

**Preventie van alcohol- en  
andere drugproblemen:  
oude wijn in een nieuw vad?**



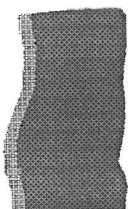
**Studiedag 29 november 1996**



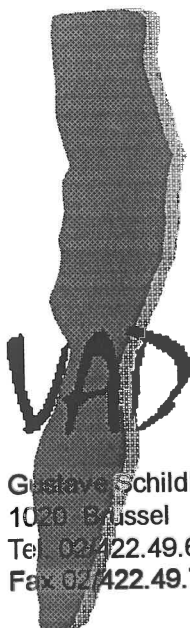
**Gustave Schildknechtstraat 9  
1020 Brussel  
Tel. 02/422.49.69  
Fax 02/422.49.79**



# **Preventie van alcohol- en andere drugproblemen: oude wijn in een nieuw vad?**



**Studiedag 29 november 1996**



**VAD**  
Gustave Schildknechtstraat 9  
1020 Brussel  
Tel. 02/422.49.69  
Fax 02/422.49.79

## WOORD VOORAF

De interesse voor de alcohol- en drugpreventie is niet van recente datum. In de loop van de 20ste eeuw ontwikkelden zich verschillende visies van waaruit diverse initiatieven werden genomen.

Met deze studiedag wil VAD de evoluties binnen het preventief denken illustreren. Naast de historische schets worden een aantal concrete initiatieven voorgesteld en in een preventiekader geplaatst. Deze praktijkvoorbeelden worden binnen een globale aanpak van preventie gesitueerd.

## PROGRAMMA

- 09.00u            **Onthaal**
- 09.30u            **Welkom**  
                    Roos de Venter  
                    ondervoorzitter VAD, dagvoorzitter
- De wijn smaakt altijd naar de stok*
- 09.35u            - **Een eeuw alcohol- en drugproblematiek**  
                    Historische en maatschappelijke-culturele context  
                    Dr. Ansoms  
                    voorzitter VAD
- 10.00u            - **Ideologisch kader en preventie-aanbod**  
                    Prof. Marcel Hebbelink  
                    Internationale Organisatie der Goede Tempeliers (IOGT)
- 10.40u            - **Naar een professionalisering van preventie**  
                    **Evolutie van preventie sinds 1988**  
                    Marijs Geirnaert  
                    directeur VAD
- 11.00u            Pauze
- Klare wijn schenken*
- 11.30u            - **Reflecties op een eeuw preventie**  
                    Dr. Jaap van der Stel  
                    hoofd afdeling preventie, RIAGG Zuid-kennemerland, Haarlem
- 12.00u            - **Evaluatie van preventie**  
                    Dr. Stephan Van den Broucke  
                    wetenschappelijk medewerker VIG
- 12.30u            Lunch
- Goede wijn behoeft geen krans*
- 14.00u            - **Voorstelling preventiekader Frits De Caeter**  
                    Marc Tack  
                    preventiewerker CAT
- 14.15u  
15' per project   - **Voorstelling preventiemodellen aan de hand van concrete  
                    voorbeelden**  
                    moderator Kris Smet  
                    journaliste BRTN-Panorama

**Projecten:**

- **Straathoekwerk met randgroepjongeren**  
Toon Palermo  
coördinator Limburgs Steunpunt Straathoekwerk
- **Jeugdadviseurs**  
Johan Bertels  
In Petto, Jeugddienst voor informatie en preventie
- **Werken met intermediairen**  
Luc Wouters  
preventiewerker CGG Roeselare
- **Lokaal intersectorieel overleg**  
Martine Van Camp  
preventiewerker stad Tienen
- **De uitdaging**  
Jacques Grandsire  
medewerker vrij PMS-Wetteren
- **GIG-project**  
Willy De Maere  
stafmedewerker Free Clinic
- **Habbekrats**  
Chris Van Lysebetten  
coördinator Habbekrats

16.00u

- **Panel:**

Nicole Vettenburgh  
Onderzoeksgroep Jeugdcriminologie, KUL

Marc Tack  
Preventiewerker CAT

Ilse De Maeseneire  
Coördinator preventiewerk VAD

16.30u

- **Offer aan Bacchus**

Afsluitende drink

17.00u

- **Einde**

# ALCOHOL- EN DRUGPREVENTIE: ENKELE HISTORISCHE ERVARINGEN EN ANEKDOTES

*Dr. Stan Ansoms*  
voorzitter VAD

## INLEIDING

Er heerst een enorme ambivalentie rond het fenomeen van middelengebruik. Dit is wellicht het meest opvallend wanneer het gaat over alcohol. Deze ambivalentie vindt men terug op drie niveaus:

### 1° de middelen

Alle drugs hebben goede en slechte eigenschappen. De positieve kwaliteiten maken hen tot genotsmiddelen en dit inspireert tot het gebruik ervan. De negatieve kwaliteiten vallen samen met het risico van acute of chronische intoxicatie en eventuele afhankelijkheid.

### 2° de gebruiker

Elke gebruiker is ervan overtuigd dat hij deze middelen neemt omwille van de positieve eigenschappen en dat hij ook recht heeft op dergelijk genot. Hij minimaliseert of negeert de risico's. Hij argumenteert dat hij niemand kwaad doet. Veel gebruikers hebben de neiging deze redenering door te trekken tot de stelling "ik heb recht op mijn roes". Dit wordt tegengesproken wanneer de veiligheid of het belang van de anderen, als individu of groep, in gevaar komen.

### 3° de maatschappij

Op basis van tradities en gewoonten hebben de verschillende drugs maatschappelijk een totaal ander statuut gekregen. Een aantal middelen worden beschouwd als illegaal terwijl sommige producten sociaal aanvaard worden. Ten overstaan van de eerste groep was het beleid misschien simplistisch maar zeer duidelijk, terwijl er voor de tweede groep voortdurend gezocht werd naar compromissen tussen permissiviteit en regelgeving.

Wanneer men deze talrijke ambivalenties erkent, begrijpt men dat het beleid niet altijd rechtlijnig of even consequent is en alleszins vatbaar is voor evolutie. Het ideale beleid bestaat niet. Het balanceert ergens tussen het respecteren van de individuele vrijheid en het toepassen van een maatschappelijke controle, beiden gebaseerd op verantwoordelijkheid. Dit is zeker zo voor preventie.

Om dit enigszins te illustreren bespreken wij enkele markante historische strategieën en overlopen wij met een aantal anekdotes de geschiedenis van onze eigen organisaties.

## ❶ DE PROHIBITIE

Op het einde van de 19de eeuw ontstond er in de USA een prohibitiebeweging t.o.v. alcohol. Zij werd aanvankelijk vooral gedragen door de middenstandsgroepen. Die keken met een zeker angstgevoel naar de opkomende industrialisering, de toenemende immigratiegolf en de uitbreiding van de steden. Deze maatschappelijke fenomenen werden ervaren als een bedreiging. Vermits deze evolutie gepaard ging met een sterk toegenomen alcoholgebruik en

belangrijke sociale problemen werd alcohol beschouwd als een belangrijke oorzaak van alle kwaad. Het opleggen van een alcoholverbod was in deze context een preventieve en corrigerende strategie, niet alleen tot het voorkomen van alcoholgerelateerde problemen maar ook in het realiseren van een globale oplossing voor de talrijke sociale en economische problemen.

Het begin van de matigheidsbeweging situeerde zich rond 1830. Men had wel enkele medische argumenten tegen misbruik van alcohol, maar de beweging vond vooral inspiratie en kracht in de meer moraliserende overwegingen. Er ontstonden talrijke lokale organisaties en broederschappen die de idee van matigheid wilden verspreiden. Zij gebruikten daartoe een ganse waaier van middelen, o.m. informatieve folders, voordrachten, preken, enz., maar ook gedichten, romans, toneelstukken, tekeningen... Toneelstukken over de drugproblematiek zijn dus niet zo modern.

Men startte met een strategie van overtuigen, met nogal emotionele argumenten, maar vrij spoedig drong men aan op dwangmaatregelen, een sterke regelgeving.

De anti-alcoholbeweging organiseerde zich in 1868 tot een lobby onder de naam 'Prohibition Party'. Vanuit deze groepering probeerde men druk uit te oefenen op politici, op allerlei niveaus en in de verschillende partijen. Dit lukte niet zo best. De actieve leden van de 'Prohibition Party' waren vooral mensen uit de burgerij die sterk aanleunden bij de Republikeinse Partij. Deze conservatieve politici vroegen meer wetenschappelijke argumenten en waren in feite niet echt alcoholvijandig.

In het begin van de 20ste eeuw werd de 'Anti-Saloon-League' opgericht. Deze organisatie werd professioneel uitgebouwd, o.a. met eigen staffleden die zorgden voor een meer systematische politieke lobbying. Reeds in de eerste decade werden een aantal deelstaten apart 'drooggelegd' maar pas in 1915 werd er federaal een resolutie aanvaard tot wijziging van de grondwet. Eén van de belangrijke verdedigers van deze resolutie was Rockefeller.

Een welbekend neveneffect van de prohibitie was het stiekem en illegaal produceren, verkopen en smokkelen van gedistilleerde dranken. Door de schaarste stegen uiteraard ook de prijzen en ontstond er een georganiseerde zwarte markt met bijhorende criminaliteit. Niettemin bereikte men met deze strenge reglementering een sterke daling van de globale consumptie.

Binnen de actuele polemiek rond illegale drugs, legaliseren of niet, maakt men vaak en nogal lichtzinnig de vergelijking met de zogenaamde mislukte alcoholprohibitie. Er zijn inderdaad enkele punten van gelijkenis:

- zowel het toenemend alcoholgebruik van destijds als het actuele druggebruik was of is gekoppeld aan bepaalde maatschappelijke veranderingen en had of heeft voor velen een elitair en progressief cachet; het symboliseert een zeker vrijheidsideaal;
- prohibitie had en heeft een aantal negatieve neveneffecten: zwarte markt, onzuivere producten, maffia, criminaliteit,...;

maar fundamenteel loopt de vergelijking erg mank:

- nu discussieert men over nog niet toegelaten producten, zonder historisch-sociale functie; destijds probeerde men een reeds jarenlang sociaal aanvaarde drug te verbieden;
- nu zou een plaatselijk legaliseren van drugs ingaan tegen de internationale afspraken terwijl destijds de alcoholprohibitie in de USA radicaal afweek van het gevoerde beleid in de naburige landen (Canada).

De verschillen worden misschien nog duidelijker wanneer men de motieven en het profiel van de latere antiprohibitionisten wil vergelijken met de huidige activisten voor het legaliseren van drugs.



De feitelijke periode van de prohibitie duurde slechts van 1919 tot 1933. De prohibitiewetgeving kwam snel onder druk te staan. In 1926 werd de AAPA (Association Against the Prohibition Amendment) opgericht. Heel wat leidende figuren binnen deze beweging waren invloedrijke conservatieve Amerikanen die belangrijke bedrijven en banken vertegenwoordigden, o.m. Dupont Chemicals, General Motors, General Electric, enz... In vergelijking met de actuele anti-prohibitionistische beweging t.a.v. de illegale drugs is de samenstelling van deze drukingsgroep allicht verrassend. Ook waren hun motieven totaal anders. Uiteraard had men het erg moeilijk met de alcoholgerelateerde criminaliteit (de maffia met o.a. Al Capone, ...) maar de pleitbezorgers voor het opheffen van de alcoholprohibitie steunden zich vooral op volgende vaststellingen:

- 1° door de enorme georganiseerde smokkel van alcohol, vooral vanuit Canada, miste de schatkist fenomenaal veel inkomsten van normale taksen;
- 2° door het legaliseren van alcohol kon men opnieuw de eigen gigantische alcoholindustrie opstarten en daardoor de werkgelegenheid aanzwengelen; in 1933 was er een economisch dieptepunt en mede daarom liet ook Rockefeller zijn weerstand tegen het opheffen van de prohibitie vallen.
- 3° doordat de prohibitie gerechtelijk zwaar uit de hand liep en dit juist samenviel met een belangrijke economische recessie ontstond er een sterke angst voor sociale onrust; door het opnieuw legaliseren van alcohol hoopte men o.m. het gerechtelijk gezag te kunnen herstellen.

Wanneer voor en tijdens de alcoholprohibitie het politieke debat vooral beheerst werd door de begrippen orde, veiligheid en economie werd nadien het accent gelegd op preventie en hulpverlening. De vroegere moraliserende standpunten werden geleidelijk vervangen door meer wetenschappelijke en objectieve argumenten in de sfeer van gezondheid en welzijn. De stelling 'alcoholisme is een ziekte', gepromoot door de pas opgerichte AA-beweging (1935, Ohio), paste volledig in deze nieuwe visie.

## ② DE WET VAN DER VELDE

Een beetje in de lijn van de Amerikaanse prohibitiebeweging en reagerend op bepaalde sociale wantoestanden (werkloosheid, gezinsarmoede, frequent alcoholistisch drinken binnen de lagere sociale klasse) werd ook bij ons, op voorstel van de socialist Van der Velde, in 1918 een gedeeltelijk verbod op gedistilleerde dranken uitgevaardigd, in 1919 gevolgd door een meer verfijnd licentiesysteem voor de distributie. Hierin werd bv. bepaald dat men, mits de nodige licentie, sterke drank slechts mocht verkopen met een hoeveelheid van minimum twee liter. Op die wijze ontmoedigde men het beperkt aankopen voor direct dagelijks gebruik. In de jaren '70 werd deze regel alleen nog gerespecteerd door enkele grootwarenhuizen (o.a. Makro) maar verder stoorde zich niemand aan deze regelgeving. Het was dan ook logisch dat men uiteindelijk, in 1984, deze strenge wetgeving ('de borrelwet') heeft vervangen door een minder stringente reglementering betreffende de publieke verkoop van gedistilleerde dranken.

Hierover werd vooraf flink gedebatteerd en sommigen vreesden nadelige neveneffecten. Maar de meeste mensen bekeken het wetsvoorstel nogal pragmatisch. Om de toenmalige preventiewereld enigszins tegemoet te komen werd er, o.m. op voorstel van ex-minister D'Hoore, in het voorafgaand kamerdebat bepleit dat men voortaan 2 % van de extra inkomsten (licenties) zou besteden aan preventie. Voor het eerste jaar werd er een budget van 10 miljoen Bfr. voorzien, specifiek voor alcoholpreventie. Dit geld werd door de federale minister of staatssecretaris voor volksgezondheid besteed aan een congres georganiseerd door het NCAD en enkele universitaire onderzoeken (middelengebruik bij schoolgaande kinderen, de hulpverleningsstructuren). Later sprak men niet meer over dit specifieke preventiebudget.

Men vergeet wel eens te vermelden dat de Wet Van der Velde, in een eerste fase zeer efficiënt was. Dit kan men afleiden uit de globale consumptiecijfers van alcohol, per hoofd van de bevolking en per jaar. In 1900 was dit gemiddeld 12,5 l, waarvan 4,69 l gedistilleerde drank. In 1939 waren deze cijfers respectievelijk gedaald tot 6,4 l en 0,56 l. Nadien zijn deze cijfers opnieuw gestegen. Deze globale gemiddelde consumptiecijfers zijn interessante waarden omdat zij positief gecorreleerd zijn aan de prevalentie van bepaalde medische complicaties, o.a. levercirrosis.

### ③ ANDERE WETTELIJKE MAATREGELEN

Meer recente statistieken leren ons dat er nog andere maatregelen zijn om de alcoholconsumptie te ontmoedigen. Zo zien wij dat de enorme stijging van taksen op gedistilleerde dranken, met maar liefst 85 % sinds 1981, een abrupte daling veroorzaakt heeft van de consumptie van sterke drank.

Sommige alcoholgerelateerde risico's zijn niet rechtstreeks gecorreleerd aan de globale consumptiecijfers en vragen dus meer specifieke maatregelen. Dit is bv. zo voor het probleem van ongevallen tengevolge van rijden onder invloed. Geleidelijk werd de maximum toegelaten alcoholemie verminderd van 1,5 promille tot 0,8 en recent tot 0,5 promille.

Zo zie je maar dat een prijzenbeleid en een repressief optreden in bepaalde situaties effectieve preventieve hulpmiddelen kunnen zijn, op voorwaarde dat de bevolking voldoende gesensibiliseerd wordt en de zin ervan begrijpt.

### ④ DE ORGANISATIES

Men vroeg mij om ook even de voorgeschiedenis van de VAD te schetsen. Ik doe dit aan de hand van een aantal anekdotische gegevens zoals zij opgetekend werden in de registers en enkele publicaties van de vroegere organisaties (NCA en NFKAT). Je zal kunnen vaststellen dat veel moderne ideeën niet altijd zo nieuw zijn en dat veel actuele verzuchtingen en irritaties variaties zijn op een oud thema, nl. te weinig subsidies, een eerste reflex van zelfbehoud, communicatieproblemen met de overheid,...

#### A. Het NCA (Nationaal Comité tegen Alcoholisme)

Het NCA werd in 1939 door enkele professoren en een aantal matigheidsbonden zowel van christelijke als vrijzinnige inspiratie, gesticht. Prof. Ley werd de eerste voorzitter. Gedurende vele jaren beperkte haar activiteit zich hoofdzakelijk tot het billijk verdelen van een aanmoedigende subsidie voor de aangesloten leden. Uit een verslag van 26/9/1939 blijkt dat deze subsidie o.m. gebruikt werd "... à l'édition d'un Almanach par la ligue, qui pourrait être distribué aux soldats wallons, tandis que Sobrietas se chargerait de procurer des Almanachs flamands aux rappelés d'expression flamande". Vrij snel ontstond er een traditie om jaarlijks een syllabus te maken in functie van een schooldag tegen alcoholisme, t.t.z. de dinsdag van de derde week van november. Dus van bij het begin werden de preventieboodschappen vooral gericht naar jongeren en via het onderwijs. Eén en ander liep niet altijd zo vlot. In de notulen van 23/1/1940 lees ik o.m. dat een lid het beu was steeds maar te discussiëren over de verdeling van de subsidies. Wat verder geeft de voorzitter "lecture de la lettre au Ministère de l'Instruction publique qui dit que le syllabus n'a pas été envoyé aux écoles vu que les illustrations avaient un

caractère douteux et que le texte néerlandais laisse à désirer au point de vue linguistique". Daarop werd afgesproken dat voortaan de tekst van de schoolbrochure eerst in het Nederlands zou worden uitgeschreven door Dr. Hoorens (Gent) en nadien vertaald zou worden in het Frans. Dr. Hoorens voegt er ook een wedstrijd bij, nl. "une lettre des enfants à leur père mobilisé donnant compte rendu de la journée antialcoolique".

In de vergadering van 22/7/1943 waarschuwt Prof. De Craene voor het risico dat er tengevolge van de oorlogsjaren wellicht veel illegaal methyalcohol verkocht werd. Methyalcohol is erg toxisch en kan o.m. blindheid veroorzaken. Terloops vraagt Mell. Vanden Plas of het niet nuttig zou zijn om aan elke universiteit een leerstoel i.v.m. alcoholologie op te richten. De professoren Ley en De Craene wijzen dit idee af "omdat deze materie voldoende behandeld wordt in allerlei andere vakken".

Vergadering van 23/10/1948.

- Voor het eerst komt men samen in een lokaal van het Rode Kruis aan de Vleurgatse Steenweg te Brussel. Het Rode Kruis was gedurende vele jaren zeer welwillend in het verhuren van lokalen, zowel aan het NCA maar ook later aan de VAD (Papenvest).
- De Antwerpse Dominikaan, pater De Reys, wordt secretaris-generaal. Hij was reeds langer een drijvende kracht en drong fel aan op een meer concreet actieplan.

Vergadering van 10/3/1949.

- Men verneemt dat er 1 miljoen Bfr. subsidie wordt toegezegd. Dit was voor die tijd een bijzonder hoog bedrag.
- De aanwezige bestuursleden moeten zich nog eens voorstellen met de vermelding van de organisatie die hij of zij vertegenwoordigt:
  - Prof. Ley: La Société Médicale Belge de Tempérance
  - Dr. De Craene: La Ligue Patriotique belge contre l'alcoolisme
  - Mr. Richelle: l'Etoile bleu
  - Mr. Bronkart: Le bien être social
  - Mme Castiaux: Ruban blanc
  - Mr. Pichal: La croix bleue belge
  - Mr. Poppe: De Goede Tempeliers
  - Mme Blume: une société mutualiste
  - Pater De Reys, Sobrietas
  - aankondiging van interesse vanwege "l'abbé Paesmans de la société Caritas à Hasselt, qui a 3000 membres et mérite d'être soutenue. Il cherche à construire un club pour buveurs."

Vergadering van 29/6/1949.

- Prof. Ley biedt zijn ontslag aan en draagt de kandidatuur voor van Prof. Millet, eveneens van de ULB.

Vergadering van 6/10/1949.

Er wordt stevig onderlijnd dat men behoefte heeft aan meer moderne preventieve acties, dat de media meer systematisch moeten ingeschakeld worden, dat er vanaf '50 jaarlijks een betere brochure moet komen, enz...

Vergadering van 25/3/1950.

- Prof. Millet wordt voorzitter.
- Mr. André De Boe wordt aangesteld tot permanent secretaris. Mr. De Boe werd voor vele jaren in Vlaanderen de coördinerende figuur voor alcoholpreventie.

Vergadering van 9/9/1950.

- Eerste officiële aanwezigheid van E.H. Paesmans, Sobriëtasfiguur uit Limburg, die later ook zeer actief werd in het NFKAT.

Vergadering van 21/3/1953.

Voor het eerst wordt er in het register een Nederlandstalig verslag opgenomen, nl. een nota van een commissaris (J.F. Van Beek).

Vergadering van 5/9/1953.

Voor het eerst lees ik de naam van Prof. Hebbelinck, die wij zo dadelijk aan het woord zullen horen.

Vergadering van 6/3/1954.

