

Memorandum over middelengebruik en verslavingsproblemen

december 2018



VAD is de koepel van 78 organisaties betrokken bij de problematiek van middelengebruik en verslavingsproblemen en Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs, inclusief De DrugLijn. In dit memorandum vragen we aandacht voor de aanpak van alcohol, cannabis en andere illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en problematisch gamen.

Verslavingsproblemen zijn gezondheidsproblemen op alle beleidsniveaus (health in all policies). Zeer veel maatschappelijke sectoren worden geconfronteerd met problemen als gevolg van **middelengebruik** (onderwijs, werk, vrijetijd, lokaal beleid, politie en justitie, zorg en welzijn, gezin) en deze **problemen situeren zich op het vlak van de individuele gezondheid**, maar **ook gezin en directe omgeving** (ouders, kinderen, partners, collega's, ...) **en de samenleving als geheel** (verkeers)veiligheid, overlast, criminaliteit, werkverzuim, gezondheidszorg, enz.) krijgen ermee te maken. Omwille van al deze facetten zijn beleidskeuzes nodig binnen verschillende departementen en op lokaal, Vlaams, federaal en Europees niveau. Uitgangspunt is evenwel altijd dat **de verslavingsproblematiek in de eerste plaats een gezondheidsprobleem** is en vanuit dit perspectief wordt aangepakt en gecoördineerd.

De verslavingsproblematiek omvat verschillende thema's en problematieken. In dit memorandum schetsen we de belangrijkste uitgangspunten en formuleren we concrete beleidsaanbevelingen.

We bespreken de aanpak van de globale problematiek op het continuüm van preventie, vroeginterventie, schadebeperking, hulpverlening en herstel. Vervolgens gaan we dieper in per thema: alcohol, cannabis en andere illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en problematisch gamen. We verwijzen telkens ook door naar digitale bronnen waarin de thematiek dieper wordt uitgewerkt.

Korte samenvatting:

Op **nationaal vlak** (federaal niveau en gewesten en gemeenschappen): evaluatie van het gevoerde drugsbeleid en uitwerken van nieuw inclusief beleidsplan, een strategie en verschillende actieplannen met betrekking tot alle deelaspecten van verslaving. Dit beleid wordt gedragen door alle beleidsniveaus.

Op **federaal vlak**: noodzakelijke wetgeving die een effectieve aanpak van middelenproblematiek mogelijk maakt of faciliteert (we denken o.a. aan KB substitutie, inclusie van verslaving in verzekeringspolissen, opzetten van gebruikersruimtes, drugtestservices, regulering reclame en marketing, beperking van het aanbod (alcohol en gokken), ...).

Op niveau van de **Vlaamse Gemeenschap**: meer inzetten op preventie, vroeginterventie en harm reduction, keuze voor effectieve methodieken waar gezondheidswinst valt te behalen. Hiervoor is capaciteitsuitbreiding nodig, zowel in preventie (intergemeentelijk) als in de ambulante zorg. Binnen de nieuwe eerstelijnszones is aandacht voor en ondersteuning van alle aspecten van een alcohol- en drugsbeleid nodig.

Op **lokaal vlak**: motiveren en ondersteunen van steden en gemeenten om alcohol en andere drugs op te nemen in hun BBC en om in te zetten op intergemeentelijke preventiewerkers.

Op **Europees (en internationaal) niveau**: meer inzetten op Europese uitwisseling, onderzoek en deskundigheidsbevordering. Ook op Europees niveau is er nood aan geactualiseerde beleidsplannen, strategieën en verschillende actieplannen om de beoogde doelstellingen te realiseren.

De verslavingsproblematiek aanpakken op een continuüm van preventie, vroeginterventie, schadebeperking, hulpverlening en herstel

Inkanteling

In de voorbije jaren is de verslavingszorg ingekanteld in de geestelijke gezondheidszorg (luik zorg) en in de algemene gezondheidsbevordering/doelstelling gezond leven (luik preventie).

Daar zijn goede argumenten voor. De aansluiting van een specifieke werking binnen grotere gehelen bevordert namelijk de samenwerking en sluit aan bij een holistische aanpak van gezondheid en gezondheidsproblemen. Dit komt de gebruiker zeker ten goede. Maar er schuilen ook gevaren in deze inkanteling. De zichtbaarheid van de verslavingsproblematiek dreigt te verdwijnen. Het continuüm tussen preventie en zorg, een essentieel uitgangspunt voor de effectieve en efficiënte aanpak van de middelenproblematiek, wordt doorbroken. We hebben het dan over preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, schadebeperking, hulpverlening en zorg (herstel). Door een artificiële opsplitsing tussen preventie en hulpverlening komt de continuïteit op de helling te staan. Verschillende werkvormen die op een of ander snijvlak liggen, dreigen uit de boot te vallen. We zien dit bij vroegdetectie en vroeginterventie, een aanbod binnen de ggz-netwerken kinderen en jongeren (focus op zorg en casefinding), terwijl dit voor middelenmisbruik vooral preventief wordt ingevuld (nl. voorkomen dat het probleem escaleert en beogen van gedragsverandering). Maar ook schadebeperking hoort zowel in preventie thuis (bv. peer support) als in de zorg (bv. spuitenuil en gebruiksruijtes). Het werken met risicogroepen (bv. kinderen en partners van gebruikers) vindt zowel binnen preventie als curatie weinig gehoor.

VAD pleit voor een integraal en geïntegreerd beleid met betrekking tot verslaving, met duidelijke samenwerkingsverbanden binnen de ruimere aanpak van gezondheid (gezondheidsbevordering, geestelijke gezondheid en eerstelijns), maar evenzeer met verbanden naar welzijn, veiligheid en criminaliteitspreventie, sociale cohesie, tewerkstellingsbeleid, woonbeleid, enzovoort. Willen we de middelenproblematiek hoog op de politieke en maatschappelijke agenda houden, willen we de stigmatisering en exclusie van mensen die alcohol en drugs gebruiken voorkomen, dan is een herkenbaar drugsbeleid essentieel.

