten te krijgen, het bijgeleerde laten herhalen, werken met schema's (STAPpen-plan, ...), ... kan hierbij noodzakelijk zijn. Daarnaast is het, zoals bij alcohol en/of drugs, belangrijk dat er iets in de plaats komt van het gokken bij een stop. Gezonde alternatieven zijn te vinden in hobby's waarin ze kunnen "vluchten"

Bv. verzamelen van dingen, tekenen, tuinieren, ... of hobby's die de competitiedrang bevredigen; bv. competitie dammen, darts, Ook het bijwonen van een praatgroep -"veilig" gevoelens leren uiten- kan een alternatief zijn. En vooral betekenisvolle sociale contacten kunnen aangaan en onderhouden is, zoals bij iedereen, een behoefte waar men naar hunkert en waarin men vaak begeleid moet worden.

Het kan zinvol zijn de partner/ouders te betrekken in de begeleiding. Bij de ene gokker lukt dit al beter dan bij de andere. Voor de speler is het soms gemakkelijker 'op te biechten' in aanwezigheid van een derde of hij voelt zich gesteund als hij hoort dat niet alles wat binnen de relatie scheef loopt te wijten is aan het gokken. De andere heeft een tijdje die duw in de rug nodig van de partner om niet bij de begeleider steeds het gokken te verzwijgen. De partner staat er kort bij en weet/voelt immers uit jarenlange eraring beter aan wanneer er gegokt is of niet. Maar gezien het dubbele leven dat de gokker leidt, is het vaak dan weer meer aangewezen de gokker alleen te zien zodat hij iets kan blootgeven, wat in aanwezigheid van de partner nog niet kan, en de begeleider kan aftasten.

Als hulpverlener voel je zelf aan wat de cliënt in dat bepaald geval het meest nodig heeft.

4.2 KANSSPELEN EN PREVENTIE: EEN STAND VAN ZAKEN IN NEDERLAND

Toon de Vos

beleidsmedewerker Verslavingszorg

GGZ Nederland, Utrecht

Gokken, of zoals ik liever zeg kansspelen, hebben sinds 1984 mijn aandacht. Toen begonnen vanuit de vraag of kansspelen in het palet van verslavingen zou passen en of mijn toenmalige werkgever het CAD West- en Midden-Brabant in Nederland er programma's voor zou moeten ontwikkelen.

Nu 18 jaar verder is het buiten kijf dat kansspelen risicovol zijn en tot verslaving kunnen leiden. Jaarlijks zoeken een kleine 4000 spelers hulp bij onze professionele instellingen.

In 1994 waren dat er nog 8000. Mogen we dus trots zijn op onszelf dat we in staat zijn geweest het aantal hulpvragers met 4000 te laten verminderen. De kranten zouden er vol van staan als we dit zelfde succes zouden halen met alcohol en met name drugverslaafden.

Wat hebben we allemaal gedaan in de afgelopen jaren; hoe is de hulpverlening ingericht; op welke wijze hebben we samenwerking gezocht met de aanbieders van kansspelen? En op welke wijze hebben we die samenwerking vorm gegeven?

Mijn zoektocht langs de kansspelen is in ieder geval gelopen van praktisch opzetten van programma's voor kansspelverslaafden, trainen van collega's, uitvoeren van behandelingen, begeleiden van onderzoek, adviseren van overheden en samenwerken met brancheorganisaties van aanbieders tot beleidswerk voor GGZ Nederland.

Steeds boeiend waar het gaat over speelautomaten, casino's of krasloten. Uitdagend om de balans te houden tussen uitbreiding van het aanbod en het treffen van doeltreffende maatregelen op het gebied van voorlichting en preventie.

In mijn bijdrage zal ik de huidige stand van zaken in Nederland schetsen in de hoop dat enige van de concepten die we ontwikkeld hebben ook bruikbaar blijken te zijn voor de aanpak in België.