Drukke vergadering ter bespreking van een blijkbaar spectaculaire actie. Men komt naar buiten ter gelegenheid van de Ronde van Frankrijk, nl. tijdens de 2de en 3de rit (Luik-Tienen-Brussel), met als boodschap "Wie nuchter rijdt, de dood vermijdt". Men stelt dat men hiermee minstens 1.500.000 Belgen zal bereiken.

Vergadering van 26/3/1959.

Uitvoerige bespreking over de wenselijkheid van gespecialiseerde consultatiebureaus. Actieve pleitbezorgers zijn o.m. Hebbelinck en Paesmans van Hasselt.

Vergadering van 24/3/1962.

Hier duikt voor het eerst de naam op van Dr. Varenne, vertegenwoordiger van het CAT te Gent. Geleidelijk aan komt er meer aandacht voor gespecialiseerde hulpverlening.

Vergadering van 23/3/1963.

- Eerste aanwezigheid van P. Ooms uit Borgerhout. Hij zal vele jaren een actieve rol spelen als vertegenwoordiger van het consultatiebureau Matt Talbot en het SAW.
- Men discussieert over de 1,5 promille als maximum toegelaten alcoholemie in het verkeer. Men onderlijnt dat dergelijke hoeveelheid in feite overeenkomt met klinische dronkenschap en dat de wet dringend moet veranderen.

Vergadering van 4/11/1969.

Men beslist dat de preventieactiviteiten van het NCA niet beperkt mogen blijven tot de alcoholproblematiek en men verruimt ook de officiële benaming tot 'Nationaal Comité voor Studie en Preventie van Alcoholisme en andere Toxicomanieën'. De hulpverlening wordt ter harte genomen door het NFKAT.

Vergadering van 12/1/1970.

- Prof. Verbanck wordt aangesteld als nieuwe voorzitter.
- Men discussieert over de wenselijkheid van een fusie tussen het NCA en het NFKAT.

Vergadering van 25/5/1970.

Hier wordt de naam van E.P. Puts vermeld. Ook hij was toen en nu nog een bezielende figuur voor Sobriëtas.

Vergadering van 9/5/1972.

- Onder leiding van Prof. Hebbelinck wordt een commissie 'wetgeving' opgericht.
- Eveneens vermeldt men de oprichting van de Volksbond in België. De Volksbond was reeds vele jaren actief in Nederland en was vooral betrokken in het oprichten van alcoholvrije kantines in bedrijven. De drijvende kracht voor België was de Nederlander Piet Tiesema. Hij heeft ook later de VAD erg gesteund, o.m. bij de oprichting (financieel) en nadien meer inhoudelijk rond de

topic 'Alcohol en werk'. De Volksbond België haalde destijds haar inkomsten uit de uitbating van twee kantines langs de autostrade (Brecht en Honsem).

## **B. NFKAT**

In 1963 wordt het NFKAT (Nationale Federatie voor Konsultatiebureaus en Instellingen opgericht voor de zorg van Alcoholisten en andere Toxicomanen) opgericht. De eerste voorzitter is Dr. Varenne uit Gent. Hij werd in 1972 opgevolgd door prof. Casselman. Gedurende verschillende jaren werd er gediscussieerd over de noodzaak van een specifieke en eenvormige registratie. Het CAT van Gent had een praktisch voorstel van dergelijke gemeenschappelijke fiche. Maar men heeft jaren tevergeefs gewacht op een vertaling en eventuele aanpassing langs franstalige kant.

Ook heeft men nogal geijverd om de overheid ervan te overtuigen dat een meer categoriale hulpverlening voor verslaafden echt wenselijk was.

## **C. Overlegcomité voor Alcohol en andere Drugs**

Een beetje los van de bestaande organisaties, die later geen subsidie meer zouden krijgen, wordt er in 1979 door de overheid een '*Overlegcomité voor Alcohol en andere Drugs*' opgericht, parallel, maar autohoom één voor Vlaanderen en één voor Wallonië. Deze nieuwe organisatie werden redelijk goed betoelaagd en moesten een coördinerende en stimulerende rol spelen op het vlak van de preventie.

Dit overheidsinitiatief was theoretisch goed bedoeld, maar hield te weinig rekening met de feitelijke dynamiek op het werkerrein.

## **D. NCAD (Nationaal Comité voor Alcohol- en andere Drugproblemen)**

In de lijn van de vroegere besprekingen over de integratie van preventie en hulpverlening werd er in 1980 *het NCAD (Nationaal Comité voor Alcohol- en andere Drugproblemen)* opgericht, met als voorzitter Prof. Verbanck. Het NCA en het NFKAT werden ontbonden. Inhoudelijk was dit een logische fusie maar zij kwam jaren te laat, een beetje tegendraads met de feitelijke communautarisering van België. Preventie werd beschouwd als een persoonsgebonden materie en voor een nationale preventieorganisatie kon men geen subsidies meer bekomen.

## **E. VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen)**

Op 2/10/1982 werd in Vlaanderen, vanuit het werkveld, de VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen) opgericht. Onze organisatie heeft zich van bij het begin bekommerd om zowel de preventie als de hulpverlening en het onderzoek. Enkele maanden later sloten de vertegenwoordigers van het Overlegcomité zich hierbij aan.

Het vervolg van de VAD-geschiedenis, meer bepaald op het vlak van de preventie, wordt u verteld door Mevr. Geimaert.

## F. Enkele nabeschouwingen

Het lijkt mij interessant om uit dit historisch overzicht enkele lessen te trekken, vooral dan op het vlak van de preventie.

1° De maatschappij, en dat zijn wij toch met zijn allen, heeft het fenomeen van de drugs en/of genotsmiddelen steeds benaderd met een grote ambivalentie. Wellicht raakt dit ook de essentie van de drugs en het zoeken van mensen naar hulpmiddelen tegenover een gemis. Deze ambivalentie blijft actueel. Dit geeft uiteraard aanleiding tot een spanningsveld, eventueel een controverse of alleszins een discussie over wat wel en wat niet kan. Deze ambivalentie kenmerkt ook het beleid en de concrete aanpak. Enerzijds pleit men voor verantwoorde vrijheid en anderzijds blijkt een controlerende regelgeving noodzakelijk. Beiden hebben hun nut bewezen. Alleen de wijze waarop, de concrete uitwerking moet men in functie zien van de tijdsgeest.

2° Het beleid is geen concretisering van een theoretisch model maar eerder de formalisering van wat de meerderheid van de bevolking op een bepaald moment denkt of verwacht.

De geschiedenis leert ons dat alcohol- of druggerelateerde problemen, of eventueel deelaspecten ervan, op een bepaald ogenblik beleefd worden als kritisch en pas dan reageert de overheid met een aangepaste regelgeving (bv. alcohol en verkeer, de prohibitiesgeschiedenis,...). Voorafgaandelijk is er blijkbaar een brede maatschappelijke bewustwording nodig. Dit proces wordt voorbereid door basisorganisaties, drukingsgroepen, acties. Beleidsmensen kunnen moeilijk voorop lopen, zij volgen de maatschappelijke beweging.

3° De organisaties kunnen en moeten in dit gebeuren een belangrijke rol spelen. Zij vertolken wat er gedacht en gevoeld wordt door de bevolking. Zij toetsen dit gedachtegoed met de theoretische inzichten en 'verwoorden' uiteindelijk deze spontane maatschappelijke beweging in adviezen, boodschappen en concrete acties.

Wij zien dat onze organisaties steeds nauwe aansluiting hadden met de basis en dat is ongetwijfeld een positief punt. Het waren meestal organisaties gedragen door vrijwilligers, markante persoonlijkheden en idealisten.

Anderzijds moeten wij vaststellen dat er veel energie verloren ging in onderlinge discussies, de strijd om de schamele subsidies, het gevecht om het zelfbehoud. Men had veel ideeën maar weinig middelen. Men wist ook niet altijd te anticiperen, men werkte niet voldoende planmatig en men ontwikkelde onvoldoende daadwerkelijke slagkracht.

4° Het bekomen van meer middelen bood de mogelijkheid om stafleden aan te werven, waardoor de professionalisering op gang komt. Deze manifesteert zich niet alleen op vlak van concepten maar vooral ook in de concretisering.

# VAN DRANKBESTRIJDER TOT PREVENTIEWERKER<sup>1</sup>

*Prof. Marcel Hebbelinck*

*Internationale Organisatie der Goede Tempeliers (IOGT)*

## ① DE GESCHIEDENIS VAN DE IOGT

De IOGT werd gesticht in 1851, in de stad Utica, in de staat New York. De organisatie kende haar hoogtepunt rond de eeuwwisseling, toen ze meer dan 600.000 leden telde, verspreid over verschillende afdelingen, die loges genoemd werden.

Het doel dat aan de basis lag van de christelijk en humanistische geïnspireerde organisatie, was de idealen hoog te houden in verband met geheelonthouding en ook in verband met vrede en broederschap.

Bij de IOGT was de spreuk 'faith, hope, charity': geloof, hoop en liefde voor de evenaaste. Dit staat nog altijd vermeld op het embleem.

## ② DE ACTIVITEITEN

Men hield zich vooral bezig met jeugdwerk, opvoedend werk, cultureel werk, toneelavonden en het opvangen van mensen met alcoholproblemen. Het hulp bieden aan drankzuchtigen, het meedoen aan preventiewerk evolueerde 'van drankbestrijder tot preventiewerker'. De voorbeeldfunctie stond centraal: het zich onthouden van alcoholhoudende dranken als principiële geheelonthouder en het afremmen van de sociale druk om te drinken.

## ③ HET ONTSTAAN VAN DE IOGT IN VLAANDEREN

Reeds in 1880 was er een eerste poging. In Antwerpen werd een afdeling van de internationale organisatie opgericht door een Engelsman. De afdeling werd 'the American seamen's lodge' genoemd. Na een paar jaar werd ze echter opgeheven.

In 1901 werd een loge van 'the independent order of good templers' opgericht door Auguste Forel, samen met de Nederlander Rees. Deze loge werd in verschillende landen opgericht als "mentale" tegenhanger van de christelijke, georiënteerde IOGT. In Brussel werd deze loge de 'la stricte observance' genoemd, refererend aan het zeer strikt opvolgen van bepaalde regels.

In 1912 werd een adeling van de IOGT in Gent opgericht als de loge 'licht en liefde'. Dit is de enige loge die nu nog actief is in België.

Er was ook een drugvrije jeugdbeweging verbonden aan de IOGT. In België is deze niet meer actief, wel elders in Europa onder de naam 'European good templar youth federation' (EGTYF).

De IOGT organiseert elke vier jaar een wereldcongres. In de tussenliggende jaren gaat een cultureel congres door. In het begin van deze eeuw vond ook in Brussel een internationaal congres plaats.

---

<sup>1</sup> "samenvatting aan de hand van een voordracht..."

#### 4 DE IOGT VANDAAG

Vandaag de dag ligt het zwaartepunt van de beweging in Scandinavië. Nog ongeveer zeven procent van de leden van het parlement in Zweden zijn geheelonthouders. De beweging daar heeft eigen bibliotheken, eigen volkshogescholen. Sommige afdelingen houden zich bezig met beroepsopleiding. Er werd een verzekeringsmaatschappij "ANSVAR" opgericht onder impuls van de IOGT samen met andere geheelonthoudersorganisaties.

In België is deze verzekeringsmaatschappij niet van de grond gekomen. In Nederland, Duitsland, Noorwegen, Engeland, Australië en Nieuw-Zeeland is dit wel het geval. Zij hebben heel wat gedaan op het vlak van het voorstellen van geheelonthouding als gezonde en moderne levensstijl.

Eén van de oudste organisaties, is een organisatie in Zuid-Afrika die de apartheid heeft overleefd; 'the international organisation of true templars'; aan overwegend Bantu organisatie aangesloten bij IOGT.

De IOGT heeft ook op klinisch gebied werk verricht. In Zweden, Noorwegen en vooral Duitsland hebben zij 'rehabilitationskliniek' opgericht. Dit zijn klinieken voor het opvangen van dronkzuchtigen en de laatste jaren ook voor het opvangen van drugverslaafden. Deze centra en ook consulatiebureaus zijn vooral in Scandinavië en in Duitsland zeer verspreid. In de laatste jaren zijn ook IOGT-afdelingen in de meeste Oost-Europese landen actief.



# NAAR EEN PROFESSIONALISERING VAN PREVENTIE

*Marijs Geirnaert*  
*directeur VAD*

De trend naar professionalisering van preventie situeert zich in het voorbije decennium. Vertrekkende van de oprichting van het VAD-preventiewerk in 1988 is ze rond 3 'magische' jaartallen te situeren.

Wat voorafging...

## DE CATEGORIALE INVALSHOEK 'ALCOHOL EN DRUGS'

De oprichting van het VAD-preventiewerk werd voorafgegaan door een groeiende trend waarbij een aantal CGGs in Vlaanderen iemand uit hun personeelsbestand een specifieke preventieopdracht met betrekking tot de drugproblematiek gingen toewijzen, naast de algemene preventieve opdracht van de CGG.

In 1987 nam de toenmalige minister Lenssens het initiatief om met een werkgroep bestaande uit VAD-leden, het kabinet en de administratie na te denken over hoe preventie van alcohol- en drugproblemen in Vlaanderen kon georganiseerd worden. Deze werkgroep schreef een 'Richtnota drugpreventie en hulpverlening', geïnspireerd door de werking die in enkele CGG's was opgezet.

De belangrijkste doelstelling van de Richtnota was de oprichting van een preventiestructuur voor gans Vlaanderen met een duidelijke keuze voor coördinatie op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap.

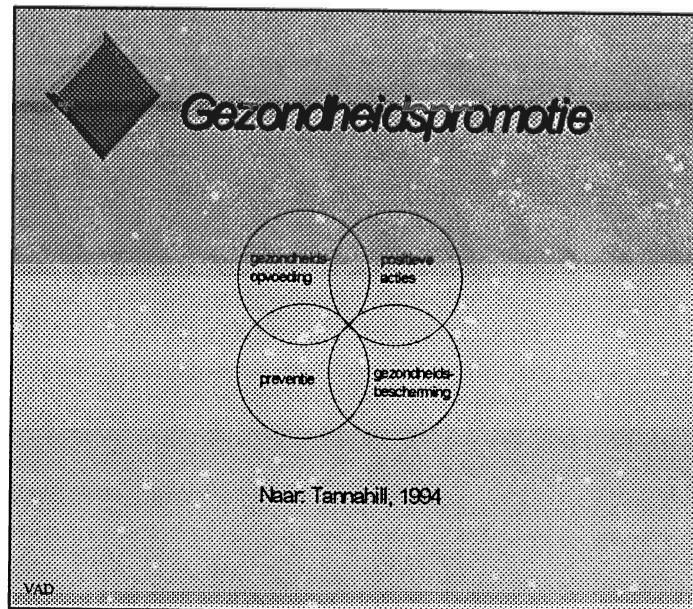
Registratie was één van de belangrijke aandachtspunten, met als doel een duidelijker zicht te krijgen op de omvang en de aard van de drugproblematiek in Vlaanderen. Vorming was een tweede aandachtspunt en ook preventie gericht op specifieke risicogroepen.

## DE INVALSHOEK GEZONDHEID

Naast de specifieke alcohol en andere drugsinvalshoek noteren we een tweede beweging die de invulling van het preventiewerk heeft beïnvloed. Vanuit de hoek van gezondheid werden aan het eind van de jaren '70 een aantal initiatieven genomen waaronder de Alma-Ata verklaring 'Gezondheid voor Allen in het Jaar 2000', een initiatief van de Wereldgezondheidsorganisatie, in samenwerking met Unicef. Deze verklaring gaf, voornamelijk in de Westerse landen, aanleiding tot initiatieven rond gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Hierbij vertrok men van de analyse van de ontstaansfactoren van de zogenaamde welvaartsziekten in de ontwikkelde landen, die overwegend gedragsmatig worden bepaald. Men kwam tot de vaststelling dat de traditionele westerse geneeskunde vrij machteloos stond tegenover deze ziekten en dat preventie gericht op de persoon en zijn gedrag, deze ziektes het best konden voorkomen. Voorlichting leek toen het sleutelwoord.

De illusie dat men via voorlichting en via het werken aan attitudes, gedrag kon beïnvloeden en veranderen werd al vrij snel in vraag gesteld. In 1988 werd door de WHO het Ottawa-charter gelanceerd waarbij niet meer GVO maar wel gezondheidspromotie centraal werd gesteld (zie schema). In het concept van gezondheidspromotie is er nog steeds plaats voor GVO, maar daarnaast wordt aandacht gevraagd voor gezondheidsbescherming, bestaande uit o.a. wetgevende en fiscale maatregelen, die het gezondheidsgedrag van mensen positief kan beïnvloeden. Ook de medisch georiënteerde preventie via screening en vaccinatie vormt een belangrijke bijdrage tot gezondheid en tenslotte ook de **positieve**

**acties**, waarbij mensen worden gesensibiliseerd om iets aan hun gezondheid te doen. Deze positieve acties zijn zowel structureel als persoonsgericht. Deze vier componenten samen vormen het terrein van de gezondheidspromotie en zij moeten het objectief 'Gezondheid voor Allen in het Jaar 2000' kunnen realiseren.

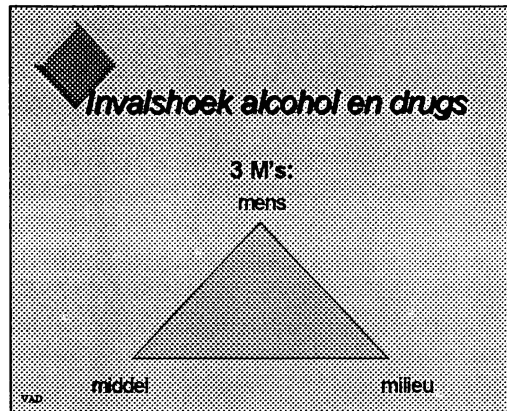


## ❶ 1988: PIONIERSFASE

Deze twee stromingen (categoriale alcohol & drugs en gezondheidspromotie) vonden elkaar binnen de VAD bij de oprichting van het VAD-preventiewerk in 1988, toen 10 preventiewerkers werden aangeworven in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en 2 coördinatoren op de VAD. Deze groep van 12 mensen kwamen vanuit verschillende achtergronden in dit project, vanwaaruit ze een gemeenschappelijke visie op preventie ontwikkelden, gebaseerd op verschillende modellen en theorieën.

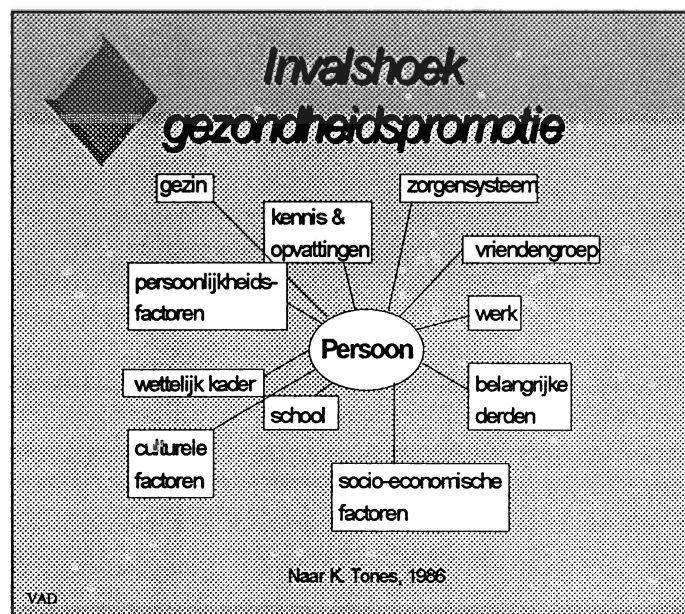
### A. Modellen uit de alcohol- en drugssector

Vanuit de sector alcohol en drugs werd reeds jarenlang gebruik gemaakt van het concept van de drie M's. De drugproblematiek draait niet alleen rond het middel alcohol of andere drugs, het gaat niet alleen over de mens als druggebruiker, maar ook het milieu, de omgeving van waaruit mensen gebruiken of niet gebruiken is een belangrijke component. De multicausaliteit van de problematiek vormt bij dit model een heel belangrijk uitgangspunt.



## B. Modellen uit de gezondheidspromotie

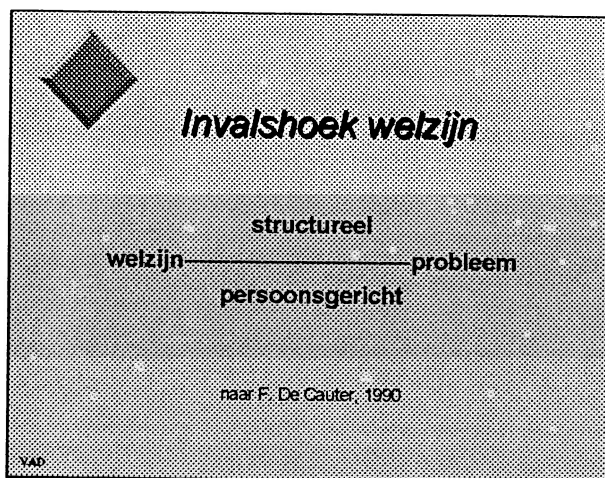
Vanuit de gezondheidspromotie baseerden we ons op een model van K. Tones (1986, 1994), waarbinnen de persoon centraal staat met daarrond een veelheid aan factoren die mede beïnvloeden of die persoon al dan niet problemen krijgt als gevolg van alcohol- en ander druggebruik. Binnen dit model wordt opnieuw de multi-causaliteit van de drugproblematiek benadrukt, maar tevens wordt vanuit dit concept gepleit voor een intersectorale aanpak. Traditioneel werd reeds veel in het onderwijs gewerkt. Het model van Tones maakt duidelijk dat ook het gezin een belangrijke rol speelt, naast het werk, de vriendengroep, enz. en dat we dus via een intersectorale benadering pas enig effect kunnen verwachten.