Health in all policies

Gezondheid en middelenmisbruik zijn te belangrijk om enkel binnen het departement volksgezondheid vorm te krijgen. Vrijwel alle beleidsdomeinen voeren beleidsmaatregelen door die gevolgen hebben op gezondheid of op het te voeren alcohol- en drugsbeleid.

Ter ondersteuning van het preventiebeleid is de gezondheidstoets in elke beleidsnota (binnen onderwijs, sport, jeugdwerk, werk, veiligheid en justitie, welzijn & gezondheid, ...) nodig. Elke minister kan een gezondheidsbeleid en specifiek alcohol- en drugsbeleid faciliteren door aandacht te besteden aan dit thema in het eigen beleidsplan en door aandacht te vragen van de verschillende betrokken organisaties. Dit wordt bij voorkeur vertaald in formele erkenning op vlak van middelen en tijd (bv. via het instellen en zichtbaar maken van impulsfondsen, zodat organisaties op het terrein een beleid kunnen ontwikkelen en structureel verankeren, met aandacht voor deskundigheidsbevordering).

Er is nood aan laagdrempelige voortrajecten op vlak van wonen en tewerkstelling, die bij voorkeur structureel in de bestaande netwerken worden verankerd (bv. Housing First).

VAD pleit voor een impulsfonds voor gezondheid/middelengebruik binnen alle beleidsdomeinen om het beleidsmatig werken in elke organisatie van elke setting structureel te ondersteunen in plaats van minder resultaatgerichte eenmalige activiteiten of ad hoc maatregelen.

Beleidsnota → strategie → actieplannen

Op Belgisch niveau (samenwerking en afstemming tussen federale overheid en gemeenschappen en gewesten) is een flankerend beleid en wetgeving nodig die de gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maakt en ruime toegang biedt tot vroeginterventie en zorg.

Er is een geactualiseerde **beleidsnota** rond verslaving nodig waarin de problematiek globaal (over de producten en gedragingen heen) en op lange termijn wordt uitgetekend. Hiervoor is een evaluatie van de huidige Drugsnota (2001, 2010), de drugwetgeving (1921) en het actuele drugsbeleid nodig. Bij voorkeur via een parlementaire werkgroep zoals die in 1996 aan de basis lag van het huidige drugsbeleid. De adviezen die recent door de Hoge Gezondheidsraad werden geformuleerd (alcohol, gokken) kunnen eveneens voor invulling zorgen van het nieuwe beleid. Daarnaast is advies en betrokkenheid van het werkveld en de gebruikers/cliënten en omgeving essentieel om hiaten, noden

en trends in beeld te brengen (bv. wetgevend kader voor gebruiksruimtes, drugtesting, veranderende status van cannabis internationaal, opkomst van Nieuws Psychoactieve Stoffen (NPS), ...).

Aanvullend is een **drugstrategie** nodig, die de beleidsvisie uit de beleidsnota vertaalt in meer concrete doelstellingen en indicatoren.

Op basis van een Strategie kunnen verschillende **actieplannen** worden uitgewerkt per thema (alcoholplan, plan gokken, plan cannabis en andere illegale drugs, tabaksplan, plan psychoactieve medicatie, plan problematisch gamen, ...), waarin de concrete activiteiten van alle betrokken beleidsniveaus en ministers (federaal en gemeenschappen) worden opgenomen.

Dergelijke beleidsvoering ligt in de lijn van de Europese beleidsnota's, strategieën en actieplannen, die door de meerderheid van de lidstaten wordt overgenomen.

VAD pleit voor een evaluatie en actualisatie van de Drugsnota en voor de opmaak van een drugstrategie en actieplannen per thema. Verder is een herziening van de huidige drugwetgeving nodig. De betrokkenheid van de verschillende stakeholders en ervaringsdeskundigen in dit proces moet structureel worden voorzien.

Noden op het vlak van preventie, vroeginterventie, schadebeperking, hulpverlening en herstel

Preventie

- De overheidsuitgaven voor preventie met betrekking tot illegale drugs, alcohol en psychofarmaca zijn in België ondermaats (1.24% van het totale budget gaat naar preventie, tegenover 76.5% naar de zorg en 21.7% naar veiligheid)¹. De sociale kosten (directe en indirecte kosten) van legaal- en illegaaldruggebruik werden in 2012 berekend op 4.6 miljard Euro². Investeren in preventie loont, maar is moeilijker in cijfers te vatten.
- In het kader van de inkanteling in de gezondheidspromotie kiest Vlaanderen voor een generieke gezondheidsdoelstelling: 'De Vlaming leeft gezonder in 2025', gekoppeld aan een werking naar settings. Hiervoor zijn goede argumenten aanwezig, maar het blijft een én-én verhaal. Ook de thematische insteek blijft nodig: waar liggen mensen wakker van, waarover stelt men zich vragen? Elk gezondheidsthema heeft zijn specifieke kenmerken en noden en we moeten opletten voor eenheidsworst die zijn effectiviteit helemaal niet heeft bewezen. Initiatieven m.b.t. middelengebruik en verslaving hebben, afhankelijk van de doelgroep, vaak een eigen specificiteit waarbij een eigen aanpak vereist is.
- De verschillende settings (onderwijs, vrijetijd, werk, welzijn, zorg en gezondheid, lokaal beleid, politie & justitie) moeten verder investeren in de ontwikkeling van een beleidsmatige aanpak van een alcohol- en drugsbeleid in de organisaties op het werkveld, op basis van vier belangrijke pijlers: regels en afspraken, zorg en begeleiding, informatie en educatie en omgevingsinterventies. Bij de ontwikkeling van deze beleidsmatige aanpak kan beroep gedaan worden op de expertise van VAD en preventiewerkers.
- Om de implementatie van een maatgerichte preventieaanpak te garanderen in Vlaanderen is de inzet op (en uitbreiding van) intergemeentelijke preventiewerkers tabak, alcohol en drugs een goede zaak. Naast de capaciteitsuitbreiding in alle regio's is aandacht nodig voor afstemming en ondersteuning van deze preventiewerkers.
- Binnen de hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen dient op het niveau van de verschillende zorgzones een alcohol- en drugsbeleid geïntegreerd te worden met bijzondere aandacht voor screening en vroegdetectie en expertisedeling.