4.3 GROEPSWERKING VOOR ANONIEME GOKKERS IN MATT TALBOT

*Wouter Stinckens
maatschappelijk werker/criminoloog
DGGZ Matt Talbot, Borgerhout*

SITUERING

De stichting Matt Talbot werd in 1947 opgericht als een consultatiebureau voor drankzuchtigen en vanuit die werking werd in 1959 de eerste AA-groep te Antwerpen opgericht. Vanaf 1970 ontstond de hulpverlening aan gokverslaafden toen de eerste fenomenen van gokverslaving aan jackpots zichtbaar werden.

Vermits Matt Talbot reeds vertrouwd was met de AA-werking, was ook de stap naar groepswerking rond gokverslaving voor de hand liggend. Na het verbod op de jackpots verdween ook de zelfhulpgroep voor gokverslaafden. In het begin van de jaren tachtig werd de hulpverlening geconfronteerd met een toenemende verslaving aan het gokken op bingokasten. DGGZ Matt Talbot speelde hierop in en startte in 1987 met een groepswerking voor gokverslaafden. Sinds 2000 is de DGGZ Matt Talbot opgenomen in een fusie van 8 centra voor geestelijke gezondheidszorg, afgekort VAGGA.

In de periode 1990-2000 hebben zich in totaal 888 personen aangemeld met een gokproblematiek, waarvan 844 mannen en 44 vrouwen.

DE GROEPSWERKING

Twee zelfhulpgroepen Anonieme Gokkers vergaderen wekelijks onder begeleiding van twee maatschappelijk werkers. Na een intakegesprek met één van de medewerkers, waarbij onder meer wordt gepeild naar de motivatie, kan een gokker starten in de groep.

Tijdens deze bijeenkomsten, die worden geleid door een ex-gokker, krijgen de deelnemers de ruimte om te vertellen hoe hun week verlopen is. Was er een herval, waren er gokgedachten? Ze wisselen veel informatie uit: tips om het gokken te vermijden, om op een andere manier om te gaan met geld, andere mogelijkheden om met vrije tijd en verveling om te gaan, een haalbare afbouw van je schuld enz. We staan ook stil bij hoe je kan omgaan met gevoelens van schuld, falen, met stress.

Het werken in groep heeft in vergelijking met een individuele begeleiding, een aantal voordelen. Een gokverslaafde komt door zijn verslaving al snel in een geïsoleerde positie terecht. Niet alleen spendeert hij vaak al zijn geld en zijn tijd aan het gokken, hij kan er ook zelden met iemand over praten. Werken in groep haalt de gokker uit dit isolement.

De groep heeft ook een controlerende functie. Het is immers niet evident om iedere week te vertellen dat je verder speelt, terwijl je allerlei tips krijgt om ermee te stoppen. De argumenten die een gokverslaafde aanhaalt om zijn gedrag te rechtvaardigen, worden door ex-gokkers ook snel weerlegd. Zij gebruiken in het verleden immers net dezelfde argumenten.

Daarnaast heeft de groep een duidelijke voorbeeldfunctie. Een gokverslaafde die al meermaals op eigen houtje wilde stoppen, enkele faalervaringen achter de rug heeft en nog schulden moet afbetalen, heeft nood aan een voorbeeld. Aan een signaal dat het, ondanks al de moeilijkheden, ook anders kan. De deelnemers die al een tijd niet meer gokken, vertellen zelf over hun strijd, hun vallen en opstaan, en laten ook zien hoe een leven er kan uitzien, los van het gokken, los van het liegen, en los van de schulden.

Uiteraard komen niet alle gokverslaafden in aanmerking voor deze groepswerking. Een individuele therapie is voor sommigen eerder aan te raden.

Naast de groepswerking voor gokkers vergadert er wekelijks op het centrum een 'groep voor familieleden'. De invloed van de partner of andere familieleden is immers van essentieel belang. Het wegwerken van de martelaarsrol van de partner en van het algemeen wantrouwen vereist betrokkenheid bij de therapie.

INFORMATIE

DGGZ Matt Talbot vzw, Moorkensplein 14, 2140 Borgerhout
☎ 03 235 88 02.