### C. Modellen uit de welzijnssector

Een derde model waarop het preventiewerk zich inspireerde was afkomstig uit het welzijnswerk. Het model van Frits De Cauter (1986) situeert preventie op een continuum met langs de ene kant welzijn en langs de andere kant de probleemzijde, het probleemgebruik. Het preventiewerk situeert zich in het midden waarbij enerzijds wordt samengewerkt met de sector van de gezondheidspromotie (wat zich heeft geconcretiseerd in de samenwerking van VAD binnen het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie), terwijl langs de andere kant heel nauw wordt samengewerkt met de hulpverlening, gezien de preventiewerkers in de CGG zijn tewerkgesteld en ook vanuit de VAD preventie en hulpverlening in een koepel zijn geïntegreerd.

Uit dit model uit de welzijnsector werd tevens als belangrijk principe weerhouden dat preventie zich richt op zowel persoonsgebonden als structurele oorzaken van onwelzijn en ongezondheid.



### D. Synthese

De verschillende invalshoeken, modellen en ervaringen hebben uiteindelijk geleid tot een Visietekst (1990) van het VAD-Preventiewerk waarin een aantal belangrijke principes werden naar voor geschoven.

**De globale aanpak**, werken vanuit een breed perspectief, vanuit verschillende sectoren, was een eerste belangrijk uitgangspunt.

**De intermediair** werd als expliciete doelgroep van het preventiewerk benoemd. Enerzijds omdat er slechts 10 preventiewerkers in Vlaanderen actief waren, die zich onmogelijk op de gehele Vlaamse bevolking konden richten. Een tweede, veel belangrijker argument gaat ervan uit dat sleutelfiguren als intermediairen veel dichterbij die Vlaamse bevolking staan en dat zij bijgevolg betere veldwerkers zijn, omdat ze kunnen werken vanuit 'real life' situaties.

Een derde en vierde principe gaat over **emancipatie** en participatie. Vanuit een emancipatorisch uitgangspunt wordt met de intermediairen op een zodanige manier gewerkt dat zij, na een korte tijd samen met de preventiewerkers te hebben gewerkt, zelfstandig kunnen verder werken en de taak van de preventiewerkers kunnen overnemen. Op hun beurt krijgen zij de boodschap mee dat zij met hun doelgroep eveneens op een

emancipatorische manier kunnen gaan werken zodat deze zelfstandig en bewust leren omgaan met alcohol- en andere druggebruik.

**Participatie** betekent dat preventiewerkers samen met de intermediairen zoeken welke hun vragen zijn en proberen om samen hierop een antwoord te formuleren. De preventiewerkers stellen zich niet op als dé deskundigen, maar als gangmakers van een veranderingsproces.

Tenslotte bepaalt de keuze voor een **planmatige aanpak** ook de prioriteiten van het preventiewerk. Dit betekent een duidelijke keuze voor een lange termijnsperspectief ten nadele van éénmalige activiteiten.

De Visietekst is ingevuld op twee niveaus, enerzijds op het niveau van de coördinatie (het Vlaamse niveau) anderzijds op het niveau van het lokale werk.

## **E. Invulling coördinatie**

Op Vlaams niveau worden concepten ontwikkeld en wordt veel aandacht besteed aan onderlinge afstemming. Op die manier konden we effectief evolueren naar een Vlaamse filosofie, die het kader vormt voor interne vorming van de preventiewerkers, een wetenschappelijk onderbouw voor de projecten en een voortdurende kritische bevraging van waar we mee bezig zijn (evaluatie).

## **F. Lokale invulling**

Voor wat betreft de regionale en lokale invulling, wordt voornamelijk gewerkt aan netwerkontwikkeling en het werken met intermediairen waar procesbegeleiding, consult en deskundigheidsbevordering heel belangrijk zijn.

## **G. Tijdsgeest**

In de periode 1988 hadden we het vooral over alcohol- en andere drugproblemen, waarbij alcohol nog dé grote ingangspoort vormde. We brachten het concept 'drink wijs' op de markt en via dit concept probeerden we het idee van emancipatie mee te geven.

De keuze voor alcohol als ingangspoort was toen evident. De alcoholproblematiek was overal in Vlaanderen aanwezig, terwijl dit toen voor de illegale drugproblematiek nog niet het geval was. In die periode werd het thema alcohol aangegrepen om lokale netwerken rond preventie te gaan ontwikkelen.

## **② 1992: DE GROEIFASE**

Het tweede magisch jaartal is 1992, die we de groeifase kunnen noemen. In deze periode observeren we een aantal nieuwe stijgende tendensen.

### **DRUGSPECIFIEKE TENDENSEN**

We constateren enerzijds een stijging van het illegaal druggebruik. In 1988 en 1990 vonden een aantal onderzoeken in Oost- en West-Vlaanderen plaats waarbij het illegale druggebruik nog zeer beperkt was, tussen de 5 en 8 % ooit gebruik bij jongeren in het secundair onderwijs (Noels & Wydoodt, 1996). Begin 1992 kregen we de cijfers te zien van onderzoeken vanaf 1991 en we merkten dat het ooit gebruik vrijwel overal was gestegen tot ongeveer 20 %. We werden hier geconfronteerd met een heel gewijzigde situatie op zeer korte termijn.

Een andere tendens is de snelle opkomst van een nieuwe drug, met name XTC, met een nieuwe gebruikersgroep, die zich vooral in discotheken lokaliseerden. XTC ontpopte zich in een korte periode tot een zeer populaire drug.

## MAATSCHAPPELIJKE TENDENSEN

Tot zover de drugspecifieke tendensen. Er zijn evenwel ook heel wat maatschappelijke tendensen die deze groeifase kenmerkten.

De zwarte zondag van 24 november, nu 5 jaar geleden, werd door de politiek heel fel geïnterpreteerd als het resultaat van het groeiend onveiligheidsgevoel bij de burger. Dat onveiligheidsgevoel werd door heel wat beleidsmakers vertaald naar en gelinkt aan de drugproblematiek. Dit resulteerde in het ontstaan van nieuwe dynamieken, nieuwe projecten die zich richtten op criminaliteitspreventie met een sterke nadruk op de drugproblematiek.

## GEVOLGEN

Mede als resultaat daarvan, maar ook omwille van de opgang van XTC, ontstond een groeiende mediabelangstelling voor de drugproblematiek. Zo heeft de media een niet onbetwiste rol gespeeld in de groeiende populariteit van XTC. In 1992, werd in het kader van de Europese drugpreventieweek een studiedag rond de rol van de pers in de ganse drugproblematiek georganiseerd.

De mediabelangstelling resulteerde in politieke belangstelling en zo gaven verschillende politici onderzoekopdrachten aan universiteiten om onder andere in kaart te brengen wie in Vlaanderen met drugpreventie bezig was. Na de onderzoeken kwamen de beleidsnota's, de beleidsbrieven, de drugnota's en werden drugdebatten georganiseerd in de Federale Kamer en in de Vlaamse Raad.

Voor de preventiewerkers bracht het voorgaande heel wat veranderingen met zich mee. Tot 1992 was drugpreventie heel duidelijk een thema dat vanuit Vlaanderen, vanuit de gemeenschap, werd bekeken vanuit de invalshoek gezondheid. De gemeenschap was de voornaamste subsidiërende overheid en op Belgisch niveau functioneerde de intercommunautaire coördinatiecommissie voor preventie van alcohol- en andere drugproblemen (ICC) die de verschillende gemeenschappen samenbracht om een Belgisch profiel te maken en om als Europese partner te fungeren. Vanaf 1994 heeft de federale overheid duidelijk een aantal initiatieven op het vlak van de drugproblematiek overgenomen. Als gevolg hiervan krijgt de coördinatie op Belgisch niveau vorm in interministeriële conferenties over drugs, waarin de gemeenschappen weliswaar betrokken zijn, maar eigenlijk een veel minder belangrijke rol hebben te spelen.

Deze groeifase heeft een aantal positieve en negatieve gevolgen:

## VOORDELEN

Positief is zeker dat er een grote middenstroom is ontstaan voor drugpreventie, niet alleen op het federale niveau, ook de gemeenschappen zijn gevolgd. Als we de budgetten bekijken die nu beschikbaar zijn voor deze problematiek vergeleken met vijf jaar geleden dan is er daar wel heel wat veranderd.

Vanuit de betrokkenheid van verschillende departementen werd de invalshoek verruimd van het gezondheidsperspectief naar een meer gediversifieerde aanpak, waar ook justitie zijn rol opneemt, waar (vooral via de veiligheidcontracten) de hulpverlening extra impulsen heeft

gekregen. Mede door de aandacht die de drugproblematiek heeft gekregen is ook harm reduction in België ter discussie gekomen; methadon en spuitenruil zijn thema's die nu ook politiek belangrijk zijn.

## **NADELEN**

De nadelen hebben te maken met een verdringing van het gezondheidsperspectief, waarbij de invalshoek van criminaliteit soms te sterk op de voorgrond treedt. Het moet wel worden gezegd dat de mensen in preventie- en samenlevingscontracten veelal vanuit een gezondheidsperspectief werken, doch het feit dat zij vanuit een meer repressief kader worden gefinancierd, dat ze soms een lokatie hebben binnen politiediensten, kan aanleiding geven tot rolverwarring over de positie van de preventiewerker.

De nieuwe contracten en projecten resulteerden eveneens in een wildgroei aan preventiewerkers. Waar we in 1988 startten met 10 zijn er momenteel binnen de veiligheids- en samenlevingscontracten 37,5 preventiewerkers specifiek met het drugthema bezig. Daarnaast zijn ook een aantal privé-initiatieven opgestart en hebben sommige gemeenten op eigen initiatief een preventiewerker tewerkgesteld.

Deze groei resulteerde in een vrij ongelijke geografische verdeling van het aantal preventiewerkers, gezien de veiligheidscontracten beperkt blijven tot de grote steden en tot steden met een hoog criminaliteitscijfer. Kleinere gemeenten beklagen zich erover dat zij minder mogelijkheden krijgen. Tussen de preventiewerkers onderling dringt zich een nieuwe taakverdeling op, wat niet steeds probleemloos gebeurt. Iedere preventiewerker heeft immers een verschillende opdrachtgever, en dit maakt een coördinatie op Vlaams niveau er niet gemakkelijker op.

Een bijkomend nadeel van de hiervoor geschetste dynamiek is dat de alcoholproblematiek, die kwantitatief nog steeds de grootste problematiek vormt, op dit moment totaal naar de achtergrond is verschoven. Met uitzondering van het thema alcohol en verkeer krijgen we op dit ogenblik zowel politiek als maatschappelijk geen aandacht voor deze problematiek.

## **③ 1996: DE CONSOLIDATIEFASE**

Het derde magische jaartal is 1996, op weg naar het jaar 2000. Op dit ogenblik liggen duidelijk een aantal perspectieven open.

### **LANGE TERMIJNSPERSPECTIEF**

Eerst en vooral is er nu veel duidelijker dan ooit een langer termijnsperspectief. De Drugnota van minister Demeester is vertaald in een aantal engagementen tot 1999. Binnen VAD werd een Beleidsplan uitgetekend dat een aantal keuzen vooropstelt tot het jaar 2000. Het zeer punctueel gaan werken is een stukje voorbij, denk ik en hoop ik, en een lange termijnsperspectief ligt voor ons.

### **PROVINCIALE PREVENTIEPLATFORMS**

Daarnaast zijn een aantal impulsen gegeven die nieuwe mogelijkheden openen. Zo zijn er de provinciale preventieplatforms die de grote groep van preventiewerkers op een provinciaal niveau kunnen samenbrengen en vandaaruit een eigen dynamiek kunnen ontwikkelen.

## NIEUWE PROJECTEN EN INITIATIEVEN

Verder signaleren we een aantal nieuwe projecten die de onderlinge samenwerking en afstemming en de kwaliteit van het preventiewerk in Vlaanderen sterk moeten bevorderen. Er is een op stapel staand project rond **monitoring van preventieactiviteiten** die de coördinatie en onderlinge afstemming op provinciaal niveau mede zal bevorderen. Er zijn ernstige impulsen gegeven op het vlak van **deskundigheidsbevordering** zowel bij preventiewerkers zelf als bij de grote groep van intermediairen.

Er zijn ook impulsen op het meer **beleidsmatige niveau**; er is de kamerwerkgroep drugs die zich buigt over de thematiek en waar politici zich op een grondige manier wensen te informeren over alle aspecten van de drugproblematiek en er is ook aandacht (althans in de beleidsnota's van sommige ministers) voor een sociaal beleid, de structurele omkadering die zo hard nodig is om maatschappelijke omstandigheden die het alcohol- en druggebruik beïnvloeden mee te beïnvloeden.

## KNELPUNTEN

Maar ook vandaag zitten we nog met een aantal knelpunten.

Een belangrijk knelpunt is het gebrek aan **evaluatie**. Langs de ene kant is er een enorme druk op het preventiewerk om te bewijzen wat de resultaten, wat de effecten zijn. Anderzijds is het, omwille van de complexiteit en eigenheid van preventie, ook bijzonder moeilijk om die evaluatie te maken.

Het preventiewerk signaleert ook al jaren de nood aan **onderzoek**, maar ook daar bestaat weinig politieke belangstelling om te onderzoeken wat ontstaansfactoren zijn van drugmisbruik, wat trends in gebruik en misbruik bepaalt, enz.

Daarnaast zitten we nog steeds te midden van de **bevoegdheidsdiscussie** tussen verschillende ministers, tussen het federale niveau en het gemeenschapsniveau, wat het samenwerken op het veld zeker bemoeilijkt.

Tenslotte blijft er nog het knelpunt van de **coördinatie**. Enerzijds merken we een aantal impulsen vanuit de provinciale preventieplatforms, anderzijds zal er toch nog hard moeten worden gewerkt om het mandaat van coördinatie voor die veelheid van preventiewerkers, te realiseren.

Hoe preventie er vandaag -anno 1996- concreet uit ziet, zullen we deze namiddag zien in de verschillende projecten die worden voorgesteld. Het historische kader kan wellicht als referentiepunt dienen om de verscheidenheid aan projecten te duiden.

## REFERENTIES

De Cauter F. (1990) *Methodiek van de preventieve projectwerking*, Acco.

Noels B., Wydoodt JP. (1996) *Alcohol, illegale drugs en medicatie: recente ontwikkelingen in Vlaanderen 1995*. VAD-uitgave.

Tannahill (1994) Health Promotion in Downie et al, *Health Promotion, Models and Values*, Oxford Medical Publications.

Tones K. (1986) Preventing Drug Misuse: the case for breadth, balance and coherence; *Health Education Journal*, Vol 45 (4) 223-230.



# REFLECTIES OP EEN EEUW PREVENTIE

*Dr. Jaap Van der Stel*

*hoofd afdeling preventie, RIAGG Zuid-Kennemerland, Haarlem*

Ik ben hier vandaag, als gast uit Nederland, niet gekomen als een ambtenaar, met de mistroostige taak het beleid van zijn politieke baas uit te dragen. Ik ben preventiewerker en heb onderzoek gedaan naar de geschiedenis van de drankbestrijding en verslavingszorg. Puttend uit die ervaring wil ik enkele lessen trekken die mijns inziens van belang zijn voor de preventie van alcohol- en drugsmisbruik. Toch wil ik beginnen met iets te zeggen over mijn land en de actuele discussie die over ons drugbeleid wordt gevoerd. Tenslotte zeggen de achtergronden van de spreker veel over datgene wat hij in zijn betoog te berde brengt.

De afgelopen weken is er in Europa druk gediscussieerd over een gezamenlijk Europees drugbeleid. Het was geen discussie waarin argumenten, cijfers en conclusies uit evaluatiestudies de boventoon voerden. Nee, het was - zoals eigen aan politiek - pure retoriek, - een steekspel waarin woorden in zinsverband worden uitgesproken in een eeuwigdurende strijd om de macht. Nederland staat in die discussie, die dus slechts voor de vorm een *discussie* is, met de rug tegen de muur. Aanvaarding van een al vele malen aangepaste ontwerptekst zou het Nederlandse drugbeleid voorgoed om zeep helpen. Een beleid dat bestaat uit een merkwaardige mengeling van enerzijds en anderzijds, van verbieden en toestaan, van calvinistisch vertogen en humanistisch gedogen. Een beleid dat ook door de eigen inwoners nooit is begrepen omdat het elke *logische* samenhang ontbeert. Het bijzondere aan mijn land is dat machtsdragers al ruim vierhonderd jaar geleden van hun voetstuk zijn gehaald, en - ondanks pogingen tot restauratie - er nooit meer in geslaagd zijn een al te grote afstand tot het volk te nemen. Het 'doe maar gewoon, dan doe je al gek genoeg' was sinds de vestiging van de Republiek der Zeven Provinciën in de 17de eeuw het - al dan niet opgelegde - adagium van regenten, het beetje adel dat wij nog overhielden na de machtsovername van Spanje, en de overige cultuurdragers. Dit leidde ertoe dat de beleidsuitspraken van de machtsdragers bij ons nooit zo ver van de praktijk afstonden als dat, bijvoorbeeld in Frankrijk, het geval was en nog steeds is. Bij ons is beleid veeleer een onbeholpen uitdrukking van een soms even onbeholpen praktijk. Maar, als de praktijk van dat beleid teveel afwijkt, heeft bij ons de praktijk meestal het laatste woord. Zo niet in landen waar de politiek en het beleid een esthetische uitdrukking van de macht presenteren, en het er niet zoveel toe doet of beleid en praktijk wel of niet met elkaar in overeenstemming zijn, - als het beleid maar consistent is geformuleerd, en vooral met veel pathetiek wordt uitgedragen. In Nederland is politiek geen theater. Onze - zeg maar - *onhandigheid* is dat wij veel te 'eerlijk' zijn: voor ons zou een aanpassing van een beleidstekst ook inderdaad moeten leiden tot aanpassingen van onze praktijk, want als er een te grote discrepantie zou ontstaan tussen praktijk en beleid spreekt luid het geweten. We weten echter dat - in onze verhoudingen - zoiets gewoonweg niet werkt: de rijksoverheid mag dan wel ten lange leste hebben ingestemd met een verdragstekst of iets dergelijks - of de burgers, de gemeentebestuurders, de ambtenaren en de parlementariërs of zelfs de ministers zich daaraan houden, valt nog te bezien. Het - al dan niet uitgesproken - criterium voor het handelen is bij ons de vraag of er door het beleid mensen 'buiten de boot' dreigen te vallen. En als er iets is waar ons beleid op is gericht - het maakt niet uit over welk onderwerp we spreken - dan is het wel het *includeren* van mensen met afwijkend gedrag en afwijkende gewoonten in de maatschappelijke verbanden en dus het voorkomen van *uitsluiting*. Zoals er betrekkelijk weinig afstand bestaat tussen de machtsdragers en het volk dat zij pretenderen te vertegenwoordigen, zo is bij ons er uiteindelijk ook niet zo'n grote afstand tussen het volk en al diegenen die zich *niet* aan de heersende normen houden.

Voor zo'n afstand zijn wij zelfs een beetje bang, want dát zou pas tot een onbeheersbare situatie leiden! Daarom gedogen we veel wat we tegelijkertijd moreel veroordelen. En daarom heeft bij ons preventie en het 'voorkomen van erger' in het beleid een hoge prioriteit. Omdat bij ons matigheid en zelfbeheersing de baas zijn over het genot, werkt bij ons wat elders nergens op slaat, en omgekeerd natuurlijk ook. Niettemin is mijn missie vandaag - hoe gekleurd deze ook is door de ervaringen van mijn land - dat, vroeg of laat, het bewerkstelligen van *zelfbeheersing* in plaats van externe controle- en dwangmaatregelen het meest effectief is voor het tot stand brengen van een situatie waarin alcohol- en drugsproblemen beheersbaar blijven.

## LESSEN UIT HET VERLEDEN

Het gebruik van psychoactieve stoffen zoals alcohol, drugs en tabak, kan opgevat worden als het (rituele) gedrag, dat betrekking heeft op het realiseren van verwachtingen over effecten van die stoffen. De in een bepaalde cultuur geaccepteerde dominante strategie voor de regulering van deze stoffen is gestoeld op de - door de meerderheid - gedeelde verwachtingen over de eigenschappen van de middelen. De strijd tegen het gebruik dan wel het misbruik van deze middelen kunnen we zien als uiting van kritiek op de heersende verwachtingen en opvattingen. Het streven kan erop gericht zijn deze te vervangen door alternatieve verwachtingen en opvattingen, of te proberen de realisatie van de verwachtingen, dat wil zeggen de gebruikspatronen, af te schaffen of in ieder geval in een gewenste richting om te buigen. In de negentiende en begin twintigste eeuw heeft dit, althans in de westerse landen, op een zeer radicale wijze plaatsgevonden rondom het gebruik van alcohol. Denk aan de krachtige beweging voor geheelonthouding en de radicale drankwetgeving die ten uitvoer is gebracht in de Scandinavische landen. De Internationale Orde van de Goede Tempeliers, is lange tijd de (qua ledental) grootste internationale organisatie geweest, met vertakkingen over de gehele wereld.

Het concrete gedrag van de gebruiker van psychoactieve stoffen beweegt zich in een spanningsveld van vier momenten van beïnvloeding:

- De **verwachtingen** over (de effecten van) het middel versus de concrete **gewoonten** van het gebruik;
- De **innerlijke** versus de **uiterlijke** dwang, die bepalend is voor de mate waarin aan het verlangen naar de roes of andersoortige beïnvloeding gevolg kan of mag worden gegeven.

Onder verwachtingen kunnen we de sociale en culturele opvattingen verstaan die mensen hebben over wat de gevolgen zijn als je een bepaald middel, bijvoorbeeld sterke dranken nuttigt: je wordt er 'agressief' van of juist 'vrolijk'; je wordt 'creatiever' of juist daarin 'geremd'.

De gewoonten hebben betrekking op de gebruikswijzen en rituelen die mensen als voor hen waardevol hebben leren kennen: Wordt er wel of niet bij maaltijden gedronken?; Mogen vrouwen evenveel en even vaak gebruiken als mannen?; Hoe worden jonge mensen in het drinken van alcohol ingewijd?