VAD pleit voor een bredere inzet op preventie, met behoud van de specifieke en thematische invalshoek. Capaciteitsuitbreiding (vooral op intergemeentelijk vlak) is nodig om alle betrokken sectoren te kunnen ondersteunen in de beleidsmatige aanpak van alcohol- en andere drugproblemen.

¹ Vanderlaenen et al., 2011, Drugs in cijfers III, Belspo

² Lievens et al., 2016, The social cost of legal and illegal drugs in Belgium, Belspo

Vroeginterventie

- Vroegdetectie en korte interventies behoren tot de best onderzochte en meest effectieve preventiestrategieën. We moeten hier verder op inzetten bij verschillende gezondheidsactoren. Alle partners moeten mee in het bad om het taboe op verslaving te verkleinen en de beginnende problematiek veel sneller bespreekbaar te maken. Het aanbod van vroegdetectie met betrekking tot beginnend probleemgebruik bij jongeren (zoals dit nu beperkt in de ggz-netwerken kinderen en jongeren is ingebracht) moet ruimer worden aangeboden. Dit aanbod moet ook uitgebreid worden naar volwassenen en ouderen.
- De eerstelijnspsychologische functies dienen structureel ingebed te worden binnen alle eerstelijnszones en kunnen op vlak van screening, advies, kortdurende interventies en gerichte doorverwijzing een bijzondere meerwaarde vormen in de begeleiding bij matig, riskant en ernstig problematisch alcoholgebruik. De nodige omkadering voor multidisciplinair overleg, permante vorming en kwaliteitszorg dient voorzien te worden.
- Specifiek voor de jeugdhulpverlening is de samenwerking tussen de Jeugdhulp en de alcohol- en drughulpverlening voor jongeren essentieel, zeker op het vlak van vroegdetectie en –interventie.
- In het kader van het Geïntegreerd Breed Onthaal en een verbeterde toegankelijkheid van hulp- en dienstverlening dienen de verschillende actoren (OCMW, CAW en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen) een alcohol- en drugsbeleid te ontwikkelen op basis van een beleidsmatig aanpak, met vroegdetectie en vroeginterventie als belangrijke invalshoek. Datzelfde geldt voor andere sectoren zoals werk, eerstelijnsgezondheidszorg, onderwijs/CLB, enz.

VAD pleit voor een ruimere uitrol van vroegdetectie en vroeginterventie: meer sectoren responsabiliseren om deze opdracht mee vorm te geven en een uitgebreider aanbod voor alle doelgroepen (niet enkel jongeren).

Schadebeperking

- Schadebeperking is een waardevolle en volwaardige methodiek die op verschillende echelons (preventief en curatief) geïmplementeerd moet worden. We denken aan peer support in het uitgaansleven (Safe 'n Sound), spuitenruil, substitutie, overdosispreventie Naloxone-kits, drugtestingservices, gebruiksruidtes, ... Dit zijn bewezen effectieve methodieken op maat van zeer gerichte doelgroepen, die een essentiële aanvulling zijn op zowel een structurele, beleidsmatige preventieve aanpak van verslavingsproblemen als een gevarieerd aanbod aan hulpverlening op maat. Deze methodieken zijn, omwille van de gerichte aanpak, vaak tijdsintensief. Hiervoor moeten voldoende mensen en middelen worden voorzien.
- Een aantal schadebeperkende methodieken situeren zich in een grijze zone op het vlak van wetgeving. We hebben nood aan een wettelijk kader dat zowel de bewezen effectieve methodieken (gebruiksruidtes, drugtesting) als innoverende experimenten mogelijk maakt. De effectiviteit situeert zich zowel op medisch vlak (overdosispreventie, verbeterde gezondheid) als op sociaal vlak (welzijn, overlastpreventie, veiligheid).
- Het KB rond substitutie moet prioritair worden gefinaliseerd om garanties op het vlak van kwaliteit en opleiding te kunnen realiseren.

VAD pleit voor een wettelijk kader dat schadebeperkende methodieken mogelijk maakt alsook voor meer en structurele financiering om deze effectieve maar vaak tijdsintensieve methodieken te implementeren.

Hulpverlening en herstel

- Capaciteitsuitbreiding in de ambulante alcohol- en drughulpverlening is nodig, met mogelijkheden om een outreachende werking uit te bouwen en de context beter te betrekken (ook al is gebruiker (nog) niet in behandeling). Er is vooral nood aan een laagdrempelig aanbod, zonder wachtlijsten, voor de verschillende problematieken in de verslavingszorg (dus ook voor gokken en problematisch gamen, waarvoor momenteel het aanbod erg beperkt is).