Zelfbeheersing heeft betrekking op de verinnerlijking van waarden en normen. Mensen herkennen die niet meer als opvattingen die hun in de opvoeding zijn aangereikt. Ze voelen zich schuldig, hun geweten spreekt, als ze zich niet aan de gedragsnormen houden. Externe controle verwijst naar de dwang- en drangmechanismes die bij het gebruik van verslavende stoffen altijd meespelen. De verleiding om ze te gebruiken kan zo groot zijn dat mensen tegen zichzelf in bescherming moeten worden genomen en gedwongen worden zich aan regels te houden. Denk aan regels voor het verbod op openbare dronkenschap. Externe controle gaat bijna altijd gepaard met sancties (zoals die van de zijde van politie en justitie) op het overschrijven van normen.

Deze vier momenten van beïnvloeding bieden evenzovele aangrijpingspunten voor een op verandering gerichte strategie.

De drugsmarkt, zoals ook de markt van alcoholhoudende dranken en die van tabak, heeft veel overeenkomsten met elke andere consumentenmarkt. Kernelementen van deze markten zijn: de beeldvorming over de 'esthetiek' van het produkt, de verpakking en/of de entourage waarbinnen de verkoop plaatsvindt, de beloften over de via de consumptie te realiseren 'lifestyle', en, niet in de laatste plaats, het 'verboden vrucht'-karakter dat het verlangen naar het middel alleen maar heftiger maakt. Het meest sprekende voorbeeld van de lifestyle-benadering is de 'marketing' van XTC (letterlijk: extase) - trendy pilletjes, waarvan het instanteffect het beste tot zijn recht komt in een sexy atmosfeer, omlijst door snelle house. De beloften van Nike - *Just do it* - of van Pepsi Cola - *Change the script* - lijken als twee druppels water op die van de uitventers van dit soort drugs. De opmars van XTC is overigens de enige werkelijke 'productinnovatie' die zich op de markt heeft voorgedaan sinds de jaren zeventig - en dan nog is het middel in haar oorsprong van eerdere datum.

Dat de discussie over psychoactieve stoffen sinds de jaren zestig van alcohol is verschoven naar de discussie over drugs is natuurlijk niet zo verwonderlijk. Het drankgebruik en het roken van sigaretten ogen dan veel meer schade toe te brengen aan de volksgezondheid, het gaat hier om de consumptie van legale middelen, die door zóveel mensen worden gebruikt en aanvaard, dat een simpele veroordeling als niet serieus wordt opgevat. Door de illegaliteit waarbinnen de productie en handel van drugs plaatsvinden, en het voor de meeste mensen schemerduister van de consumptie daarvan, spreken deze middelen (en de vorming van 'beleid' daarover) veel meer tot de verbeelding.

Drugs en druggebruik zijn van ondergeschikt belang voor de (geestelijke) volksgezondheid als we uitgaan van het relatief geringe aantal gebruikers van harddrugs, de maatschappelijke integratie van de meeste gebruikers van softdrugs en/of de geringe schade die - in verhouding tot de totale bevolkingspopulatie - door het gebruik van drugs wordt toegebracht aan de geestelijke en lichamelijke volksgezondheid. Deze opmerking is niet bedoeld om de drugproblematiek te bagatelliseren, maar om deze tot reële proporties terug te brengen. Het gebruik van alcoholhoudende dranken of het roken van sigaretten heeft veel meer repercussies voor de (geestelijke) gezondheid van de bevolking. Dit gegeven geldt voor de meeste landen in Europa, maar ook voor de andere werelddelen. met deze 'gelijkhebbertij' zijn we er echter niet. Als we het daarbij laten, isoleren we ons van de maatschappelijke realiteit. Het feit dat in het heden drugs en druggebruik - en in een niet zo lang verleden alcohol en alcoholmisbruik - kunnen rekenen op zo'n immense maatschappelijke belangstelling is veel betekend. Het signaleert de symbolische betekenis die de 'strijd' tegen de roesverwekkende middelen heeft voor de vorming van een collectief bewustzijn en een geweten over de aard van de *zelfbeheersing* die van de maatschappijleden wordt verwacht.

## CIVILISATIEPROCES

Zelfbeheersing is de uitkomst van het civilisatieproces dat zich in Europa vanaf de late middeleeuwen voltrekt. Norbert Elias heeft dit proces beschreven als een combinatie van dwang en de internalisering daarvan. Het adagium van de zelfbeheersing, het *Gij zult u zélf beheersen*, is gemakkelijk te traceren in de oudste geschreven bronnen van de mensheid. Zelfbeheersing maakt *samen leven* mogelijk. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat al in de meest primitieve samenlevingen het gebruik van roesverwekkende middelen - vanaf het moment dat deze ontdekt en/of geproduceerd konden worden - omgeven is geweest door rituelen, die het gebruik ervan reguleerden en betekenis moesten geven, en sancties op het misbruik ervan. De roes bergt het gevaar van het verlies van de zelfbeheersing. Dat is de

reden dat in alle samenlevingen het gebruik van roesverwekkende middelen altijd zo in de belangstelling stond én staat en waarom de regulering van het gebruik nooit volledig in handen is gegeven van de individuele maatschappijleden. Wetten, formele en informele regels en gebruikswijzen - ze hebben een collectief karakter - en de naleving ervan wordt collectief 'afgedwongen', zij het dat bij voorkeur die dwang in het individu zèlf wordt geplaatst.

Het civilisatieproces heeft een hogere vorm van zelfdwang tot doel of in ieder geval als uitkomst. In dat verband is de georganiseerde kritiek op het 'bandeloos' drinken of roken door burgers en boeren een van de basale processen van wat we de vorming van de 'geestelijke volksgezondheid' zijn gaan noemen. Elke voorstelling van geestelijke volksgezondheid, of zijn voorganger de 'zedelijkheid' van het volk, houdt verband met opvattingen over dwang, zelfbeheersing en het verlies daarvan. Door het gebruik of misbruik van roesverwekkende middelen bestaat het risico dat de 'zelfbeheersing' wordt ondermijnd, waardoor de gebruiker zichzelf (tijdelijk) buiten het collectief, de heersende moraliteit (waaronder al dan niet impliciete opvattingen over geestelijke gezondheid zijn opgenomen) weet te plaatsen. Er is geen samenleving of subcultuur die dit toelaat. In zeker zin luidt dus het adagium van elke samenleving *Gij zult geestelijk gezond zijn*.

In de discussie over het alcohol- maar vooral het drugbeleid wordt de vraag naar de autonome trends van het gebruik van deze middelen zelden gesteld.

Tegen beter weten in doet men het voorkomen alsof door 'beleid', 'goede voorlichting' en een 'krachtige aanpak' de werkelijkheid eenvoudig naar de hand kan worden gezet. Wensvoorstellingen zijn hier troef. Onbevooroordeelde scenariostudies, waarin een poging wordt gedaan de ontwikkelingen van het alcohol- en druggebruik te voorspellen zijn uiterst zeldzaam.

De vraag naar de toekomst van het alcohol- en druggebruik in de Europese landen is lastig te beantwoorden. Tenminste, als we af willen stappen van een eenvoudige extrapolatie van recente ontwikkelingen. Toch is er geen ontkomen aan dat een blik in de toekomst alleen mogelijk is op basis van ervaringen uit het verleden - meer weten we nu éénmaal niet. Met enige slagen om de arm kunnen enkele algemene ervaringsfeiten over verslavingen aan roesmiddelen op een rij worden gezet. Op grond daarvan kunnen voorzichtig enkele voorspellingen worden gedaan.

## ZIJN ER ALGEMENE ERVARINGEN?

① Er bestaan weinig algemene wetmatigheden die een onomstotelijk, oorzakelijk verband leggen tussen een maatschappelijk verschijnsel of gebeurtenis en het gebruik van enig verslavend middel. Verbanden die in een empirisch onderzoek worden gevonden zijn uiteraard van belang voor de actualiteit (en voor historici) maar hebben weinig voorspellende kracht voor de toekomst. Uit het wetenschappelijk onderzoek komt slechts als een krachtige voorspeller voor de aard, de omvang en het effect van het gebruik van verslavende middelen naar voren: de *verwachtingen* die de mensen hebben over het middel en de *waardering* van de effecten van het gebruik ervan (waaronder een afweging van kosten en baten). Als mensen denken dat ze van alcohol agressief worden, dan is de kans dat ze zulk gedrag vertonen na gebruik inderdaad groot. Hetzelfde geldt voor de verwachte 'versuffende' werking van cannabis. Terwijl mensen zullen merken - hoogstens een onaangenaam, misselijk makend gevoel door het inhaleren van de rook. Verwachtingen en waarderingen zijn weerbarstig en moeilijk te beïnvloeden door enige interventie van buitenaf, tenzij die interventie naadloos aansluit op de (latente) motieven en aspiraties van de betrokkenen.

② Elk gebruik (van roesmiddelen) is omgeven door een ingewikkeld stelsel van (informele) gebruiken, regels, sancties, wetten en strategieën van mensen en instellingen die erop

gericht zijn het gebruik aan te wakkeren (commercie) of juist tegen te gaan. Ook illegaal gebruik is in hoge mate gereguleerd door rituelen en sancties. Of het gebruik door anderen en/of de direct betrokkenen als problematisch wordt gezien, is afhankelijk van drie factoren:

1° de mate waarin tussen de gebruiker en het middel een 'verstoorde' relatie is ontstaan, die zich onder andere uit in lichamelijke schade, psychische afhankelijkheid gedragsstoornissen, materiële schade en negatieve juridische consequenties;

2° de mate waarin door de omgeving het desbetreffende middel in een kwaad daglicht wordt gesteld, en er als het ware een verstoorde relatie tussen omgeving en middel bestaat;

3° de mate waarin de omgeving een verstoorde relatie is aangegaan met de gebruiker. De gebruiker c.q. de gebruikersgroep lopen het risico daardoor in een maatschappelijk isolement te geraken en/of daar niet meer uit te komen. Dit laatste kan de binding met het middel doen versterken.

Deze factoren hangen met elkaar samen, maar de wijze waarop is sociaal-historisch specifiek. Het kan zijn dat in het verlengde van een reeds bestaande 'verstoorde relatie' tussen omgeving en gebruiker bovendien een verstoorde relatie tussen omgeving en het middel ontstaat, - iets wat daarvóór niet functioneel zou zijn geweest.

Een voorbeeld ter toelichting: in het midden van de negentiende eeuw bestond in veel Europese landen bij de toenmalige heersers en de gegoede maatschappelijke groeperingen angst voor het ontstaan van revolutionaire bewegingen. De 'onbeschaafde' lagere klassen en standen vormden een gevaar: ze zouden hun zelfbeheersing kunnen verliezen en over kunnen gaan tot ordeverstoringen en opstanden. Niet toevallig werd in deze tijd het sterke drankgebruik (brandewijn e.d.) van het volk stelselmatig bekritiseerd en waar mogelijk aan banden gelegd. Deze drankbestrijding richtte zich dus niet zozeer op de preventie van negatieve effecten van alcoholgebruik als zodanig, maar ontstond in het verlengde van een 'verstoorde relatie' die de heersende groeperingen hadden met de potentieel opstandige bevolkingsgroepen.

③ In het algemeen zijn ideologische/politieke verhoudingen cruciaal voor de mate waarin en de wijze waarop door de dominante groeperingen wordt gereageerd op en geageerd tegen het gebruik van roesverwekkende middelen. Economische belangen kunnen daarbij een belangrijk, achterliggend motief vormen, maar kunnen evengoed volstrekt genegeerd worden: droogleggingen en 'wars on drugs' vormen een grote aanslag op nationale economieën. Morele overwegingen zijn over het algemeen van grote invloed op de beoordelingen van en de reactie op een bepaalde vorm van gebruik. Rationele overwegingen, bijvoorbeeld wat betreft objectieve gezondheidsschade, zijn doorgaans secundair. In onze samenleving bestaat geen direct verband tussen de heftige of gematigde wijze waarop op een bepaalde verslaving wordt gereageerd en de schade daarvan voor de volksgezondheid. Zo wordt er over het algemeen heftiger gereageerd op heroïne- of cocaïnegebruik dan op het roken van tabak, ofschoon het roken veel ernstiger lichamelijke schade berokkent, en dat bovendien bij een aanzienlijk groter deel van de bevolking.

④ Er bestaat een verband tussen de wijze waarop door de omgeving van een gebruiker op het gebruik (en het middel) wordt gereageerd en de mate waarin de gebruiker genooddaakt wordt, of zich genooddaakt voelt, om hulp te vragen en een poging te doen te ontwennen. Gebruikers van harddrugs hebben veel vaker, en ook veel eerder een relatie met een hulpverleningsinstelling dan alcoholisten, terwijl rokers van tabak zelden - vanwege hun verslaving - een hulpvraag stellen. Het aantal alcoholisten dat een hulpvraag stelt heeft na

1950 nauwelijks de stijging in de consumptie gevolgd. Inmiddels staan meer druggebruikers ingeschreven als cliënt in de verslavingszorg dan alcoholgebruikers.

De maatschappelijke integratie van een bepaalde vorm van gebruik gaat hand in hand met de maatschappelijke integratie van de desbetreffende gebruikers. Eveneens is er een positief verband tussen de maatschappelijke integratie van het gebruik en het aantal gebruikers: een verstoorde relatie tussen omgeving en middel c.q. gebruiker voorspelt een relatief groot aantal geheelonthouders.

⑤ Bekeken op (zeer) lange termijn is er sprake van een overwegende toename van beheerst gedrag tegenover roesmiddelen, op basis van zelfbeheersing en een afnemende externe controle. Deze beheersing heeft betrekking op de wijze waarop de gebruikers er zèlf voor kunnen zorgen dat hun gebruik geen of minder negatieve gevolgen heeft voor hun gezondheid en minder botst met de belangen van hun omgeving. Dit betekent niet dat tegelijkertijd het aantal gebruikers daalt of dat de hoogte van de consumptie per hoofd van de bevolking vermindert - het omgekeerde is eerder het geval. Op het eerste gezicht is hier sprake van een grote tegenstrijdigheid, maar dat hoeft niet zo te zijn: wanneer in de samenleving een bepaald middel is geaccepteerd en men er beheerst mee kan omgaan, zal de angst, die rondom het gebruik van dat middel heeft bestaan, afnemen. Dat kan ertoe leiden dat het gebruik zich verspreid onder een grotere groep gebruikers. Beheerst gebruik is niet hetzelfde als geheelonthouding, ook al heeft dat bij bepaalde middelen absoluut de voorkeur.

## KUNNEN VOORSPELLINGEN WORDEN GEDAAN?

Ook al is het wetenschappelijk fundament daarvoor niet zo stevig, het is mogelijk - uitgaande van de voorafgaande stellingen - een blik te werpen in de toekomst:

① We kunnen voorspellen dat een tolerant of liberaal alcohol- en drugbeleid (onbedoeld) het volgende teweegbrengt: a) het aantal consumenten neemt toe; b) de consumptie per hoofd van de bevolking heeft de neiging te stijgen (bij cannabis is dit bijvoorbeeld het geval geweest) hoewel het gemiddelde gebruik per gebruiker de neiging heeft te dalen: de hardnekkige verslaafden worden binnen het gebruikersgebruik een minderheid; c) op termijn leren de meeste gebruikers *beheerst* gebruik te maken van het middel; d) de relatie tussen gebruik en maatschappelijke desintegratie wordt minder vanzelfsprekend; e) de noodzaak tot het stellen van hulpvragen (aan de verslavingszorg) neemt af.

② De vraag naar roesmiddelen zal ook in de nabije toekomst onverminderd groot zijn. Meer in het algemeen is er een groeiende vraag naar psychotrope stoffen die een snel effect teweegbrengen, maar geen nadelige werking (zoals de kans op verslaving) hebben op lange termijn. De eisen die aan de bevolking in de westerse wereld worden gesteld zijn zodanig dat voor het merendeel van de bevolking excessief gebruik van 'zware' middelen al te nadelig is. De consumptie van alcohol en tabak zal op termijn eerder dalen dan stijgen, ongeacht ontwikkelingen in de welvaart. De consumptie van 'harddrugs' (heroïne, cocaïne, amfetamine) kan over een (iets) grotere groep verspreid raken, maar het gemiddelde gebruik zal per gebruiker eerder dalen dan toenemen. Het gebruik van 'lichtere' middelen, die *ontworpen* zijn of worden voor specifieke doeleinden zal in een toenemende belangstelling staan - het gaat hier om varianten op XTC en ander New Age-drugs, van synthetische of biologische herkomst.

Het moderne, westers-georiënteerde leven verlangt van de burgers een hoge mate van zelfbeheersing en 'stressmanagement'. Daarvoor verliezen de 'traditionele' middelen (in het bijzonder tabak, alcohol en ook cannabis) in toenemende mate hun eerder bewezen functionaliteit. Er ontstaat een vraag naar pillen die precies en liefst onmiddellijk 'doen' wat de gebruiker ervan verlangt. Druggebruik zal door een steeds grotere groep worden

ingebred in een op maat gesneden consumptiepatroon van alle mogelijke (voedings)supplementen: van vitamines en mineralen via het hormoon melatonine en anti-stress kruidenmixages tot op zijn tijd een paddestoel, een XTC-pil en alleen bij zeer minder opvallende plaats toebedeeld krijgen. Met de komst van nieuwe, lichtere middelen - middelen waarop het juridische apparaat geen pasklaar antwoord heeft - vervaagt op termijn de grens tussen drugs en psychofarmaca.

③ Gezien de nationale en internationale verhoudingen, ligt het niet voor de hand te verwachten dat harddrugs binnen afzienbare tijd zullen worden gelegaliseerd, nog afgezien van de wenselijkheid daarvan. In dit tijdsgewricht is de bereidheid onder de bevolking tot het nemen van forse maatregelen tegenover de drugshandel en de overlast en het kiezen voor een harde aanpak van druggebruikers groeiende.

De integratie en desintegratie van roesmiddelen gebeurt in grote golven. Hetzelfde geldt voor de bereidheid van de samenleving voor de problematische gebruikers al dan niet aparte voorzieningen te treffen die uitgaan van een begripsvolle benadering.

## TOT SLOT

Vanuit de ervaring dat het gemakkelijk is te beginnen, maar moeilijk te stoppen, was de preventiesector vaak geneigd te opteren voor de meer radicale benaderingen gericht op abstinentie. Het begeleiden van het gebruik als zodanig is lange tijd buiten het preventieve aandachtsveld gebleven. Inmiddels groeit een praktijk waarin er meer oog komt voor de mate waarin en de wijze waarop verantwoord en zelfbewust gebruik mogelijk is en/of kan worden gestimuleerd. Rondom alcohol is deze praktijk min of meer geaccepteerd. Hier wordt de vraag beantwoord of de omstandigheden waaronder wordt gebruikt voldoen aan sociaal- hygiënische standaards en of de kwaliteit van de producten wordt gecontroleerd. Maar rondom drugs bestaat zo'n praktijk in de meeste landen slechts in de fantasie, van kleine groepen opiniemakers. Gecontroleerd gebruik lijkt bij druggebruik wel haast een onmogelijkheid, hoewel de praktijk anders leert. In een aantal Europese landen zal de komende jaren gediscussieerd worden over de vraag of de preventiesector er goed aan doet om ook voor bepaalde vormen van druggebruik de sociaal-hygiënische voorwaarden daarvan te optimaliseren. Bezien vanuit de traditie van de verslavingszorg is het ontmoedigen van het gebruik een van de hoofdtaken van de preventie. En ook vanuit de politiek en de samenleving komen op gezette tijden signalen dat absolute onthouding van (hard)drugs zeer gewenst is. Tegen het voordeel van onthouding van drugs kan, als morele opvatting, niet zoveel worden ingebracht en er ligt zeker een taak voor voorlichters die op de voordelen daarvan wijzen. Echter, vanuit het oogmerk van bescherming van de volksgezondheid en in het bijzonder de jeugdbescherming is het soms zaak zich ook op de gebruikersgroepen te richten. Maar, of voor zo'n benadering de komende jaren - in het Europa van Chirac - veel ruimte zal bestaan, betwijfel ik.

# EVALUATIE VAN ALCOHOL- EN DRUGPREVENTIE

Stephan Van den Broucke

Wetenschappelijk coördinator, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie

## INLEIDING

Overmatig alcoholgebruik en het gebruik van legale en illegale psycho-actieve middelen vormen ernstige problemen voor de volksgezondheid en voor de samenleving. Het problematische karakter van deze middelen is overigens niet direct gerelateerd aan hun legale beschikbaarheid (Garretsen et al., 1997). Zo wordt alcohol in onze maatschappij vrij algemeen aanvaard als genotmiddel, hoewel excessief gebruik ervan vaak leidt tot psychosociale problemen, waaronder alcoholdependentie, depressie, angst en huwelijksproblemen, en tot diverse levens-bedreigende lichamelijke aandoeningen waaronder lever- en pancreasziekten, hersen-beschadiging, maagzweren, gastro-intestinale kanker en andere kankers. Volgens recente epidemiologische gegevens wordt de incidentie van alcoholgerelateerde problemen in België geschat op 310 per 100.000 inwoners (Devroey & Van Casteren, 1997). Aangezien echter deze problemen niet alleen de gebruikers zelf treffen maar ook een effect hebben op hun directe omgeving, zoals het gezin of collega's op het werk, zouden één op tien volwassenen het risico lopen om geconfronteerd te worden met alcoholgerelateerde problemen (WHO, 1991). Ook de bredere samenleving ervaart problemen met alcoholmisbruik, zowel door de kosten voor de opvang en behandeling van mensen met alcoholproblemen als door geweld, verkeers- en andere ongevallen ten gevolge van overmatig drinken.

Bij het gebruik van illegale drugs zijn die maatschappelijke gevolgen nog signifikanter. Volgens schattingen van de wereldgezondheidsorganisatie (1991) zijn ongeveer 1 miljoen Europeanen afhankelijk van illegale psycho-actieve drugs. Omwille van hun illegaal karakter kan het gebruik van deze middelen aanleiding geven tot juridische problemen en tot maatschappelijke overlast in de vorm van kleine en grote criminaliteit, die bij de burgers een groeiend gevoel van onveiligheid creëren. Misbruik van legale geneesmiddelen daarentegen wordt minder ervaren als een maatschappelijk probleem, doch vormt wel een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid.