- Samenwerking in netwerken (ggz-artikel 107, ggz-netwerken kinderen en jongeren, eerstelijnszones, jeugdhulp, ...) vormen een essentieel onderdeel van de werking van de gespecialiseerde drughulpverlening; dit vraagt een serieuze tijdsinvestering en niemand wil dat dit ten koste gaat van de cliëntenwerking. De nodige omkadering moet hiervoor worden voorzien.
- Verslaving is veelal een behandelbare maar chronische aandoening met gevolgen op zeer verschillende domeinen (fysiek, mentaal en sociaal). Hiervoor is zorgcoördinatie (zowel bij de start van een hulpverleningstraject als in de nazorg) essentieel. Een aantal innoverende projecten (zoals Icarus en een Zorgpad Alcohol in algemene ziekenhuizen) moeten financieel verder ondersteund worden en een structurele en duurzame implementatie krijgen.
- Binnen de verslavingszorg dienen zich bijzonder kwetsbare groepen aan, waarvoor een specifiek aanbod of bijzondere aandacht nodig is:
 - opvang van oudere, chronische druggebruikers
 - begeleiding van behandelingsresistente mensen met een alcoholverslaving
 - behandelaanbod voor gedetineerden
 - aangepast aanbod voor asielzoekers en etnisch-culturele minderheden
 - ...
 Gezien de grote kwetsbaarheid van deze doelgroepen zijn bijkomende middelen nodig (bv. vergoeding van tolken) om met deze groepen te werken.
- De verslavingssector werkt reeds vele jaren met ervaringsdeskundigen. We vinden het belangrijk hier blijvend op in te zetten en ook familie en omgeving zoveel mogelijk in de zorg en het hersteltraject te betrekken. Zoals ook in het decreet op de geestelijke gezondheid werd opgenomen, is er nood aan een duidelijk statuut voor ervaringsdeskundigen en daaraan gekoppeld een rechtvaardige verloning (knelpunt: geen diploma en achterstand qua anciënniteit). Er moeten ook financiële mogelijkheden worden voorzien om ervaringsdeskundigheid structureel in de werking in te bouwen.

VAD pleit voor meer (vooral ambulante) capaciteit in de verslavingszorg met voldoende flexibiliteit om in te zetten op nieuwe en kwetsbare doelgroepen.

De inzet van ervaringsdeskundigen en de omgeving verdient blijvende aandacht en een structurele inbedding.

Stigmatisering en de gevolgen van justitiële benadering

Repressie als ultimum remedium

Repressie dient het ultimum remedium te zijn voor gebruikers van illegale drugs. Druggerelateerde criminele feiten kunnen niet ongestraft blijven. We denken hierbij aan rijden onder invloed, geweld, overvallen of inbraken, ... Hiervoor dient justitie een passend antwoord te formuleren, waarbij ook het druggebruik, als criminogene factor, wordt aangepakt. Wanneer we de oorzaak, de drugverslaving, ongemoeid laten, loert recidive steeds om de hoek.

Er werden in het verleden waardevolle initiatieven genomen in de verschillende fasen van het strafproces. We denken hierbij aan de proefzorg projecten en de drugbehandelingskamers. De werking en effectiviteit van deze initiatieven werden uitvoerig onderzocht en bewezen hun deugdelijkheid³. Er wordt reeds jaren gesproken over een uitrol in gans België, maar deze kwam er tot op heden niet.

Daarnaast dienen er in de samenwerking met de drughulpverlening overal meer structurele middelen te komen voor leerstraffen en behandel mogelijkheden in het kader van Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen. De AGM-projecten voor druggebruikers bestaan 25 jaar, maar kregen tot op heden geen structurele middelen. De verspreiding van het aanbod loopt regionaal ook sterk uiteen. Wanneer we de instroom via justitie verbeteren via proefzorg en drugbehandelingskamers dienen we hiervoor extra capaciteit te voorzien in de verslavingszorg.

³. De Ruyver et al. (2008) Een brug tussen Justitie en drughulpverlening: een evaluatie van het proefzorgproject. Colman et al. (2011) De Drugbehandelingskamer: een andere manier van afhandelen. Het proefzorgproject geëvalueerd.

Repressie als ultimum remedium is eerder een slogan dan realiteit. Het criminaliseren van gebruik en gebruikers leidt vaak tot bijkomende problemen (vervolging, penalisering, exclusie en stigmatisering), maar draagt niet bij tot herstel. Nieuwe modellen van decriminalisering dienen te worden uitgetest en uitgerold.

VAD pleit voor het in praktijk brengen van repressie als ultiem antwoord op drugs en druggebruik en de ontwikkeling van nieuwe modellen van decriminalisering van mensen die drugs gebruiken.

Gevangenenissen

Er dient dringend werk gemaakt te worden van een globaal en geïntegreerd drugbeleid binnen de penitentiaire inrichtingen, in samenwerking met externe (gespecialiseerde) diensten. Daarenboven is er nood aan overleg en coördinatie op casusniveau. Gevangenenissen worden geconfronteerd met enorm veel druggebruikers (60% van de gedetineerden gebruikte ooit drugs en 30% doen dit nog steeds; 10% start met het gebruik van drugs in de gevangenis⁴). De opkomst van Nieuwe Psychoactieve Substanties (NPS) maakt het niet makkelijker om drugs uit de gevangenis te houden. Zo krijgen we momenteel signalen van kranten die geïmpregneerd werden met synthetische cannabinoïden.

Een gedifferentieerd aanbod dient beschikbaar te worden in alle gevangenenissen en naar alle gedetineerden. De aanpak moet volgende pijlers omvatten: visieontwikkeling en stimuleren van onderzoek; regelgeving en procedures; preventie, gezondheidspromotie en schadebeperking; begeleiding en hulpverlening tijdens en na de detentie; vorming van zorgverleners en personeel van de gevangenis; omgevingsinterventies.

VAD pleit voor meer middelen voor justitie, welzijn en gezondheid om de drugproblematiek, in samenwerking met de drughulpverlening, binnen justitie aan te pakken.

Beeldvorming en de-stigmatisering

Sensibiliseren, werken aan beeldvorming, participatie van de cliënt/patiënt, ondersteuning van de herstelbeweging, ... zijn heel hard nodig om uitsluiting te vermijden, snelle toeleiding naar hulpverlening te faciliteren en ondersteuning te bieden bij herstel en nazorg. Voor een overheid is het belangrijk om de stem van personen met een verslavingsproblematiek systematisch te betrekken bij beleidsvoering en -evaluatie.