Om de maatschappij en haar individuen voor deze gevolgen te vrijwaren lijkt preventie een voor de hand liggende strategie. Toch blijft alcohol- en drugpreventie in menig opzicht omstreden. Sommigen vragen zich zelfs af of het misbruik van alcohol en drugs überhaupt *kan* voorkomen worden. Skirrow en Sawka (1987) waarschuwen in dit verband voor overdreven optimisme. Volgens hen zijn verslavingsproblemen inherent aan het menselijk bestaan, omdat mensen in wezen "drug-zoekers" zijn: doorheen de tijd en in alle culturen hebben mensen een affiniteit getoond voor psycho-actieve middelen om hun gevoelens te veranderen en ervaringen op te doen. Een dergelijke fundamentele behoefte tegengaan lijkt dan ook weinig kans te bieden op succes.

Ook de manier waarop aan alcohol- en drugpreventie kan of moet worden gedaan staat nog ter discussie. Nogal wat preventie-initiatieven blijken immers weinig resultaat op te leveren, en sommige benaderingen berokkenen zelfs meer kwaad dan dat ze goed doen (Bagnall & Plant, 1987). En zelfs indien effectieve preventiemethoden worden gehanteerd, dan nog mag men op korte termijn geen drastische resultaten verwachten. Effectieve preventie van alcohol en drugs vraagt immers tientallen jaren (Skirrow & Sawka, 1987).

Is investeren in de preventie van alcoholmisbruik en druggebruik dan wel zinvol? En zo ja, welke benaderingen verdienen de voorkeur? Deze vragen kunnen enkel op een genuanceerde wijze beantwoord worden. Ondanks het feit dat er in de loop der jaren heel wat studies werden verricht naar de effectiviteit van diverse alcohol- en



drugpreventieprogramma's, blijft de onderzoeksevidentie hierover zeer onvolledig en worden vaak tegenstrijdige conclusies getrokken. Dat betekent echter geenszins dat deze wetenschappelijke literatuur moet afgedaan worden als irrelevant, en dat preventiewerkers enkel moeten voortgaan op eigen ervaring of intuïtie om concrete interventies op te zetten. Integendeel: praktijkwerkers kunnen juist de leemten op het vlak van de "harde" onderzoeksevidentie helpen opvullen door zélf meer aandacht te besteden aan evaluatie bij het plannen en implementeren van preventie-programma's.

In deze bijdrage willen we de evaluatie van alcohol- en drugpreventie beschouwen vanuit deze beide perspectieven. Het perspectief van de onderzoeker komt aan bod in de vorm van een overzicht van de belangrijkste onderzoeksresultaten over de effectiviteit van alcohol- en drugpreventie. Het praktijkperspectief krijgt aandacht door de plaats van evaluatie in programma's voor alcohol- en drugpreventie nader te bekijken. Alvorens echter op deze beide aspecten in te gaan zullen we eerst de betekenis van evaluatie in de context van preventie kort situeren.

## DE PLAATS EN BETEKENIS VAN EVALUATIE BIJ PREVENTIE

Niet zonder enig cynisme merken Kreuter en Green (1978) op dat evaluatie in de ogen van preventiewerkers vaak veel weg heeft van een appendix: een aanhangsel van een systeem dat ook zonder dat aanhangsel goed schijnt te werken, waarvan niemand echt goed weet waarvoor het dient, en dat dikwijls pas opgemerkt wordt wanneer er iets fout mee gaat en het de werking van het systeem dreigt te verstoren. Het "systeem" kan in deze vergelijking zowel verwijzen naar het ganse preventiegebeuren als naar concrete preventie-acties: in beide gevallen wordt evaluatie vaak ervaren als een van de praktijk losstaande "onderzoeks"- activiteit die door beleidsvoerders wordt opgelegd en door wereldvreemde wetenschappers wordt uitgevoerd, met als doel acties te kunnen verantwoorden en/of een controle van buitenaf mogelijk te maken. Zo beschouwd levert evaluatie voor de programma-uitvoerders zelf vooral veel (over)last en weinig praktisch voordeel op. En zoals bij een appendix die last berokkent is het "wegsnijden" van evaluatie dan een veel toegepaste remedie!

In feite kan de term evaluatie echter verschillende betekenissen hebben, en afhankelijk van de betrokkene, de schaal en de doelstellingen van de interventie verschillende inhouden krijgen (Nutbeam et al., 1990). Onderzoekers, beleidsverantwoordelijken en praktijkwerkers kunnen elk voor zich zeer valide evaluatievragen stellen en evaluatiedoelstellingen nastreven. In essentie is evaluatie immers het onderzoeken van de performantie of kwaliteit van een programma (Dignan & Carr, 1992). Daarbij zijn een aantal opeenvolgende stappen nodig: eerst moeten, liefst op een zo systematisch mogelijke wijze, relevante kenmerken (variabelen) worden geïdentificeerd die iets zeggen over de kwaliteit van de interventie, vervolgens worden deze variabelen op een objectieve wijze nagegaan ("geoperationaliseerd") door gebruik te maken van kwalitatieve of kwantitatieve (meet)methoden, en tenslotte worden de resultaten van die meting vergeleken met een norm of "standaard". Deze vergelijking laat toe om een (waarde)oordeel te vormen over (aspecten van) de interventie en/of beslissingen te nemen over het verdere verloop ervan.

Met dit laatste zijn meteen ook de twee voornaamste doelstellingen van evaluatie aangegeven. Aan de ene kant kan evaluatie gericht zijn op het *beoordelen van de (gewenste en ongewenste) effecten* van een interventie. De resultaten van de evaluatie kunnen dan onder meer dienen om aan de opdrachtgever(s) verantwoording af te leggen over de geïnvesteerde middelen, maar ook om aan het brede publiek te tonen dat men goed werk heeft geleverd of om over een goede (empirische) basis te beschikken voor het opzetten van nieuwe acties. Bij nieuwe acties zal men immers bij voorkeur die methoden of benaderingen gebruiken die hun effectiviteit bewezen hebben. Daarnaast kan evaluatie echter ook dienen als een *feedback- en beslissingsinstrument* om de eigen werking te verbeteren. Door een programma te evalueren krijgt men immers zicht op de sterke en

zwakke punten ervan en kan men bepaalde aspecten bijsturen of beslissingen nemen over de definitieve programmavorm en -inhoud. Dit verhoogt niet alleen de kwaliteit van de acties, maar ook de deskundigheid van de programma-uitvoerder(s). Kortom, evaluatie heeft niet enkel tot doel om de kwaliteit van acties te bewijzen ("to prove"), maar ook om ze te verbeteren ("to improve") (Stufflebaum, 1978). In het eerste geval spreekt men van *summatieve* evaluatie, in het tweede van *formatieve* evaluatie (Dignan & Carr, 1992; Green & Lewis, 1986).

Gezien de duidelijk verschillende tussen beide evaluatiedoelstellingen lijkt het aangewezen om ze in deze uiteenzetting afzonderlijk te behandelen. In de volgende paragraaf overlopen we eerst de resultaten van (summatief) evaluatie-onderzoek aangaande de effecten van alcohol- en drugpreventie. Daarna gaan we in op de plaats die formatieve evaluatie inneemt bij alcohol- en drugpreventieprojecten in Vlaanderen en in andere landen.

## EFFECTIVITEIT VAN ALCOHOL- EN DRUGPREVENTIE

### ① ALGEMENE EFFECTIVITEIT

Te oordelen naar het aantal wetenschappelijke publicaties dat er de jongste decennia over verschenen is, is de effectiviteit van alcohol- en drugpreventie een vrij "populair" onderzoeks- thema. Daar zijn een aantal goede redenen voor (Skirrow & Sawka, 1987). De belangrijkste reden is wellicht het groeiend besef van de ernst van de alcohol- en drugproblematiek en de eraan verbonden maatschappelijke kosten. In tegenstelling tot vroeger worden alcohol- en drugmisbruik steeds minder beschouwd vanuit een enge klinische visie als "verslavings-problemen", en wordt er veel meer rekening gehouden met hun brede maatschappelijke impact. Daardoor neemt ook de bereidheid toe om effectief iets aan deze problemen te doen. Een tweede reden is dat preventie een duidelijker mandaat heeft gekregen. Sinds het midden van de jaren '70 is het besef gegroeid dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden van curatief optreden, en is onder het motto "voorkomen is beter dan genezen" het geloof in het potentieel van preventief handelen sterk toegenomen. Dit geloof werd verder aangewakkerd door de successen die bereikt werden met preventie van andere problemen (bv. tabaksgebruik). Een derde reden voor meer effectiviteitsonderzoek rond alcohol- en drugpreventie is de vaststelling dat "eenvoudige" oplossingen voor het alcohol- en drugprobleem niet werken. Zo leerden de ervaring met de "prohibition act" in de Verenigde Staten in de jaren '30 (waarbij een totaal-verbod op alcohol werd afgekondigd) en de "oorlog tegen de drugs" in de jaren '80 dat het louter opleggen van gedragsregels op basis van morele principes weinig heilzaam is en integendeel kan leiden tot negatieve effecten zoals illegaal drinken of criminaliteitstoename. Tenslotte werken ook de schaarse middelen in de gezondheids- en welzijnszorg het onderzoek naar de effectiviteit van preventieprogramma's in de hand. In een klimaat dat gekenmerkt wordt door steeds meer competitie voor steeds minder middelen is het logisch dat ook aan preventie-initiatieven kwaliteitseisen gesteld worden, en dat enkel geïnvesteerd wordt in programma's waarvan enig succes kan worden verwacht (Macdonald, 1996).

Men zou denken dat deze onderzoeksinspanningen duidelijke inzichten opleverden over de effectiviteit van alcohol- en drugpreventie. Toch lijken de gegevens op het eerste gezicht nogal tegenstrijdig. Ofschoon er wel degelijk studies zijn waarin significante effecten van interventies op de incidentie of prevalentie van alcohol- of (soft)druggebruik worden gerapporteerd (o.a. Botvin et al., 1990; Hansen, 1992; Kröger, 1994), besluiten de meeste review-artikels met een eerder pessimistische noot. Zo stelt Moskowitz (1989) dat "... little evidence currently exists to support the efficacy of primary (alcohol) prevention programs". Schaps et al. (1981) concluderen uit de evaluatie van meer dan honderd drugpreventieprogramma's dat "over all the programs produced, only minor effects on drug use behaviors and attitudes", en Sirrow en Sawka (1987) besluiten dat "success in

addressing drug problems has, for the most part, been minimal, isolated and due more to serendipity than to the planned application of sound program design principles”.

Die ogenschijnlijke contradicties zijn echter vooral toe te schrijven aan een te algemene formulering van de effectiviteitsvraag. Om een duidelijker antwoord te verkrijgen moeten we die vraag op een aantal punten nuanceren. Met name is het belangrijk te specificeren om welke soort preventiemaatregelen het gaat, op welk niveau effecten worden nagegaan, en bij wie deze effecten worden nagegaan. Deze punten worden hierna verder uitgewerkt.

## ② NUANCERING VAN DE EFFECTIVITEITSVRAAG

Om zicht te krijgen op de effectiviteit van alcohol- en drugpreventie moet men eerst en vooral een onderscheid maken tussen diverse *soorten preventiemaatregelen*. In dit verband worden er in de literatuur verschillende indelingen voorgesteld. Moskowitz (1989) onderscheidt bijvoorbeeld 4 types van interventies:

- het beperken van de fysieke, economische of sociale beschikbaarheid van middelen (bv. reclame voor alcoholische producten beperken);
- het uitoefenen van formele sociale controle (bv. wettelijke sancties voor dronkenschap achter het stuur);
- het veiliger maken van de omgeving (bv. het monteren van airbags in auto's); en
- educatieve interventies (bv. lessen over alcohol op school).

Een aantal van deze types vinden we ook terug bij Skirrow & Sawka, (1987) die vijf strategieën voor alcohol- en drugpreventie vermelden:

- de educatieve strategie, waarbij neutrale informatie wordt aangeboden om mensen aan te zetten tot minder middelengebruik;
- de persuasieve strategie, waarbij naast rationele ook emotionele argumenten worden gehanteerd om mensen te overtuigen tot het verminderen van hun gebruik;
- de vaardigheidsstrategie, waarbij aan mensen vaardigheden worden aangeleerd om hen in staat te stellen zich gezonder te gedragen;
- de facilitatieve strategie, waarbij de omgeving zodanig wordt ingericht dat middelen gebruiken moeilijker en “gezond” gedrag gemakkelijker wordt, en
- de machtsstrategie, die gekenmerkt wordt door het gebruik van of dreigen met sancties t.a.v. middelengebruik.

Deze verschillende interventietypes variëren met betrekking tot de mate waarin ze ruimte laten aan het individu om vrij te beslissen over zijn of haar gebruik van de betreffende middelen. Dit sluit aan bij een meer algemene indeling van preventieve interventies in educatieve en omgevingsgerichte strategieën (Green & Kreuter, 1991; Van den Bergh et al., 1997). De eerste strategie is erop gericht individuen bewust te maken van de nadelen van bepaalde gedragingen, hun attitudes ten aanzien van dit gedrag te veranderen en hen in staat te stellen om te kiezen voor gezond gedrag door hen de nodige vaardigheden aan te leren. De tweede strategie richt zich niet zozeer tot de individuen zelf maar tot factoren in hun fysieke of sociale omgeving die hun gedrag beïnvloeden (bv. beschikbaarheid, wetgeving, sociale normen). Het doel is dan om deze omgeving zodanig in te richten dat gezond gedrag gemakkelijker wordt gemaakt en ongezond gedrag bemoeilijkt wordt of de schadelijke gevolgen ervan worden beperkt. Beide strategieën, toegepast op alcohol- en druggebruik, worden schematisch weergegeven in Figuur 1.

Een tweede nuancering die van belang is bij het nagaan van de effectiviteit van preventie is het *niveau* waarop effecten bereikt worden: gaat het om veranderingen op gedragsniveau (alcohol- of druggebruik), op het niveau van de determinanten van dat gedrag (o.a. kennis, attitudes, sociale normen), of op dat van de gedragsgevolgen (o.a. verslaving, ongevallen, besmetting met het HIV-virus, ...). Een interventie die effectief is op één van deze niveaus is dat niet noodzakelijk voor de andere. Zo kan politiecontrole op dronkenschap achter het

stuur wel effectief zijn om ongevallen te voorkomen, maar niet om de prevalentie van alcoholisme te verminderen.

**Figuur 1: Strategieën voor alcohol- en drugpreventie**

<i>Educatieve strategieën</i>	<i>Individuele determinanten</i>	<i>Omgevings-determinanten</i>	<i>Omgevings-strategieën</i>
Educatie	Kennis	Gebruiks-intenties	Facilitatie
Persuasie	Bewustzijn	Middelen-gebruik	Macht
Vaardigheids-training	Attitudes	Gevolgen	Veilig maken v/d fysische omgeving
	Zelf-effectiviteit		
	Vaardigheden		
		Sociale invloed	
		Voorzieningen	
		Incentives	
		Formele sociale controle	

(Naar Sirrow & Sawka, 1987)

Een derde nuancering betreft tenslotte de *doelgroep* bij wie de effectiviteit van een interventie wordt nagegaan. Sommige preventiemaatregelen beogen een vermindering van alcohol- of druggebruik bij mensen die deze middelen reeds gebruiken, terwijl andere eerder gericht zijn op mensen die (nog) niet gebruiken. Hun effecten zijn dus niet vergelijkbaar. Verder kan men een onderscheid maken tussen interventies bij bepaalde risicogroepen (bv. gezinsleden van alcoholpatiënten) of in de brede populatie. Ook hier zegt succes bij de ene groep niet veel over de effectiviteit van een interventie bij andere groepen.

Wanneer we rekening houden met deze verschillende nuances luidt de vraag niet *of* alcohol- en drugpreventie effectief is, doch eerder *welke* preventiestrategieën *waarop* een effect hebben en *bij wie*. Deze vraag proberen we hierna te beantwoorden op basis van de gegevens die in de literatuur te vinden zijn, waarbij we gemakshalve een onderscheid maken tussen omgevingsgerichte en educatieve preventiestrategieën.

### ③ EFFECTIVITEIT VAN OMGEVINGSMAATREGELEN

Preventie van alcohol- en druggebruik impliceert het veranderen van (gebruiks)gedrag. Vanuit gedragswetenschappelijk onderzoek weten we dat gedrag in belangrijke mate gedetermineerd wordt door antecedenten of consequenten in de omgeving. Met het oog op alcohol- of drugpreventie kan men daarom proberen om in de fysieke of sociale omgeving factoren te voorzien die de consumptie van deze middelen bemoeilijken en alternatief (gezond) gedrag faciliteren. Voorbeelden van dergelijke interventies zijn het verminderen van de beschikbaarheid van alcohol (bv. minder verkooppunten, kortere openingsuren voor cafés), het creëren van voorzieningen voor "gezonde" alternatieven (bv. drugvrije uitgaansmogelijkheden voor jongeren, taxicheques voor dronken chauffeurs), het gebruik

van economische incentives en disincentives (bv. verhogen van alcoholtaks en prijsverlaging voor alcoholvrije drank), het creëren of versterken van (informele) sociale normen die matig alcoholgebruik en onthouding van drugs voorstaan, en het uitoefenen van formele sociale controle (bv. wettelijk sanctioneren van middelenmisbruik). Deze maatregelen hebben vooral tot doel het *gemiddelde* gebruik in de populatie te verlagen, eerder dan het problematische gebruik te elimineren. Op basis van het zogenaamde "single distribution model" (Ledermann, cit. in Garretsen, 1997) neemt men echter aan dat een lager gemiddeld consumptieniveau ook leidt tot verlaging van het aantal excessieve gebruikers.

De effectiviteit van dergelijke omgevingsmaatregelen werd vooral nagegaan in het kader van alcoholpreventie. Voor een uitgebreid overzicht van de literatuur hierover verwijzen we naar Moskowitz (1989), Saltz (1988) en Pandelaere et al. (1997). De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek zijn als volgt samen te vatten.

- Maatregelen die effectief blijken om de (gemiddelde) *alcoholconsumptie* te verlagen zijn het verminderen van het aantal verkooppunten, het verminderen van de verkoop via self-service, het verhogen van de minimumleeftijd om te mogen drinken, het manipuleren van de inrichting van cafés en bars (bv. geen live muziek of dansgelegenheid aanbieden), en het verhogen van de prijs voor alcoholische dranken. Deze laatste maatregel is wellicht de meest effectieve (Ashley & Rankin, 1988), doch geldt vooral voor de consumptie van geestrijke dranken en slechts in mindere mate voor bier (Ornstein, 1980). Prijsverhoging blijkt ook een grotere invloed te hebben op het alcoholconsumptiepatroon van jongeren dan op dat van volwassenen.
- Er is duidelijke evidentie dat ook de alcoholgerelateerde mortaliteit door *levercirrose* verminderd wordt door het verhogen van de prijs van alcoholische drank.
- Effectieve maatregelen ter vermindering van de incidentie van *verkeersongelukken* door rijden onder invloed zijn de verhoging van de minimumleeftijd om te drinken en het verhogen van de alcoholprijs.

Van andere omgevingsmaatregelen zijn de effecten op alcoholconsumptie en de gevolgen ervan minder duidelijk. Zo blijkt reclame slechts een minieme invloed te hebben op het verkoopsvolume van alcoholische drank (Ashley & Rankin, 1988), wat doet twifelen aan de effectiviteit van een restrictie op alcoholreclame als preventiemiddel. Anderzijds kan een marginale wijziging in de verkoopspercentages wel belangrijk zijn voor de totale consumptie op populatieniveau. Ook het effect van prijsverlaging voor alcoholarme drank op de alcoholconsumptie is niet éénduidig, omdat het lagere alcoholgehalte kan gecompenseerd worden door meer te drinken (Short & Vogel-Sprott, 1981). Tenslotte blijkt de effectiviteit van formele sociale controle afhankelijk te zijn van de mate waarin deze congruent is met de informele sociale normen en van adequate communicatie. Om een effect te hebben op (de gevolgen van) alcoholconsumptie moeten wettelijke sancties dus niet alleen duidelijk zijn voor de doelgroep, maar moeten ze ook aansluiten bij de geldende informele sociale normen en deze verder versterken.

#### ④ EFFECTIVITEIT VAN EDUCATIEVE MAATREGELEN

Alcohol- en drugeducatie in de brede betekenis van het woord kan omschreven worden als het proces waarbij leden van de doelgroep bewust worden gemaakt van de schadelijke effecten van alcohol- of druggebruik, gestimuleerd worden om een eigen standpunt in te nemen, en vaardigheden aangereikt krijgen om weerstand te bieden tegen sociale invloeden die aanzetten tot middelengebruik (Bagnall & Plant, 1987; Moskowitz, 1989). Educatieve interventies gaan uit van de "verantwoordelijke keuze" van individuen en zijn dus veel minder intrusief dan omgevingsmaatregelen, die vaak beschouwd worden als een beperking van de individuele keuzevrijheid. Mede daardoor worden educatieve maatregelen ook gemakkelijker aanvaard door beleidsverantwoordelijken en door concurrerende actoren

zoals de reclame-industrie. Jammer genoeg blijken ze echter over het algemeen ook veel minder effectief te zijn.