Mensen met verslavingsproblemen worden zwaar gestigmatiseerd, zowel vanuit de samenleving als vanuit diverse voorzieningen in de welzijns- en gezondheidssector. Dit is zichtbaar op vlak van wonen, werken, sociale activering tot exclusie op vlak van verzekeraar én exclusie in de zorg. Taboe, gebrek aan bekendheid met behandelingsmethoden en stigmatisering bemoeilijken vaak een efficiënte en effectieve aanpak.

Beeldvorming met betrekking tot verslaving is zeer ambivalent: enerzijds kunnen de legale producten (alcohol, gokken, gamen) zonder veel restricties rijkelijk worden gepromoot, waarbij positieve beeldvorming primeert. Mensen met een verslavingsprobleem worden daarentegen zwaar gediscrimineerd en geëxcludeerd in de samenleving. Deze ambivalentie werkt zowel contraproductief in een preventieve aanpak als in de zorg en bij herstel van mensen met een verslavingsprobleem.

VAD pleit voor continue aandacht voor de problematiek van middelenmisbruik: werken aan een maatschappelijk draagvlak, zorg voor de kwetsbaarheden van de doelgroep, maatregelen om exclusie en stigma te bestrijden.

⁴ Vander Laenen, F. (2017) Psychofarmaca en drugsgebruik in Vlaamse gevangenenissen. Verslaving 13(2), 85-97

Ondersteuning van beleid en werkveld via onderzoek en ontwikkeling, opleiding en kwaliteitsbevordering

Onderzoek

België doet weinig op het vlak van wetenschappelijk onderzoek en evaluatie. Projecten op het vlak van kwaliteitsbevordering zijn fragmentair. Dit zijn nochtans essentiële bouwstenen om de deskundigheid in de maatschappelijke sectoren en in de samenleving te ondersteunen.

Een aantal verworvenheden uit het verleden dienen zeker gecontinueerd te worden:

- de Algemene Cel Drugsbeleid als afstemmings- en coördinatiecel: hier structureel ruimte voorzien voor adviesfunctie van koepelorganisaties, expertisecentra, ervaringsdeskundigen en omgeving (civil society);
- de Hoge Gezondheidsraad als adviesorgaan voor de overheid;
- wetenschappelijk onderzoeksprogramma drugs, zoals Belspo, voor beleidsondersteunend onderzoek.

Daarnaast zijn er blijvende bijkomende noden op het vlak van onderzoek en ontwikkeling:

- meer bevolkingsonderzoek, specifiek naar verslaving (gezondheidsenquête blijft beperkt voor het thema verslaving);
- een nieuw 'fonds ter bestrijding van verslavingen' om innovatieve projecten en methodieken uit te werken, met voldoende tijd en middelen om zich te bewijzen;
- een onderzoeksprogramma met fondsen ter ondersteuning van het werkveld (evaluatie van praktijk, opvolging NPS, drugtesting,...);
- continuering van de financiële ondersteuning voor de Europese engagementen op vlak van dataverzameling in het kader van het BMCDDA⁵, na het wegvallen van Europese middelen.

Opleiding en kwaliteitsbevordering

Verslaving is vaak afwezig in de basisopleiding van zeer veel beroepsgroepen, die in de praktijk veel te maken krijgen met mensen met verslavingsproblemen. We denken aan psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, huisartsen, ... We willen samen met het departement onderwijs bekijken hoe we hierin bepaalde stimulansen en goede praktijken kunnen inbrengen. Daarbij is het goed om formele erkenning van bijscholingen omtrent verslaving te realiseren.

De verslavingssector kampt met een tekort aan psychiaters: een aantrekkelijke verloning is nodig om studenten geneeskunde naar deze specialisatie toe te leiden.

VAD pleit voor een volgehouden investering in Belgische en Vlaamse onderzoeksprogramma's, actualisering van cijfers over consumptie en gedrag. Er is nood aan een formele erkenning van bijscholingen die beroepsgroepen vertrouwd maken met de vele vormen van verslaving en maatregelen om het werken in de verslavingszorg aantrekkelijker te maken.

Meer weten? <http://www.vad.be/preventie-en-hulpverlening>

Cijfers:

Hulpverlening: <http://www.vad.be/materialen/detail/factsheet-hulpverlening-vlaanderen>

Preventie: <http://www.vad.be/onderzoek/ginger>

Visieteksten:

<http://www.vad.be/artikels/detail/samenwerken-met-de-ggz-binnen-de-107-ontwikkelingen>

<http://www.vad.be/assets/krachtlijnen-voor-preventie-en-behandeling>

<http://www.vad.be/artikels/detail/een-preventief-alcohol--en-drugbeleid-binnen-organisaties-in-verschillende-sectoren>

⁵ BMCDDA: Belgian Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (samenwerking tussen federale en gemeenschapsvoorzieningen)

1. Alcohol



De kostprijs

Alcohol is een schadelijke stof die zeer veel problemen kan veroorzaken op vlak van gezondheid en veiligheid. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) linkt alcoholgebruik ondertussen aan meer dan 200 ziekten en verwondingen. Onder andere het kankerverwekkende effect van alcohol wordt steeds duidelijker aangetoond. Daarnaast is de sociale kost van alcoholgebruik bijzonder hoog (2.1 miljard € in België in 2012) wat geenszins opweegt tegen de inkomsten uit taxatie.

Het maatschappelijk draagvlak

Alcohol is een sterk aanvaard middel in onze samenleving. We zijn fier op ons bier, bier is cultureel erfgoed, alcohol staat synoniem voor ontspanning en plezier. Niet zelden roept een debat tot verantwoordelijk alcoholgebruik emotionele discussies op.