Niet dat educatie helemaal geen effect heeft. De meeste onderzoeken bevestigen immers dat voorlichting en opvoeding over alcohol en drugs leidt tot meer kennis en tot een gewijzigde attitude tegenover deze middelen (Bangert-Drowns, 1988; Berberian et al., 1976; Moskowitz, 1989; Schaps et al., 1981; Tobler, 1986). Op niveau van de gedragsdeterminanten zijn educatieve interventies dus wel degelijk effectief. Dit zegt echter nog niets over hun effecten op het feitelijke gebruik van alcohol of drugs. Wat dit laatste betreft zijn de resultaten veel minder positief. Zo stelden Berberian et al (1976) bij een review van 27 effectiviteitsstudies van programma's voor drugeducatie op school in slechts twee programma's effecten terug op gedragsniveau. Met betrekking tot alcoholeducatie vonden Staulcup et al. (1979) bij een review van 21 evaluatiestudies geen enkel verband tussen kennis- of attitudewijziging en vermindering van de alcoholconsumptie. Ontnuchterend zijn ook de resultaten van een meta-analyse van 33 evaluatiestudies in verband met alcohol- en drugeducatie op school (Bangert-Drowns, 1988), waaruit blijkt dat dergelijke programma's vooral leiden tot een significante toename van kennis in verband met drugs (effectgrootte van 0.76 SD) en in iets mindere mate tot een attitude-wijziging (effectgrootte van 0.34 SD), doch dat de effecten op het feitelijke consumptiegedrag gemiddeld genomen niet significant afwijken van nul (effectgrootte van 0.12 SD). Dezelfde resultaten worden ook gerapporteerd voor massamediale educatieve interventies: zij hebben wel een effect op kennis, maar niet op gedrag (Moskowitz, 1989).

Ook op alcohol- en druggerelateerde problemen zoals rijden onder invloed blijkt educatie weinig effect te hebben. Massamediale campagnes blijken hier wel in beperkte mate succes op te leveren, op voorwaarde dat ze aansluiten bij bestaande sociale normen (Moskowitz, 1989). Anderzijds zijn er aanwijzingen dat in bepaalde gevallen educatie juist aanleiding kan geven tot een toename van alcohol- of druggebruik (Schaps et al., 1981). Begrijpelijkerwijze concluderen Bagnall en Plant (1987) dan ook dat "evidence on the effectiveness of drug and alcohol education makes depressing reading" (p. 418).

Toch mag men alle educatieprogramma's niet over één kam scheren. Verschillende studies tonen immers aan dat hun succes ook afhangt van wie het programma aanbiedt. Programma's die geleid worden door leeftijdgenoten of leden van het eigen gezin blijken relatief betere resultaten op te leveren dan programma's die aangeboden worden door leerkrachten of andere "gezagsfiguren" (Botvin et al., 1990; Schaps et al., 1981). Bangert-Drowns (1988) berekende dat het inschakelen van leeftijdgenoten ("peers") voor alcohol- en drugeducatie de effecten op vlak van attitudewijziging significant doet toenemen (gemiddelde effectgrootte van 0.68 SD versus 0.26 bij programma's geleid door volwassenen). Die grotere effectiviteit komt wellicht doordat deze interventies niet enkel kennis en vaardigheden aanbrenge bij individuen, maar ook gebruik maken van de sociale invloed die uitgaat van leeftijdgenoten. Dit laat toe te besluiten dat educatieve interventies effectiever worden naarmate ze rekening houden met sociale invloeden als determinanten van gedrag en erin slagen om sociale normen te beïnvloeden (Moskowitz, 1989).

## 5 COMBINATIE VAN STRATEGIEËN

In de voorgaande paragrafen hebben we omwille van de duidelijkheid een onderscheid gemaakt tussen omgevingsgerichte en educatieve strategieën voor alcohol- en drugpreventie. Beide benaderingen worden vaak tegenover elkaar gesteld, vanuit de idee dat slechts één van beide de "beste" is. Dit is echter een verkeerde redenering: het is voor de praktijk vaak juist zinvoller om verschillende strategieën met elkaar te combineren. Immers, niet alleen worden verschillende mensen door verschillende strategieën aangesproken, maar bovendien kan de interactie tussen verschillende benaderingen de effecten van afzonderlijke acties versterken. Daar waar educatieve interventies op zich onvoldoende blijken om een gedragsverandering te bewerkstelligen, kunnen ze aangevuld

worden met omgevingsinterventies om de beoogde gedragseffecten wel te bereiken. Omgekeerd wordt de kans op succes van omgevings-interventies groter wanneer deze ondersteund worden door informatie- en sensibilisatie-campagnes die bijdragen tot de veranderingen van sociale normen en attitudes ten aanzien van middelengebruik (Saltz, 1988).

In de praktijk worden gecombineerde benaderingen nog vrij weinig gebruikt bij gezondheids-bevordering (Jonkers et al., 1988), en naar we mogen aannemen geldt dat eveneens voor alcohol- en drugpreventie. Dat maakt dat ook het onderzoek naar de effectiviteit van gecombineerde interventies schaars is. Toch suggereren de beschikbare gegevens dat zulke combinaties veelbelovend zijn. Zo besluit Hansen (1992) op basis van een review van de onderzoeksliteratuur over de effectiviteit van alcohol- en drugpreventieprogramma's gepubliceerd tussen 1980 en 1990 dat "the most promising strategy appears to be a comprehensive one including multiple components representing a wide variety of approaches to prevention" (p. 426). Een dergelijke combinatie kan er bijvoorbeeld uit bestaan dat alcohol- en drugeducatieprogramma's geleid door leeftijdgenoten en met betrokkenheid van ouders gecombineerd worden met beleidsmatige preventie maatregelen (bv. accijnzen op alcohol, beperkte openingstijden, controle op dronkenschap achter het stuur) en ondersteund worden door een massamediale sensibilisatiecampagne. Bij een dergelijke interventie kunnen ook bar- en caféhouders ingeschakeld worden en mits de nodige training in de omgang met hun klanten bijdragen tot een "preventief" sociaal klimaat (Saltz, 1988).

Het op deze wijze integeren van verschillende strategieën kadert binnen de zogenaamde "community"-benadering in gezondheidspromotie, waarbij gezondheidseducatieve maatregelen op het niveau van de lokale leefgemeenschap gecombineerd worden met methoden voor gemeenschapsorganisatie zoals participatie, sociale netwerking en intersectorale samenwerking. De ervaring met deze benaderingen leert dat dergelijke gecombineerde interventies mét betrokkenheid van de doelgroep leiden tot een betere identificatie van de doelgroep met de acties en zo bijdragen tot een grotere effectiviteit (van Assema & Willemsen, 1993).

## DE EVALUATIEPRAKTIJK OP VLAAK VAN ALCOHOL- EN DRUGPREVENTIE

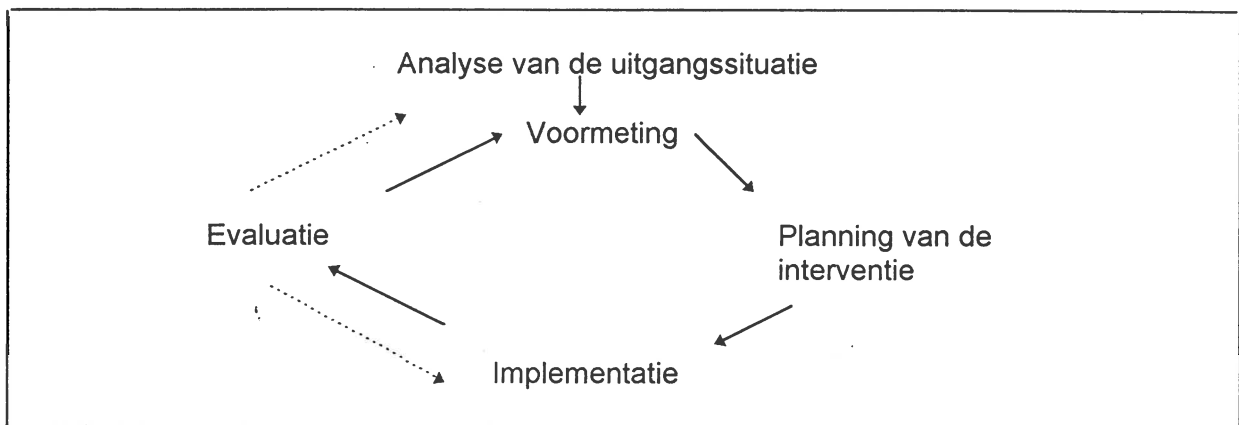
Een steeds weerkerende vaststelling in de literatuur over de effectiviteit van alcohol- en drugpreventie is dat de kwaliteit van evaluatiestudies vaak veel te wensen overlaat. De belangrijkste kritieken betreffen onder meer de onduidelijke doelstellingen, het gebrek aan informatie over de programma-inhouden, onvoldoende specificatie van de onderzoeksopzet, inadequate onderzoeksdesigns om verantwoorde conclusies te kunnen trekken over effectiviteit, en de onbetrouwbaarheid van de gehanteerde effectmetingen (Bangert-Drowns, 1988; Moskowitz, 1989; Schaps et al., 1981). Vanuit een wetenschappelijk standpunt bekeken zijn deze kritieken natuurlijk terecht. Om gelegitimeerde uitspraken te kunnen doen over de vraag welke soorten interventies effectief zij en welke niet is inderdaad objectief, goed gecontroleerd en valide onderzoek vereist.

Zoals echter in paragraaf twee werd aangegeven liggen de doelstellingen van praktijkwerkers inzake evaluatie vaak anders. Hun voornaamste bekommernis is niet zozeer om inzicht te verwerven in de effectiviteit van interventies - dat laten ze graag aan de wetenschappers over - maar om de kwaliteit van hun programma's te verbeteren. Evaluatie wordt dan niet gehanteerd als een "wetenschappelijk" onderzoek, maar als een feedback- en beslissingsinstrument dat toelaat de sterke en zwakke punten van een programma te detecteren en indien nodig te remediëren. Dit veronderstelt echter dat evaluatie geïntegreerd wordt in de praktijk en een essentieel onderdeel vormt van preventieprogramma's. Die integratie van evaluatie in programma's komt duidelijk tot uiting

in de bestaande planningsmodellen voor preventie en gezondheidsbevordering (o.a. Green & Kreuter, 1991; Dignan & Carr, 1992), waarin het plannen, implementeren en evalueren van projecten voorgesteld wordt als een cyclisch gebeuren en de feedback die op basis van (formatieve) evaluatie wordt verkregen gebruikt wordt om nieuwe interventies op te zetten. Dit proces wordt schematisch weergegeven in Figuur 2.

Overigens mag men uit dit schema niet afleiden dat evaluatie iets is dat achteraan komt in het proces. In feite moet men er van bij het begin expliciet aandacht aan geven. Dit houdt in dat van bij de planningsfase naast de formulering van concrete doelstellingen en de keuze van methoden om die doelstellingen te realiseren ook wordt aangegeven wanneer en hoe men wil nagaan (evalueren) of de vooropgestelde doelen ook bereikt worden.

**Figuur 2: Plaats van evaluatie in de preventiepraktijk**



Over het principe van dergelijke planningsmodellen en meer specifiek de plaats van evaluatie erin bestaat nog weinig discussie. De vraag is echter of ze ook in de praktijk worden gebracht. Die vraag is niet zo gemakkelijk te beantwoorden: juist omdat formatieve evaluatie bedoeld is voor "interne" kwaliteitsbevordering en niet voor wetenschappelijke doeleinden worden de resultaten ervan niet altijd au sérieux genomen. Voor zover er al over gepubliceerd wordt, gaat het doorgaans over voorbeelden van "goede praktijk" en dus eerder om uitzonderingen dan over de feitelijke toestand. De algemene indruk is evenwel dat evaluatie in de praktijk van alcohol- en drugpreventie nog onvoldoende aan bod komt. Skirrow en Sawka (1987) vermelden in dit verband dat "de betrouwbare technieken die beschikbaar zijn zelden worden toegepast op een geplande, geïntegreerde en geconcerteerde manier en onvoldoende lang worden toegepast om succesvol te zijn. Nog minder vaak worden zulke gecombineerde inspanningen adequaat geëvalueerd" (p. 173). Saltz (1988) besluit dat "vele programma's enkel geëvalueerd worden na de feiten en enkel op een descriptieve en cursorische manier" (p 75).

Ook wat de situatie in Vlaanderen betreft beschikken we niet over exacte gegevens die ons toelaten om de huidige status van evaluatie in de praktijk van alcohol- en drugpreventie in te schatten. Wel blijkt uit een eigen onderzoek naar de planningskwaliteit van een 140-tal projectvoorstellen rond gezondheids promotie (Van den Broucke et al., 1995) dat proces- en effectevaluatie door de band genomen de zwakste elementen zijn van gezondheids promotie-projecten in Vlaanderen. Met name de aanduiding van de procedures voor proces- en effectevaluatie, de mogelijkheid tot bijsturen van de acties en het uitvoeren of voorzien van een voormeting en follow-up-meting voldoen niet aan de gebruikelijke criteria. In ruim de helft van de projecten wordt zelfs helemaal geen informatie gegeven over de (geplande) effectevaluatie.

Die vaststelling wordt bevestigd in een recent onderzoek van Drijkoningen (1997), waarbij voor 35 gezondheids promotieprojecten (waaronder 5 betrekking hadden op



middelengebruik) werd nagegaan in welke mate het aspect evaluatie in de projectwerking was ingebouwd. Uit de analyse bleek dat voor 10 van de 35 projecten geen enkele vorm van evaluatie plaatsvond. Bij 19 projecten was er sprake van een procesevaluatie, die echter in de meeste gevallen beperkt bleef tot een documentenanalyse. Slechts voor 4 projecten (waarvan geen enkel op het vlak van middelengebruik) vond een effectevaluatie plaats.

Deze gegevens tonen aan dat bij gezondheidspromotie en preventie in Vlaanderen evaluatie nog lang geen professionele routine is. Als belangrijkste redenen hiervoor worden een tekort aan personeel, financiële middelen en (wetenschappelijke) deskundigheid vernoemd. Om (formatieve) evaluatie een duidelijkere plaats te geven in de preventiepraktijk is dan ook een toenadering nodig tussen onderzoek en praktijk. Dit veronderstelt zowel een andere opstelling vanwege onderzoekers als vanwege praktijkwerkers. Onderzoekers dienen zich minder op te stellen als experts en meer als facilitatoren die voor de praktijk bruikbare evaluatiemethoden overdragen en de toepassing ervan ondersteunen. Van hun kant mogen praktijkwerkers zich niet langer opstellen als passieve ontvangers van wetenschappelijke kennis, doch hebben ze er alle belang bij om actief mee te werken aan praktijkgeoriënteerd onderzoek dat hun werking wetenschappelijk onderbouwt.

## CONCLUSIE

In deze bijdrage hebben we een overzicht geboden van de stand van zaken rond evaluatie van alcohol- en drugpreventie. Daarbij hebben we zowel aandacht besteed aan de inzichten rond de effectiviteit van alcohol- en drugpreventieprogramma's die voortvloeien uit summatieve evaluatie als aan de plaats van formatieve evaluatie in de praktijk van alcohol- en drugpreventie. Wat het eerste betreft blijkt uit de analyse van de internationale literatuur terzake dat vooral veel heil te verwachten valt van een combinatie van maatregelen gericht op het veranderen van de fysieke en sociale omgeving en van educatieve maatregelen gericht op gedragsverandering bij de (potentiële) gebruiker. Daarbij is samenwerking met de onmiddellijke sociale omgeving en het inschakelen van leeftijdgenoten als medium voor educatieve acties een belangrijke voorwaarde voor effectiviteit. Bij het in de praktijk brengen van die maatregelen is het voorts belangrijk om proces- en effectevaluatie in te bouwen als feedback- en beslissingsinstrument, met als doel de kwaliteit van preventieprogramma's te bevorderen.

Goede wijn behoeft geen krans, maar anderzijds lijkt het toch verstandig om goede preventieprojecten, die gestoeld zijn op wetenschappelijke inzichten over effectiviteit en aandacht besteden aan evaluatie van de werking, te voorzien van een kwaliteitslabel. En als we het dan toch hebben over alcohol en drugs, ligt de keuze van een "appellation controlé" voor dergelijke projecten dan niet voor de hand?

## REFERENTIES

- Ashley, M.J. & Rankin, J.G. (1988). A public health approach to the prevention of alcohol-related problems. *Annual review of Public health*, 9, 233-271.
- Bagnall, G. & Plant, M.A. (1987). Education on drugs and alcohol: past disappointments and future challenges. *Health Education Research*, 2, 417-422.
- Bangert-Drowns, R.L. (1988). The effects of school-based substance abuse education - a meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 243-264.
- Berberian, R.M., Gross, C., Lovejoy, J. & Paparella, S. (1976). The effectiveness of drug education programs: a critical review. *Health Education Monographs*, 4, 377-398.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Devroey, D. & Van Casteren, V. (1997). De opvang van patiënten met problemen van drankmisbruik door de huisarts. Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid Louis Pasteur.
- Dignan, M.B., & Carr, P.A. (1992). *Health Education and Promotion (2nd Edition)*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Drijkoningen, C. (1997). Evaluatie van projecten in Vlaanderen: een bos zonder bomen? Proefschrift aangeboden in het kader van de G.A.S Gezondheidsbeleid, Universitaire Instelling Antwerpen, Departement Sociale Geneeskunde.
- Garretsen, H., van de Goor, I., van Oers, H. & Bongers, I. (1997). Het Nederlands alcoholpreventiebeleid: theorie en praktijk. *De Psycholoog*, , 151-157.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1991). *Health Promotion Planning: an Educational and Environmental Approach*. Mountain View: Mayfield.
- Green, L. & Lewis, F.M. (1986). *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion*. Palo Alto: Mayfield.
- Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430
- Jonkers, R., Liedekerken, P.C., de Haes, W.F.M., Kok, G.J. & Saan, J.A.M. (1988). Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsvoorlichting.
- Kreuter, M.W. & Green, L.W. (1978). School health education: identifying purpose, keeping perspective. *Journal of School Health*, 48, 228-235.
- Kröger, C.B. (1994). Drug abuse: a review of the effectiveness of health education and health promotion. Woerden: International Union for Health Promotion and Education, Regional Office for Europe.

Macdonald, G. (1996). Quality indicator and health promotion effectiveness: the need to marry the two. Paper presented at the 3rd European Conference on the effectiveness of Health Education and promotion, Turin, September 12-14.

Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-88.

Nutbeam, D., Smith, C. & Catford, J. (1990). Evaluation in health education: a review of progress, possibilities, and problems. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44, 83-89.

Ornstein, S.I. (1980). Control of alcohol consumption through price increases. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 807-818.

Pandelaere, M., Van den Broucke, S. & Van Den Bergh, O. (1997). Het effect van omgevings-interventies op gezondheidsgerelateerd gedrag. In *Preventieve Gezondheidszorg: Vlaams Preventiecongres 1997* (pp. 668-688). Diegem: Kluwer.

Saltz, R.F. (1988) Research in environmental and community strategies for the prevention of alcohol problems. *Contemporary Drug Problems*, 14, 67-80.

Shorttt, R.G. & Vogel-Sprott, M.D. (1981). Monitoring blood alcohol concentrations: hypotheses and implications for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 350-354.

Schaps, E., DiBartolo, R., Moskowitz, J., Palley, C.S. & Churgin, S. (1981). A review of 127 drug abuse prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues*, 11, 17-43.

Skirrow, J. & Sawka, E. (1987). Alcohol and drug abuse prevention strategies - an overview. *Contemporary Drug Problems*, 13, 147-241.

Staulcup, H., Kenward, K., & Frigo, D. (1979). A review of federal primary alcoholism prevention projects. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 943-963.

Stufflebaum, D.L. , e.a. (1971). *Educational Evaluation and Decision Making in Education*. Itasca: Peacock.

Tobler, N.S. (1986). A meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.

van Assema, P. & Willemsen, M. (1993). Community-projecten. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (red), *Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering* (pp. 398-417). Assen: Van Gorcum.

Van Den Bergh, O., Van den Broucke, S. & De Wit, R. (1997). Tegen beter weten in: het verschil tussen weten en doen bij gezondheidsbevordering. In *Preventieve Gezondheidszorg: Vlaams Preventiecongres 1997* (pp. 653-667). Diegem: Kluwer.

Van den Broucke, S., Lenders, F. & Vinck, J. (1995). De kwaliteit van de planning van gezondheidspromotieprojecten in Vlaanderen. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering*, 16, 150-162.

WHO (1991). *Health for all targets: the health policy for Europe*. Updated edition, Sept. 1991. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

# VOORSTELLING PREVENTIEKADER FRITS DE CAUTER

## STRATEGISCHE WEGEN BANEN

Marc Tack  
preventiewerker CAT

Tekst overgenomen uit: Methodiek van de preventieve projectwerking: Frits De Cauter, Acco, 1990

### DE PREVENTIESTRATEGIE GESITUEERD OP DRIE DIMENSIES

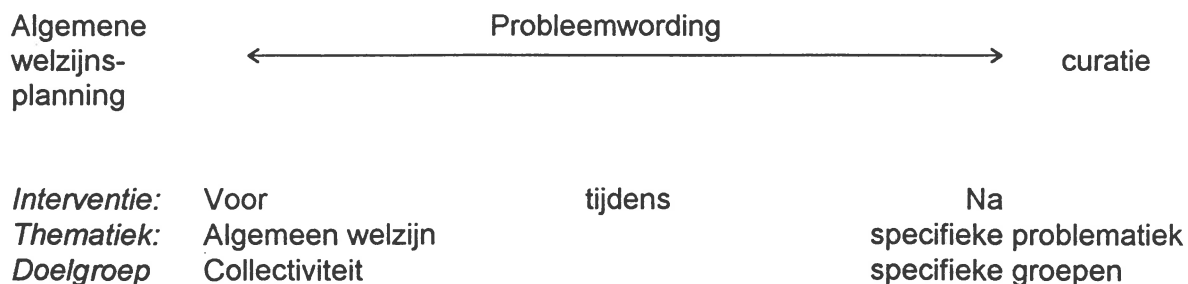
Een algemeen-preventieve aanpak kan men typeren aan de hand van drie dimensies (naar De Cauter & Walgrave, 1984, 43-54). Een eerste dimensie geeft een aanduiding van het *tijdstip waarop men ingrijpt* in de probleemwording. Men kan ingrijpen voor, tijdens of na de manifestatie van een probleem. Een tweede dimensie typeert de *focus* van de algemeen-preventieve interventie: men kan problemen proberen te voorkomen door veranderingen te bewerkstelligen in de personen en/of in de structurele context. Een derde dimensie wil het *karakter van de ingreep* typeren: een probleem wordt voorkomen door de gedragsmogelijkheden te beperken (defensief) dan wel door de gedragsalternatieven uit te breiden (offensief).

### HET TIJDSTIP VAN DE INTERVENTIE: ALGEMENE WELZIJSPLANNING VERSUS CURATIE

Indien men ingrijpt voor er van enig probleem sprake is, dan komt men in de sector van een *algemene welzijnsplanning*. Een optimaal beleid dat zoveel mogelijk welzijn produceert voor zoveel mogelijk mensen, is wellicht nog het meest algemeen-preventief. Aan de andere kant van de tijdslijn is de problematiek tot volle ontwikkeling gekomen of uit de hand gelopen en komt men in de sector van de *curatie* (behandeling of hulpverlening). Tussen deze twee limieten, welzijns planning en curatie, bewegen ons op het terrein van de algemene preventie.

#### ① HET CONTINUÛM VAN DE PROBLEEMWORDING

Figuur 1



De tijdsindeling van de preventieve ingreep wordt meestal aangegeven met de termen *primaire, secundaire en tertiaire preventie*. Deze begrippen zijn afkomstig van preventie in een medisch kader en zijn daarom niet altijd even toepasselijk in een sociale context. Zo

bijvoorbeeld zal tertiaire preventie in de zin van het beperken van de negatieve gevolgen van een blijvend letsel in een sociale context een andere invulling moeten krijgen.

Naarmate men voortschrijdt op de tijdslijn van de probleemwording wordt de *thematiek van de preventieve actie* alsmaar specifiekere. Voor de probleemwording is de invalshoek van preventie veel algemener en ruimer (bijvoorbeeld sociale weerbaarheid) dan na de probleemwording (bijvoorbeeld drugverslaving).

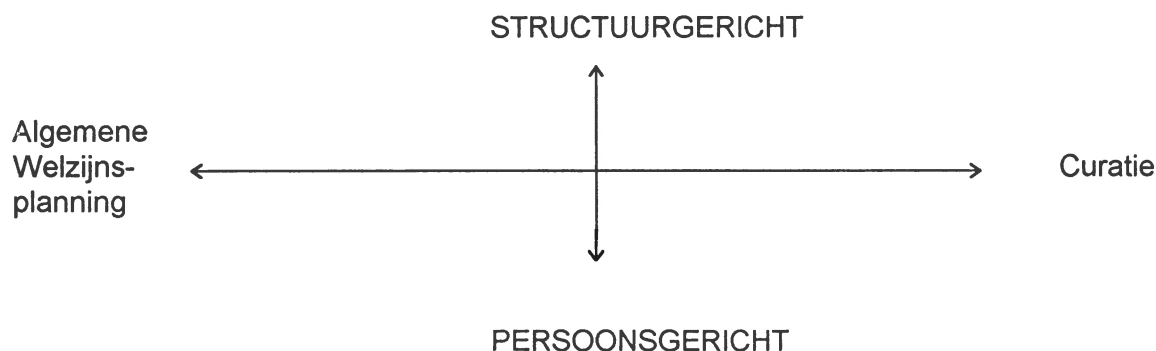
Naarmate het probleem zich ontwikkelt wordt ook de *doelgroep* alsmaar specifiekere, dit wil zeggen meer afgebakend en kleiner. Men kan zich bijvoorbeeld richten naar alle jongeren, naar specifieke (risico)groepen van jongeren of naar die jongeren die reeds met de problematiek geconfronteerd worden.

In project A had men de bedoeling om via het aanreiken van objectieve informatie over de alcoholproblematiek alle jongeren uit een bepaalde regio in staat te stellen tot zelfregulatie te komen. Men wou verder de jongeren ook sociaal weerbaarder maken. Deze actie richtte zich in de eerste plaats naar alle jongeren van een bepaalde regio, als potentiële druggebruikers (primaire preventie). Naast deze doelgroep wilde men ook druggebruikers (secundaire preventie) en eventuele verslaafden (tertiaire preventie) tot een andere opstelling bewegen.

## ② DE FOCUS VAN DE ALGEMEEN-PREVENTIEVE INTERVENTIE: PERSOONSGERICHT EN/OF STRUCTUURGERICHT

De focus van de algemeen-preventieve actie kan twee vormen aannemen. Men kan veranderingen nastreven in de persoon zelf (persoonsgerichte preventie) of in het structureel kader waarbinnen hij zich beweegt (structuurgerichte preventie).

Figuur 2: De focus van de algemeen-preventieve actie



In de *persoonsgerichte preventieve actie* richt men zich tot een groep van personen met de bedoeling bij deze subjecten een 'interne' verandering tot stand te brengen. Door deze interne veranderingen hoopt men dat jongeren de gevaren (bijvoorbeeld een alcohol- of andere drugverslaving) zullen kennen en vermijden. Men kan ook beogen de personen beter te wapenen of weerbaar te maken tegen mogelijke confrontaties met de problematiek (bijvoorbeeld het leren respecteren en tolereren van andere levensstijlen).

Een algemeen-preventieve actie kan ook veranderingen beogen op het organisatorisch vlak. Een *structuurgerichte preventieve actie* kan veranderingen bewerkstelligen op meso-niveau, d.w.z. op het niveau van de diensten of organisaties.

Project F probeerde het schoolmilieu te beïnvloeden, opdat het beter aangepast zou zijn aan de noden en behoeften van de kansarme buurtkinderen.

Een structuurgerichte verandering kan ook veranderingen nastreven op *macro-niveau*. In dit soort acties wordt de ruimere context, de samenleving geïmagineerd.

In project E heeft men, via een studiedag, het lokaal drugpreventiebeleid proberen te beïnvloeden. Daarbij werd de problematiek opengetrokken naar een algemeen welzijnsbeleid voor alle jongeren van een bepaalde regio.

### ③ HET KARAKTER VAN DE ALGEMEEN-PREVENTIEVE ACTIE: OFFENSIEF EN/OF DEFENSIEF

Om een verandering te bewerkstelligen kan men *grosso modo* twee wegen bewandelen. Men kan de manifestatie van een problematiek in de toekomst proberen te voorkomen door mogelijkheden in te perken (defensief), dan wel door nieuwe alternatieven aan te reiken (offensief).

#### • *Defensieve preventie*

Men kan ervan uitgaan dat de mens moet behoed worden voor een aantal gevaren die hem bedreigen. De problematiek is uit de hand gelopen en men voelt zich verplicht om drastisch in te grijpen. Met dergelijke *defensieve ingreep* wil men de *problematiek krachtadig een halt toeroepen*. In deze optiek zal men de betrokkenen *waarschuwen* voor de mogelijke gevaren van bijvoorbeeld 'rijden onder invloed van alcohol'; Deze waarschuwende vinger is nog vrijblijvend, maar de *preventieve controles en de eventuele sancties* die men opgelegd krijgt, zijn dat minder.

Bij een defensieve preventie wil men *bepaalde gedragingen en/of de structurele mogelijkheden om een bepaald gedrag te stellen inperken*. De bewegingsruimte van de gedragsalternatieven wordt beperkt in functie van een *vooropgestelde norm*. Deze norm wordt *van boven af bepaald en opgelegd* en iedereen wordt aangemaand zich aan deze norm aan te passen. Wie zich niet wil of kan aanpassen, wordt geïmagineerd. Niet de samenleving die de norm stelt, maar het individu dat er niet aan beantwoordt (of er niet kan aan beantwoorden) wordt voorwerp van preventie.

In deze aanpak dreigt dan ook voortdurend het *gevaar van individualisering van problemen en het verduisteren van de maatschappelijke basis* van de problematiek. In het gegeven voorbeeld zou dit kunnen betekenen, zoals vroeger inderdaad het geval was, dat men het alcoholprobleem toeschrijft aan het individu "dat geen meester is van zichzelf", zonder daarbij in rekening te brengen dat alcohol een algemeen aanvaarde drug is, dat de reclame alcoholgebruik stimuleert, dat alcoholgebruik dus samenhangt met aanzienlijke economische belangen, dat een aantal maatschappelijke problemen (bijvoorbeeld werkloosheid) alcoholgebruik in de hand kunnen werken, dat het wel eens zou kunnen dat onze maatschappelijke organisatie dergelijk vluchtgedrag nodig heeft, enz.

#### • *Offensieve preventie*

In de *offensieve preventie* gaat men ervan uit dat problemen het best kunnen worden aangepakt door de zelfstandigheid en de zelfstandige keuze van de mens te bevorderen. De handelingsruimte van de mens moet niet ingeperkt, maar verruimd worden. De mens kan in deze optiek *meer handelingsruimte verwerven en benutten*, als hij *weerbaar* gemaakt wordt tegen een aantal problemen die hem belagen.

Door het aanbieden van toekomstperspectieven en de jongeren in staat te stellen een positief beeld te ontwikkelen, wou men in project D een groep maatschappelijk kwetsbare jongeren nieuwe gedragsalternatieven aanbieden.

Vroeger ging men ervan uit dat het rookgedrag van jongeren het best kon beïnvloed of voorkomen worden door hen te wijzen op de gevaren die eraan verbonden waren. De voorlichtingscampagnes toonden dan ook zwarte longen, en alle mogelijke afschuwelijke ziektes die men kon oplopen ten gevolge van het gebruik van tabak. Men heeft echter moeten vaststellen dat dergelijke *defensieve campagnes* weinig effect hadden, omdat de jongeren zich blijkbaar niet erg druk maakten over wat er van hen en hun longen zou worden over tien of twintig jaar. Men heeft het dan maar over een andere boeg gegooid en aansluiting gezocht bij de *belevingswereld van de jongeren*. Niet de gevolgen in een verre toekomst, maar het geluk hier en nu, kwamen centraal te staan. Nu worden sportieve jongeren getoond, blaken van gezondheid, die uitermate succesvol zijn bij het andere geslacht en ongelooflijk veel lol hebben. Die benijdenswaardig gelukkige reclamejongeren, waarmee andere jongeren zich kunnen identificeren, hebben geen tabak nodig om dat geluk te verwerven, integendeel. Met dit voorbeeld willen we aangeven dat men met een offensieve campagne evenveel en soms meer effect kan bereiken, dan met de waarschuwendende vinger.

Om een grotere handelingsruimte te verwerven, kan men ook de *draaglast verminderen door kwetsende structuren en welzijnsbelemmerende dynamieken af te bouwen*. Hierdoor komt er meer ruimte om van het bestaande maatschappelijk aanbod te profiteren. Men kan ook het maatschappelijk *aanbod zelf verruimen* door nieuwe structurele mogelijkheden aan te bieden.

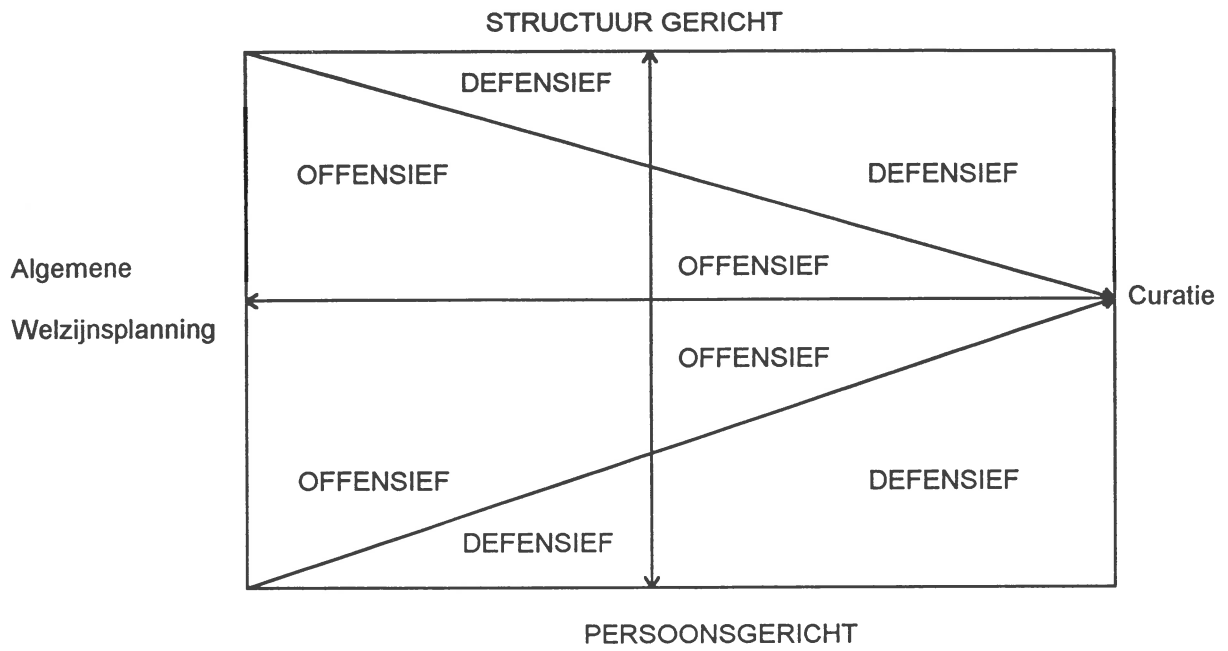
In project C wilde men door het creëren van adequate opvangmogelijkheden voor jongeren, probleemescalatie voorkomen en het aantal meer ingrijpende interventies terugdringen.

#### ④ HET SAMENSPEL VAN DE TIJDSDIMENSIE EN HET KARAKTER VAN DE ALGEMEEN-PREVENTIEVE INGREEP

In een defensieve aanpak ligt de klemtoon op het indijken van een probleem. Defensieve preventie is bijgevolg heel dikwijls symptoombestrijdend. Niet de oorzaken van een probleem, maar de verschijningsvormen worden aangepakt. In een offensieve optiek wil men *teruggaan naar de oorsprong of de wortel van de problematiek*. Men volgt de omgekeerde weg van de probleemwording. men wil niet enkel voorkomen dat het probleem erger wordt, maar men wil voorkomen dat het probleem zich in de toekomst nog in dezelfde mate of voor dezelfde bevolkingsgroepen stelt. Dit soort preventie zouden we *radicale preventie* willen noemen, omdat men beoogt het probleem bij de wortel (in het latijn 'radix') aan te pakken. Hoewel we ons bewust zijn van de negatieve bijklank die de term 'radicaal' kan oproepen, is het taalkundig gezien een erg accurate omschrijving.

Indien een probleem uit de hand dreigt te lopen, wordt de neiging, de maatschappelijke druk of de noodzaak om defensief in te grijpen alsmaar groter. Indien een problematiek (bijvoorbeeld voetbalgeweld) uit de hand loopt en gevaarlijk wordt, ziet men zich verplicht om onmiddellijk en drastisch in te grijpen. Omgekeerd zijn de mogelijkheden om offensief te werken bij een probleemmanifestatie zeer beperkt. Naarmate men ingrijpt voor de probleemwording worden de mogelijkheden om offensief te werken groter.

Met dit samenspel tussen de tijdsdimensie en het karakter van de algemeen preventieve interventie kunnen we het preventieschema als volgt vervolledigen.





# VOORSTELLING PREVENTIEMODELLEN AAN DE HAND VAN CONCRETE VOORBEELDEN

*Moderator: Kris Smet  
journaliste BRTN-Panorama*

## PROJECTEN:

- Straathoekwerk met randgroepjongeren: Toon Palermo, coördinator Limburgs Steunpunt Straathoekwerk
- Jeugdadviseurs: Johan Bertels, medewerker In Petto, jeugddienst voor informatie en preventie
- Lokaal intersectoraal overleg: Martine Van Camp, preventiewerker stad Tienen
- Werken met intermediairen: Luc Wouters, preventiewerker CGG Roeselare
- De Uitdaging: Jacques Grandsire, medewerker vrij PMS-Wetteren
- GIG-project: Willy De Maere, stafmedewerker Free Clinic
- Habbekrats: Chris Van Lysebetten, coördinator Habbekrats

## PANEL:

Nicole Vettenburgh, onderzoeksgroep Jeugdcriminologie KUL  
Marc Tack, preventiewerker CAT  
Ilse De Maeseneire, coördinator preventie VAD

Zoals reeds door Marc Tack werd verduidelijkt kan de manier waarop men preventief handelt verschillen, afhankelijk van het tijdstip, de focus waarop men zich richt en het karakter van de preventieve activiteit. Heel wat elementen geven mee richting aan de keuze, invulling en planning van preventie. Tijdens deze studiedag wensen wij zicht te geven op de diversiteit van een aantal projecten. Vrij snel wordt duidelijk dat elk project meerdere plaatsen kan innemen op het schema.

Wanneer we spreken over drugpreventie lijkt het wel alsof iedereen met hetzelfde bezig is. Wat in eerste instantie lijkt op een modellen- en terreinoorlog blijkt in de realiteit gedifferentieerd en doordacht gepland te zijn.

In de discussie zijn een aantal factoren essentieel gebleken: wat zijn de doelstellingen, wie is de doelgroep, welke is de regio, wat zijn de activiteiten en waar situeert zich overleg en samenwerking.

Om dit te realiseren dient drugpreventie - idealiter - op een globale wijze gepland. Het niveau bij uitstek is lokaal/regionaal, gebruik makend van intersectoraal overleg en netwerkvorming. Via overleg en netwerken kunnen verschillende bestaande werkingen in kaart gebracht worden om vervolgens - op basis van analyse van het bestaande en op basis van een nodenscreening - extra initiatieven te plannen. Bij dit alles is respect voor de positie en de gebruikte methodiek van alle actoren essentieel. Inpassen, rekening houden met en eventueel versterken van het bestaande is eveneens een cruciale factor.

Uiteraard betekent dit dat elke actor die participeert duidelijk zicht heeft op de eigen visie, doelstellingen, doelgroep, gebruikte methodieken en tenslotte zijn/haar activiteiten.

Maken van keuzen tussen verschillende initiatieven is geen evident gegeven. Een belangrijk element voor succes is dat elke drugpreventieve actie kadert in een globaal en samenhangend drugpreventiebeleid.

In het nu volgende en laatste deel krijgt u een beknopte beschrijving van de projecten die op de studiedag aan bod kwamen.

# ❶ LISS: Limburgs Steunpunt Straathoekwerk

*Toon Palermo*  
*Coördinator LISS*

De vereniging heeft tot doel om het straathoekwerk en het vind-plaats-gericht werk naar maatschappelijk kwetsbare groepen in Limburg te begeleiden, te coördineren en te vertegenwoordigen én de werkers te begeleiden.

Dit houdt in :

- beleidsadvisering en behartiging ten aanzien van lokale, provinciale, Vlaamse en federale overheden
- methodologische ontwikkeling van het straathoekwerk
- stimulering van het straathoekwerk-initiatieven in de provincie
- optimaliseren van de werkomstandigheden van de straathoekwerkers
- belangenbehartiging van de doelgroep en signaalfunctie
- het verwerven van middelen en personeel om bovenstaande doelstellingen te kunnen realiseren.

## **Doelstellingen - Straathoekwerk :**

- is de meest laagdrempelige, professionele werkvorm binnen de welzijnssector
- richt zich op niet of moeilijk bereikbare, kansarme doelgroepen
- wil de maatschappelijke kwetsbaarheid van die doelgroepen verminderen door hen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid te geven
- streeft naar een positieve aansluiting van de doelgroep bij de maatschappelijke instanties en vice versa
- preventief optreden om afglijden naar de criminaliteit te vermijden.

## **Doelgroep = Randgroepjongeren :**

Jongeren die overal buitenvallen: buiten de reguliere organisaties voor de jeugd (bv. jeugdhuis, jeugdbeweging,...). Deze jongeren vinden we terug op straat, vaak werkloos, zonder zinvolle vrijetijdsbesteding. In een aantal gevallen zorgen ze voor overlast.

**Werkplek :** Plaats waar de jongeren komen (wijk, straat, buurt, café,...)

## **Activiteiten :**

- ❶ **Individuele begeleiding van jongeren op verschillende niveaus :** bv. jongere helpen zoeken naar een baan, jongere met drugproblematiek doorverwijzen naar hulpverlening (motiveren naar,...), jongere helpen in orde brengen van papieren .....
- ❷ **Vrijetijdsinvulling - groepsgerichte activiteiten :** Praten in groep over thema's die jongeren bezig houden : bv. drugs, veilige seks,....
- ❸ **Projectwerking :** uitwisselingsprogramma's met buitenlandse projecten:  
Bv. 'Muurschriftproject' : Samenwerking tussen twee gemeenten en drie wijken. Uitwisseling op happening met de groep jongeren van Mateira.
- ❹ **Overlegmomenten (meestal op wijkniveau) :** met andere welzijnswerkers/met andere jongeren van dezelfde doelgroep / met jongeren uit het jeugdhuis,....
- ❺ **Ardennentochten :** uitdaging met tot doel het leren van sociale vaardigheden.

## ② IN PETTO

### DRUGPREVENTIE VOLGENS DE METHODIEK JEUGDADVISEURS

*Johan Bertels*

*In Petto jeugddienst voor informatie en preventie*

#### • Situering van het project

Sedert enkele jaren wordt in verschillende Jongeren Advies Centra (JAC) gewerkt met "Jeugdadviseurs" die actief de functie van preventiewerker opnemen. Tot op heden volgden een vierhonderd jongeren de opleiding en op verschillende plaatsen zijn op dit moment nieuwe opleidingen opgestart.

**Jeugdadviseurs** zijn jongeren (16-18 jaar) die door een JAC worden opgeleid en gecoacht om in hun eigen omgeving (school, vrije tijd) andere jongeren te ondersteunen, te helpen en indien nodig bij de professionele hulpverlening te introduceren.

Vanaf 1994 kreeg de FJIAC - nu In Petto - de gelegenheid, dankzij een opdracht van de Vlaamse minister voor Gezondheidsbeleid, deze methodiek systematisch verder uit te werken in het kader van drugpreventie. Zo konden wij deze methodiek theoretisch ondersteunen en bijsturen.

#### • Waarom werken met Jeugdadviseurs ?

Het werken met Jeugdadviseurs is gegroeid uit de praktijk dat jongeren in de eerste plaats met hun vragen en problemen bij leeftijdgenoten te rade gaan. Jongeren praten gemakkelijker met leeftijdgenoten, ze spreken immers "dezelfde taal". De meeste zaken hebben zij gemeenschappelijk met andere jonge mensen. Hun peer-group wordt een belangrijke bron van ondersteuning, een plaats ook waar zich waarden en normen gaan ontwikkelen.