Tournée Minérale, een initiatief van VAD/De DrugLijn en de Stichting tegen Kanker heeft het maatschappelijk draagvlak over matig en verantwoordelijk alcoholgebruik positief beïnvloed. Op basis van de evaluatie van 2018 spreken 66% van de Belgen zich uit voor een verhoging van de minimumleeftijd voor alcoholgebruik tot 18 jaar, slechts 13% is niet akkoord, de rest heeft hierover geen mening; 52% van de Belgen is voorstander van een verbod op verkoop van alcohol in benzinestations, slechts 19% is niet akkoord en 49% van de Belgen is akkoord om de maximaal toegestane hoeveelheid alcohol voor bestuurders te verlagen tot 0 promille, 27% is niet akkoord.

De aanbeveling

De Hoge Gezondheidsraad formuleerde in mei 2018 een aanbeveling (advies nr. 9438) op niveau van de algemene bevolking om de risico's verbonden aan alcoholgebruik te beperken. Uitgangspunt is dat alcoholconsumptie altijd een impact heeft op de gezondheid en dat daarom wordt aangeraden om alcoholgebruik te beperken. Het advies luidt: "geen alcohol voor de leeftijd van 18 jaar; niet meer dan 10 standaardeenheden per week, te verdelen over verschillende dagen, met verschillende alcoholvrije dagen per week".

De 'three best buys'

Om de impact van deze aanbeveling te vergroten, raadt de HGR bovendien aan om deze te combineren met andere maatregelen die bedoeld zijn om het aanbod te beperken. De drie beste maatregelen, die ook door de Wereldgezondheidsorganisatie worden aanbevolen en door recente literatuur worden bekrachtigd als de meest kosteneffectieve maatregelen, zijn prijsverhoging, reclameverbod en beperking van de beschikbaarheid (bv. verbod op verkoop van alcohol in benzinestations, via automaten en in nachtwinkels, minimumleeftijd optrekken tot 18 jaar). Verder vult de WHO in haar recent programma SAFER deze drie maatregelen aan met controlemaatregelen in het kader van alcohol en verkeer en het vergemakkelijken van de toegang tot screening, vroeginterventie en behandeling.

Ieder zijn eigen rol

De alcoholindustrie heeft geen taak in het bepalen van het gezondheidsbeleid noch in de uitrol van preventieve maatregelen naar de algemene bevolking. Dit is een taak van de overheid en preventieorganisaties. Van de industrie wordt verwacht dat ze geen oppositie voert tegen effectieve maatregelen die problemen als gevolg van alcoholgebruik voorkomen en aanpakken. Focus van de industrie op het beperken van het aanbod en het verruimen van alternatieven zijn een meerwaarde voor het beleid. De rest mist alle geloofwaardigheid.

Voorstellen voor het beleid:

Op **nationaal** vlak (federale overheid en gewesten en gemeenschappen) is een nationaal alcoholplan nodig waarin alle beleidsactoren en beleidsniveaus een bijdrage leveren, met prioriteit voor prijsverhoging (van alle alcoholische dranken), reclameverbod en beperking van het aanbod. Dit vormt een essentieel voorwaardenscheppend kader om preventief en curatief aan de slag te gaan.

Op **federaal** vlak moet de aanbeveling om de risico's verbonden aan alcohol te beperken, actief worden uitgedragen en moet sensibilisering van de burger over de risico's van alcohol (gezondheid, verkeer, alcohol en zwangerschap, ...) een permanent aandachtspunt zijn.

Op niveau van de **Vlaamse Gemeenschap** moeten preventieactoren en setting-verantwoordelijken (onderwijs, vrijetijd, werk, lokaal beleid, welzijn, zorg en gezondheid) verder investeren om het draagvlak voor de toepassing van dit alcoholplan te vergroten en te ondersteunen. Voldoende en herkenbare aanspreekpunten die organisaties kunnen ondersteunen om hiermee aan te slag te gaan, is een voorwaarde. Inzetten op vroegdetectie en korte interventies is een essentiële schakel om problematisch alcoholgebruik in een zo vroeg mogelijk stadium te detecteren. Een voldoende uitgebreid en toegankelijk zorgaanbod is essentieel om cliënten met alcoholproblemen te begeleiden.

Op **lokaal niveau** ontwikkelt elke gemeente een lokaal alcohol- en drugsbeleid binnen de nieuwe meerjarenplannen 2020-2025 en ze kunnen hiervoor beroep doen op een stappenplan en begeleiding door preventiewerkers.

Op **Europees** niveau kan wetgeving (etikettering, minimumleeftijd, reclamebeperking) het nationaal beleid faciliteren. De Europese commissie moet opnieuw een alcoholstrategie uitwerken en zich engageren om deze in de komende jaren uit te werken. Het Europese landbouwbeleid staat momenteel haaks op het gezondheidsbeleid als het aankomt op subsidiëring en bescherming van de (bier- en wijn)producenten. Ook op Europees niveau geldt de prioriteit voor de gezondheid van alle burgers.

Meer lezen? <http://www.vad.be/themas/alcohol>

Cijfers over alcohol: http://www.vad.be/assets/factsheet_alcohol_dec2017_finaal-1

Visietekst: <http://www.vad.be/artikels/detail/waarom-vad-niet-samenwerkt-met-de-alcoholindustrie>

Dossier: <http://www.vad.be/assets/dossier-alcohol>

2. Cannabis



Het product cannabis

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug in België. Cannabis is geen onschuldig product maar niet elke gebruik leidt tot problemen en verslaving. Afhankelijk van het product (en de kenmerken, bv. hoog THC-gehalte van cannabis, manier van gebruiken bv. roken, frequentie en hoeveelheid van gebruik), de gebruiker (beginleeftijd; zo lang mogelijk uitstellen van gebruik omdat de hersenen van jonge gebruikers nog niet volledig zijn ontwikkeld, de psychische kwetsbaarheid van een gebruiker (moeilijk op voorhand in te schatten, maar wel bepalend voor problematisch gebruik) en de context, de omgeving van gebruik (motieven voor gebruik zoals om problemen te vergeten of de baas te kunnen, gevolgen op vlak van functioneren zoals rijden onder invloed, minder presteren op vlak van studie en werk, groepsdruk, ...) kunnen de risico's en negatieve gevolgen van gebruik toenemen.

Gedifferentieerde doelstellingen

De eerste en belangrijkste doelstelling is voorkomen dat iemand cannabis gebruikt. Hiervoor is het belangrijk om de norm van niet-gebruik (de meerderheid van de Belgen gebruikt immers geen cannabis) te blijven versterken. Cannabisgebruik is niet zonder risico en gebruik mag niet gebanaliseerd worden. Het aantal cliënten dat een beroep doen op de drughulpverlening als gevolg van cannabisproblemen stijgt jaar na jaar. Naast preventie moeten we inzetten op vroegdetectie en korte interventies, om zo snel mogelijk op beginnend riskant gebruik in te spelen. Een louter verbod op gebruik van cannabis en bijgevolg een louter repressief beleid is niet effectief. Het huidige beleid (illegaliteit) draagt niet bij tot de volksgezondheid en heeft integendeel vaak een negatief effect op vlak van stigmatisering en criminalisering. Vervolgving draagt zelden bij tot herstel. Inzetten op voldoende en toegankelijke zorg en de drempels tot zorg zo laag mogelijk houden is een belangrijke keuze in een effectief beleid.

Legalisering

Internationaal zijn verschillende bewegingen aan de gang om medicinaal en recreatief cannabisgebruik te legaliseren of te reguleren. Dit resulteert in zeer verschillende ervaringen en toepassingen gaande van zeer lucratieve vrijemarktinitiatieven tot sterk gereguleerde toeleiding tot hulpverlening en begeleiding. België kan in dit debat niet achterblijven. De drugwet is bijna honderd jaar oud en een grondige evaluatie en parlementair debat dringt zich op.

Medicinale cannabis valt niet binnen scope van de verslavingsproblematiek maar gaat over de therapeutische toepassing voor veelal somatische gezondheidsproblemen. Deze discussie hoort thuis in de medische en farmaceutische wereld. We pleiten voor meer onderzoek naar de medicinale toepassingen van cannabis in het kader van het recht van de consument op objectieve en correcte informatie, maar ook voor een scheiding van dit debat met het debat over de aanpak van cannabis als genotsmiddel.

Decriminalisering

Cannabisgebruik houdt een aantal gezondheidsrisico's in. Omdat cannabis voornamelijk wordt gerookt, en in onze regio veelal gemengd wordt met tabak, zijn er heel wat schadelijke effecten op de longen en luchtwegen als gevolg van het roken. Gebruik kan ook een aantal psychische problemen veroorzaken. Het criminaliseren van druggebruik en druggebruikers leidt evenwel niet tot het gewenste effect. Er is nood aan een eenduidig en goed gereguleerd beleid om de hierboven vermelde gedifferentieerde doelstellingen te realiseren. De 'war on drugs' heeft nog nooit positieve resultaten kunnen voorleggen. Preventie en zorg moeten centraal staan, repressie is het ultimum remedium.

3. Andere drugs – cocaïne, heroïne, ... en NPS

Betere kennis van de producten

Het gebruik van andere illegale drugs dan cannabis vindt plaats in verschillende niche-doelgroepen, afhankelijk van de producten, de gebruikers en de context. Het aantal nieuwe producten blijft stijgen, zeker in de groep van de Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS). We hebben geen zicht op de samenstelling van deze producten. Initiatieven om een drugincidentennetwerk op te zetten binnen het Early Warning System is een voorzichtige eerste stap. Aanvullend is het nodig om drugtestservices op te zetten, niet enkel met het oog op monitoring van producten, maar ook als service naar gebruikers in het kader van schadebeperking.

Gezondheid centraal

Ook voor de andere drugs dan cannabis moet gezondheid de belangrijkste invalshoek van het beleid zijn, in combinatie met duidelijke regelgeving gericht op ontrading en niet-gebruik. Combinatie van universele boodschappen over niet-gebruik (bv. in het uitgaan) kunnen probleemloos samengaan met initiatieven die zich richten op schadebeperking bij specifieke (groepen van) gebruikers (zoals Safe 'n Sound). We noemen dit preventie op maat, die heel wat problemen kan voorkomen.

Kwetsbare doelgroepen

Naast het aanbod aan universele preventie en zorg voor mensen die drugs gebruiken, is er nood aan differentiatie, het werken op maat van specifieke en vooral kwetsbare doelgroepen. We denken hierbij aan gedetineerden, etnisch-culturele minderheden, asielzoekers, daklozen, kinderen van ouders met een afhankelijkheidsprobleem (KOAP), enz. Cultuursensitiviteit en aandacht voor beeldvorming en destigmatisering, zowel in preventie als in de zorg, zijn belangrijke aandachtspunten.

Werken op maat

Mensen die illegale drugs gebruiken zijn zeer divers en hun noden en verwachtingen kunnen grondig verschillen. Er is nood aan een ruim en gedifferentieerd aanbod met zowel algemene als gespecialiseerde zorgmodules in de welzijns- en gezondheidszorg, die tegemoet komen aan deze noden (op vlak van gezondheid, maar ook huisvesting, werk, integratie, ...). De gebruiker (en zijn of haar omgeving) neemt zoveel mogelijk de regie op in dit proces en bepaalt welke zorg wanneer wenselijk en nodig is. Dit kan variëren van abstinentie tot schadebeperking en moet in overleg continue worden bevestigd en bijgesteld.

Ruimte voor vernieuwende projecten

Zowel internationaal als in lokale projecten wordt geëxperimenteerd met innoverende methodieken om specifieke doelgroepen te bereiken. Het is belangrijk dat hiervoor voldoende middelen en ruimte wordt voorzien om pilootprojecten kansen te geven om zich te bewijzen. Na afloop van de pilootfase moeten de resultaten kritisch worden bekeken en bij positieve evaluatie moeten mogelijkheden worden gecreëerd om dit landelijk uit te rollen.