Het werken met Jeugdadviseurs gebruikt de positieve aspecten van dit proces. In die mate zelfs dat jongeren uit de doelgroep - na een korte training én met permanente ondersteuning - zélf kunnen functioneren als "intermediaire sleutelfiguur".

De invloed van de peer-group geldt zeker voor zaken die maatschappelijk nog steeds in de taboesfeer verkeren. Zo wordt bij het experimenteren met bepaalde illegale drugs de ervaringen en de informatie vanuit de peer-group vaak als véél belangrijker beschouwd dan de mening van ouders of professionele, afstandelijke voorlichters. Het inschakelen van 'peers' in het voorkomen van probleemgebruik ligt hier dan ook voor de hand.

Bovendien is het voor elke preventieboodschap van zéér groot belang dat ze zo sterk mogelijk gebonden is aan de context. Ook hier biedt de methodiek "Jeugdadviseurs" een belangrijk voordeel aangezien de interactie kan plaatsvinden in "natuurlijke situaties" : in het café, in het jeugdhuis, op straat, tijdens de pauze op school.

#### • Wie zijn de Jeugdadviseurs ?

De Jeugdadviseur is in de eerste plaats een jongere onder jongeren. "Jeugdadviseur zijn" is geen functie maar een formele "rol". Het is dus niet de vertegenwoordiger in de leerlingenraad, de "pv" van een jeugdhuis of de leid(st)er van de jeugdbeweging, die de meest aangewezen figuren zijn om in groepen waarin zij deze functie hebben, als Jeugdadviseur op te treden. De Jeugdadviseur is de "gewone vriend(in)" die begaan is met zijn/haar vrienden en attent is voor hun vragen en problemen.

## • Wat doet de Jeugdadviseur ?

Van een Jeugdadviseur verwachten we dat hij/zij bepaalde rollen opneemt in het contact met leeftijdgenoten.

- ◆ Zij kunnen zich actief bezighouden met het informeren van hun leeftijdgenoten b.v. over druggebruik en -misbruik. Zij kunnen ingaan op waarden- en normendiscussies.
- ◆ Om informatie te kunnen geven moeten zaken bespreekbaar gemaakt worden. Aan de Jeugdadviseur wordt bijgebracht hoe ze kunnen inspelen op problematische gedragingen - eventueel met druggebruik samenhangend - die vaak worden doodgezwegen of weggelachen. De Jeugdadviseur is iemand die niet onverschilligstaat tegenover wat in de directe omgeving gebeurt, maar **feedback geeft** naar zijn/haar leefomgeving.
- ◆ Door zich betrokken op te stellen, kunnen Jeugdadviseurs voor jongeren-in-problemen ook een **reële steun betekenen**.
- ◆ Toch wordt de Jeugdadviseur niet opgeleid tot een professionele hulpverlener. Hij leert hierin zijn/haar grenzen aftasten en verwijst tijdig naar een professionele hulpverlening, in dit geval het JAC. Door deze verwijzing op de plaats waar het probleem zich stelt (de leefwereld van de jongeren) speelt de Jeugdadviseur een grote rol in het verlagen van de drempel van de hulpverlening.
- ◆ Bovendien kunnen we stellen dat wanneer een Jeugdadviseur zich bewust is van een aantal vaardigheden en inzichten, hij/zij die in zijn/haar gedrag zal integreren. Deze "**spiegelende**" rol kan tot gevolg hebben dat jongeren uit zijn/haar omgeving door dit gedrag zullen beïnvloed worden.

De methodiek "Jeugdadviseurs" beoogt echter een **tweerichtingsverkeer**. De signalen van jongeren naar de organisaties, diensten en beleidsinstanties zijn minstens even belangrijk, zometertijd belangrijker.

Jeugdadviseurs hebben m.a.w. ook een betekenis voor de organisatie die hen "uitstuurt".

- ◆ Voor de JAC's zijn de Jeugdadviseurs ideale verwijzers. Zij zorgen ervoor dat bepaalde risicogroepen **vlotter en tijdiger bereikt kunnen worden**.
- ◆ Tegelijk kunnen Jeugdadviseurs het centrum voortdurend "**voeden**" en alert houden voor wat er bij jongeren leeft. Omdat druggebruik en jongerencultuur zeer sterk met elkaar verweven zijn, is deze signaalfunctie onontbeerlijk.

### ③ PREVENTIEWERK STAD TIENEN

*Martine Van Camp*  
*preventiewerker stad Tienen*

In 1993 werd de Preventieraad opgericht door het College van Burgemeester en Schepenen. Tevens werd een preventieambtenaar aangesteld. De aanleiding hiervan was enerzijds de alarmerende berichten over stijgend druggebruik onder de jongeren, anderzijds waren de oprichting en aanstelling de voorwaarden voor het afsluiten van een preventiecontract tussen de staat en de gemeente Tienen.

De Preventieraad heeft tot doel :

- de preventieactiviteiten op gemeentelijk vlak coördineren (niet enkel drugpreventieactiviteiten);
- de bevolking te informeren over de activiteiten, enerzijds om de burgers te stimuleren om zelf aan preventie te doen, anderzijds om informatie te geven over wat er voor hun veiligheid gedaan wordt;
- het tot stand brengen van een overleg tussen de verschillende organisaties, zodanig dat de verschillende werkingen op elkaar kunnen afgestemd worden en dat er een vorm van inspraak gecreëerd wordt in het stadsbeleid.

Alle sectoren die enige voeling hebben met de sociale en veiligheidsproblemen zijn in de raad vertegenwoordigd. De Preventieraad wordt voorgezeten door de burgemeester en komt gemiddeld 2x per jaar samen om het gevoerde beleid te evalueren en de geplande initiatieven te coördineren.

Wat betreft de drugpreventie bestaat er in de schoot van de Preventieraad een Stuurgroep Drugpreventie. Dit is een werkgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van organisaties die op een bepaalde wijze met de drugproblematiek in het Tiense te maken hebben en die op een actieve wijze willen meewerken aan het drugbeleid en de daarbijhorende initiatieven op gemeentelijk vlak.

Volgende organisaties zijn in de Stuurgroep vertegenwoordigd: preventiedienst, P.M.S.-gemeenschaps- en provinciaal onderwijs, P.M.S.-vrij onderwijs, jeugddienst, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, inspectie basisonderwijs, serviceclubs, Mobiel Ambulant team, leersecretariaat, S.O.S.-Verslaafd, politie en rijkswacht.

De Stuurgroep Drugpreventie is eigenlijk een bijzonder samenwerkingsverband tussen belangrijke intermediairen van verschillende sectoren. Op die manier kunnen verschillende projecten tegelijkertijd worden uitgevoerd.

Zo is het mogelijk om drugpreventie op verschillende gebieden met dezelfde visie te activeren.

Het preventiewerk heeft dan ook een vrij belangrijke plaats ingenomen in de regio.

Door de coördinatie van de verschillende initiatieven op gemeentelijk vlak won het preventiewerk aan belang. Vragen, voorstellen, bemerkingen vanuit de gemeenschap komen nu, ofwel rechtstreeks ofwel onrechtstreeks, terecht op één centraal punt: de preventiedienst. Belangrijk hierbij is het neutrale karakter van de werking.

Zij is immers onafhankelijk van een organisatie gebaseerd op een of andere levensbeschouwelijke of godsdienstige visie. Dit maakt het mogelijk dat gelijk welke sector/groepering beroep kan doen op deze dienst, maar ook omgekeerd door deze dienst kan bereikt worden. Dit is volgens hen één van de redenen waarom de werking in scholen erg succesvol is. Het maakt het immers mogelijk om netoverschrijdend te werken.

## ④ HET PREVENTIEWERK ALS ONDERSTEUNING NAAR INTERMEDIAREN

*Luc Wouters*  
*preventiewerker regio Roeselare*

Het preventiewerk alcohol en andere drugs is als werkstructuur binnen de Vlaamse Gemeenschap gestart in 1988. Het gaat om een tiental preventiewerkers, verbonden aan Centra Geestelijke Gezondheidszorg, gespreid over de verschillende Vlaamse provincies. De inhoudelijke coördinatie van dit preventiewerk is toevertrouwd aan de VAD.

Kernopdracht is de stimulering, ondersteuning en afstemming van de actoren en initiatieven in de onderscheiden werkregio's. Binnen de visie van het preventiewerk ligt de klemtoon sterk op een procesmatige globale aanpak die de rol en mogelijkheden van de betrokkenen op langere termijn wil uitklaren.

Daarbij richt men zich tot intermediairen, sleutelfiguren binnen de verschillende sectoren, zowel vanuit inhoudelijke (hun directe binding en vertrouwde, modelfunctie...) als meer praktische overwegingen (bereik, continuïteit...). Naast direct uitvoerende werkers (opvoeders, leerkrachten, jeugdwerkers enz.) worden met intermediairen ook ondersteunende of coördinerende instanties bedoeld (gemeentelijke preventiewerkers, vormingswerkers enz.).

Een eerste aspect in de ondersteuning van deze intermediairen kan als **coaching** benoemd worden. Uitgaande van hun eigen werkcontext en taakinvulling wordt met de intermediairen gezocht naar uitklaring van het profiel en de positionering die zijzelf kunnen innemen, naar uitklaring van hun reële handelingsmogelijkheden en beperkingen en naar strategieën om die dynamiek te hanteren. De rol van de preventiewerkers alcohol en andere drugs varieert hier van kritisch bevrager, over adviesverstrekker tot procesbegeleider.

Een tweede belangrijk aspect is de **deskundigheidsbevordering**. Het thema middelengebruik heeft zich in vele sectoren als nieuwe en bijkomende problematiek gepresenteerd, hoog op de maatschappelijke agenda maar tegelijk omgeven met heel veel onzekerheid.

Deskundigheidsbevordering gaat dan over het opbouwen van een correcte inschatting van aard en inkadering van deze vragen. Tegelijk worden concrete methodieken en technische vaardigheden bijgebracht om de eigen opdrachten waar te maken. De preventiewerkers alcohol en andere drugs nemen hier -samen met anderen- de rol van vormingswerker of trainer op.

Tenslotte omvat de werking naar intermediairen een duidelijk **afstemmingsaspect**.

Preventiewerk kan geen optelsom van losse, soms tegenstrijdige initiatieven zijn. Een minimum aan coherentie in visie en uitwerking is essentieel om de preventieve inspanningen efficiënt te laten zijn, binnen één werkterrein maar ook over verschillende sectoren heen. De preventiewerkers alcohol en andere drugs fungeren op dat ogenblik als draaischijf en katalysator.

Met deze korte omschrijving van de ondersteunende rol naar intermediairen is uiteraard slechts één aspect van het preventiewerk alcohol en andere drugs naar voor geschoven. Graag sluiten wij aan bij accenten die door collega's in het panel naar voor gebracht worden.

## 5 DE UITDAGING

*Jacques Grandsire  
Vrij PMS Wetteren*

De uitdaging is een sociaal vaardigheidsprogramma voor de derde graad secundair onderwijs van PROGES, de vereniging voor PROMotie van GEzondheid op School.

Bij de uitdaging wordt gewerkt met samenwerkingsopdrachten die leerlingen dienen uit te voeren. In de nabespreking worden aspecten van groepsdruk, durven neen zeggen, samenwerken, zelfvertrouwen en eigenwaarde sterk belicht.

In het Scheppersinstituut en Instituut Mariagaard organiseert het PMS-centrum van Wetteren de uitdaging voor de derdejaars.

Dit past in een systematisch opvoedingsplan waarbij voor eerste en tweede jaars Leefsleutels voor Jongeren georganiseerd wordt. De derdejaars doen gedurende één dag een oriëntatieloop met verschillende posten waar praktische proeven worden afgelegd zoals onder andere een eilandenspel en een survival over water.

De klastitularis of een (praktijk) leerkracht die veel in de klas komt worden ingeschakeld als interne begeleider. Daarnaast is er nog een externe begeleider (PMS medewerker of leerkracht) die de proeven verduidelijkt en ook de nabespreking leidt. Dit systeem verhoogt de persoonlijke betrokkenheid van de leerkrachten bij het klas- en leerlinggebeuren.

In de derde graad wordt het thema aangeraakt via gesprekken in kleine groepen met ouders van verlaafde jongeren en aan de hand van kritische bespreking van videomateriaal omtrent verslavingsproblematiek.

Bij het ganse proces wordt niet enkel nadruk gelegd op de vorming van jongeren, maar evenveel op de vorming van de leerkrachten. Ook zij konden de uitdaging aan den lijve ervaren op een pedagogische studiedag waarbij men het leerkrachtencorps liet proeven van de samenwerkingsopdrachten .

Vier doelstellingen staan hierbij centraal :

- leerkrachten laten inzien dat naast cognitie en kennis ook de totale persoonlijkheid van de leerling belangrijk is en kan gevormd worden
- leerkrachten laten ervaren dat men leerlingen ook op een andere manier iets kan leren
- nieuwe leerkrachten mee in het systeem onderdompelen en anderen (collega's) leren kennen
- inleving met leerlingen bevorderen door zelfervaring

Er wordt dus veel belang gehecht aan de betrokkenheid van leerkrachten bij het project. Voor zulk project is het immers essentieel om een schoolklimaat te creëren waarbij er een sterk vertrouwensklimaat is tussen leerkrachten en leerlingen. Door leerkrachten actief mee in te schakelen (via Leefsleutels, de Uitdaging,...) worden leerkrachten geleidelijk aan sterkere vertrouwensfiguren en wordt de PMS-medewerker meer en meer een coach in het begeleiden van leerkrachten. Bovendien is er door een intense betrokkenheid en openheid voor het programma ook meer inzet en bereidheid om drugpreventie structureel te gaan inpassen in het schoolwerkplan.

## ⑥ HET GIG-PROJECT : GEZONDHEIDSBEVORDERING BIJ INJECTERENDE GEBRUIKERS IN VLAANDEREN (VAD-FREE CLINIC)

*Mat Steyvers*  
*verantwoordelijke netwerkontwikkeling*

*Willy De Maere*  
*verantwoordelijke vorming*

*Hilde Kinable*  
*coördinator en verantwoordelijke wetenschappelijk onderzoek*

De afgelopen maanden hebben zich in het drugwerkveld heel wat veranderingen voorgedaan. Er worden steeds meer initiatieven genomen die kaderen binnen "harm reduction, een pragmatische benadering van druggerelateerde problemen waarbij de centrale doelstelling gericht is op het zoveel mogelijk beperken van de negatieve gevolgen van druggebruik : oprichting van laagdrempelige medisch-sociale drugopvangcentra (MSOC's), methadonprogramma's voor heroïneverslaafden, voorbereidingen voor spuitenruil enz.

Om de hulpverlening voor injecterende druggebruikers (IDG) te optimaliseren, werd een project ingediend door de VAD en Free Clinic Antwerpen dat instaat voor de evaluatie en begeleiding van HIV-preventie-initiatieven naar IDG in Vlaanderen. Dit project werd het "GIG-project" gedoopt (Gezondheidsbevordering bij Injecterende Gebruikers), aangezien in dit project een ruimere kijk op de gezondheidsproblematiek bij IDG gehanteerd wordt, meer dan enkel een focus op het gevaar voor HIV-infectie (hepatitis B en C, overdosissen, ontstekingen en abscessen,...). Verder wil men IDG benaderen als mensen die in staat worden geacht om verantwoordelijk gedrag te stellen. In plaats van klaar te staan met het vingertje, wil men op een positieve manier IDG motiveren om zichzelf beter te verzorgen, zodat zowel zijzelf als de volksgezondheid er baat bij hebben. Daarnaast kreeg het project ook expliciet de opdracht om het Spuitenruilplatform opnieuw op te starten en te coördineren.

Het GIG-project heeft drie medewerkers, met de volgende functies :

- **Netwerkontwikkeling :**

De netwerkontwikkelaar stimuleert en begeleidt samenwerkingsverbanden tussen onafhankelijke maar gelijkwaardige organisaties (stadsbestuur, OCMW, medische en sociale diensten, ervaringsdeskundigen, ...) en beoogt een permanente informatiedoorstroming naar en door IDG van aangepaste preventieboodschappen.

- **Vorming :**

De organisatie van theoretische bijscholingen tot praktijkgerichte trainingen gericht op gezondheidsbevordering en "harm reduction" voor alle beroepsgroepen die rechtstreeks of onrechtstreeks met injecterende druggebruikers te maken hebben.

- **Wetenschappelijk onderzoek :**

Literatuurstudie, epidemiologisch onderzoek, gedragsonderzoek, schrijven van publicaties,...

De onderlinge verwevenheid van deze functies is cruciaal voor de werking van het GIG-project. De netwerkontwikkelaar is een verkenner van de diverse regio's. De vormingsmedewerker gaat in op verzoeken tot vorming, training en bijscholing of formuleert zelf voorstellen in overleg met de verantwoordelijke netwerkontwikkeling. Daarnaast verwerkt hij relevante gegevens, afkomstig uit het wetenschappelijk onderzoek, in zijn



vormingssessies. De onderzoeker speelt resultaten door. In teamverband wordt de relevantie van de data voor de verschillende deelwerkingen bekeken en wordt naar passende acties gezocht.

## 7 VZW HABBEKRATS...

*Chris Van Lysebetten*  
*Coördinator Habbekrats*

is een jeugd- en vormingsdienst voor randgroepjongeren tussen 15 en 25 jaar die werkzaam is in 6 steden en gemeenten in Oost- en West-Vlaanderen. In juni van dit jaar werd de vijfde verjaardag van de dienst uitgebreid gevierd in Gent.

De werking van Habbekrats kent twee grote luiken: het preventieve en het curatieve.

Het preventieve deel van de werking komt aan bod in de verschillende **vormingsprojecten**.

- De 'Timmer-Aan-Jezelf- tour' is de naam van het vormings- en ontspanningsaanbod die twee maal per week (op een avond en de woensdagnamiddag) wordt georganiseerd in de projectgemeentes Gent-Ledeberg (waar er een groep van 10 tot 15 jaar en een van 15 tot 25 is), Veurne, Wetteren, Hamme, Lokeren en Dendermonde. Het aanbod is in de eerste plaats gericht op maatschappelijke vorming en zelfstandigheid. De thema's en de omkadering worden geplukt uit de leefwereld van de jongeren zelf.

- Eén maal per maand kunnen 32 jongeren op avonturenweekend of -kamp georganiseerd in en rond ons Avonturenhuis in de Ardennen. Op deze 'Vlieg-er-eens-Uit-activiteiten' wordt er vooral gewerkt op persoonsvorming, het stimuleren van het zelfvertrouwen, het herbeleven van de natuur en het aanbieden van kicks.

Zes maal per jaar worden er ook gelijkaardige avonturen georganiseerd voor 'tieners' tussen 10 en 15 jaar.

- Acht keer per maand gaan we met een twintigtal jongeren een weekend klussen en karweien in het Avonturenhuis. Dit noemen we de 'Vlieg-er-eens-In-activiteiten'. Uiteraard wordt er hier vooral gewerkt rond arbeidsattitude en samenwerken.

- Drie maal per jaar wordt er een themaweek georganiseerd waarin een week lang iedere avond gewerkt wordt rond een bepaald thema zoals verslavingen, liefde en seksualiteit, vandalisme en racisme, rechten en plichten,...

Afhankelijk van project worden op een aantal avonden per week ook instuif- en sportavonden georganiseerd.

Reeds kort na de start van de verschillende vormingsprojecten ontwikkelde zich een hechte vertrouwensband tussen de jongeren en de begeleiders. Problemen en vragen van de jongeren kwamen steeds meer naar boven en er werd aan de vormingswerkers oplossingen en hulp gevraagd. Toen in 1993 een maatschappelijk assistent als individueel begeleider werd aangetrokken, was het curatieve aspect van de Habbekratswerking een feit. In 1995 werd dit project Individuele Begeleiding uitgebreid met een tweede begeleider die zich toespitste op de hulpverlening voor de jongeren uit de regio Dendermonde.

Het individueel aanbod start natuurlijk vanuit de groepswerking. De vragen en problemen waarmee de jongeren naar de vormingswerkers stappen, worden, indien nodig, doorgestuurd naar de individueel begeleider van de regio (Gent of Dendermonde).

De jongeren kunnen echter ook rechtstreeks naar deze begeleider in één van de twee Praatkaffee's.

In deze laagdrempelige ontmoetingsplaatsen kunnen de jongeren overdag terecht om elkaar of de begeleiders te ontmoeten, voor informatiefolders of een kort advies of voor een verdergaande begeleiding. Dit laatste probeert een antwoord te vinden op alle vragen

waarmee de jongere worstelt. Als dat kan of nodig is, wordt er doorverwezen én meegestapt naar de aangewezen dienst (OCMW, VDAB,...)

In sommige gevallen is het echter wenselijker dat de begeleiding en de hulp echter opgenomen wordt door Habbekrats. Zo hebben veel jongeren liever dat een Habbekratsbegeleider de budgetbegeleiding- of beheer doet, meezoekt naar een job of onderdak, de ingewikkelde administratie mee opvolgt,... Je kunt het zo gek niet bedenken of de jongeren komen er mee naar de individueel begeleider.

Hiervoor zijn er uiteraard een groot aantal hulpmiddelen : het steunfonds, De Toverdoos, de medewerking met de Voedselbank van Oost-Vlaanderen, een driemaandelijkse kledijmarkt, een beperkte voedselbank,...

Het verhaal van Habbekrats wordt vast en zeker nog vervolgd !

Praktisch :

VZW Habbekrats, Postbus 1, 9000 Gent 1  
Tel. 09/233.52.22 - Fax 09/233.36.68

Praatkaffee Gent : E. Anseeleplein 3, 9000 Gent  
Tel. 09/233.50.60 - Fax 09/233.36.68

Praatkaffee Dendermonde : Ridderstraat 42, 9200 Dendermonde  
Tel. 052/21.45.46 - Fax 052/21.93.92