Zo zijn gebruiksruidtes een zinvolle methodiek binnen het palet aan voorzieningen in de drughulpverlening. Ze vormen een meerwaarde zowel op het vlak van veiligheid in de publieke ruimte als op het vlak van de gezondheid van de persoon die drugs gebruikt, het verminderen van het aantal overdosissen en het vergemakkelijken van de toegang tot andere hulpverlening. De uitwerking moet zich concretiseren op het lokale niveau met alle betrokkenen: lokaal beleid, politie, zorg en preventie en moet sterk geïntegreerd zijn in de lokale, integrale aanpak van het drugsfenomeen. Er is nood aan een gewijzigd wettelijk kader om deze vorm van hulpverlening mogelijk te maken.

Voorstellen voor het beleid:

Op **nationaal** vlak (federaal niveau en gewesten en gemeenschappen) is een uitgebreid parlementair debat nodig over het gevoerde drugsbeleid (evaluatie van de drugwet van 1921), die leidt tot nieuwe beleidsplannen met betrekking tot middelengebruik en verslavingsproblemen, met bijzondere aandacht voor cannabis.

Op **federaal** vlak moeten een aantal wetgevende initiatieven worden onderzocht om innovatieve projecten mogelijk te maken die zich naar specifieke doelgroepen en/of specifieke problematieken richten. Ook dient de monitoring van producten te worden opgedreven zodat trends in druggebruik sneller en effectiever kunnen worden opgevolgd en noodzakelijke acties kunnen worden ondernomen.

Op niveau van de **Vlaamse Gemeenschap** moeten preventieactoren en setting verantwoordelijken (onderwijs, vrijetijd, werk, lokaal beleid, zorg en gezondheid) verder kunnen investeren om met een beleidsmatige aanpak een drugbeleid vorm te geven. Ook voor illegale drugs vormt inzetten op vroegdetectie en korte interventies een essentiële schakel om problematisch gebruik in een zo vroeg mogelijk stadium te detecteren. Een voldoende uitgebreid en toegankelijk zorgaanbod is nodig om herstel bij cliënten met drugproblemen te begeleiden.

Specifieke aandacht dient te gaan naar schadebeperking, gericht naar gebruikers, in initiatieven zoals spuitenruil en Safe 'n Sound. Capaciteitsuitbreiding van Safe 'n Sound is nodig om op de groeiende vraag van organisatoren van evenementen in de vrijetijd in te kunnen gaan. Kwetsbare groepen vormen een prioritaire doelgroep en vragen veel tijd en middelen om hiervoor gerichte initiatieven op maat op te zetten.

Op **Europees** (en **internationaal**) niveau moet het debat over decriminalisering/legalisering worden gevoerd en dient België hierin een actieve rol te spelen. Gezondheid is ook op dit internationale vlak het uitgangspunt.

Meer weten? Via onderstaande links vind je telkens factsheet (cijfers), wetenschappelijk dossier en andere informatie.

<http://www.vad.be/illegale-drugs/cannabis> * <http://www.vad.be/illegale-drugs/cocaine> * <http://www.vad.be/illegale-drugs/xtc> *
<http://www.vad.be/illegale-drugs/nieuwe-psychoactieve-stoffen-nps> * <http://www.vad.be/illegale-drugs/heroine> *
<http://www.vad.be/illegale-drugs/ketamine> * <http://www.vad.be/illegale-drugs/ghb> * <http://www.vad.be/illegale-drugs/lsd> *
<http://www.vad.be/illegale-drugs/speed> * <http://www.vad.be/illegale-drugs/vluchtige-snuifmiddelen>

Visie:

Cannabis: <http://www.vad.be/assets/1647>

Gebruiksruidtes: <http://www.vad.be/assets/2491>

Chronische druggebruikers: <http://www.vad.be/artikels/detail/zorg-voor-oudere-en-chronische-illegaledruggebruikers>

4. Psychoactieve medicatie



Het gebruik van psychoactieve medicatie ligt in België zeer hoog. In een vergelijkend onderzoek van tien EU-landen staat België na Portugal op de tweede plaats qua laatstejaarsgebruik. Het hoogste gebruik komt voor bij ouderen, zowel in de thuissituatie als in woonzorgcentra (VAD, Factsheet 2017).

Afbouw van psychofarmaca vraagt een gecoördineerde aanpak en samenwerking tussen artsen, apothekers, patiënten en actoren in de thuiszorg en woonzorgcentra (specifiek voor doelgroep ouderen). Voor de woonzorgcentra is een succesvol pilootproject uitgewerkt, dat eind 2018 aan alle geïnteresseerde woonzorgcentra werd aangeboden, met ondersteuning van een procesbegeleider (preventiewerkers in CGG).

Daarnaast is continue sensibilisering met betrekking tot beperkt gebruik van psychofarmaca nodig, in de eerste plaats bij de burger, met aandacht voor alternatieven voor medicijngebruik. Ook artsen vormen een belangrijke doelgroep om te informeren en te sensibiliseren over de risico's van langdurig gebruik en over mogelijke alternatieven.

Aandacht is ook nodig voor psychoactieve medicatie bij studenten, die op basis van de resultaten van de studentenbevraging (2018), zeker in examenperiodes, meer dan gemiddeld gebruik maken van psychoactieve medicatie.

Voorstellen voor het beleid:

Op **federaal** vlak is het wenselijk om de sensibiliseringscampagne over gebruik en voorschrijfgedrag van psychofarmaca op regelmatige basis te herhalen om het draagvlak voor minder gebruik van psychofarmaca te versterken.

Op niveau van de **Vlaamse Gemeenschap** biedt het project 'Afbouw van psychofarmaca in de woonzorgcentra' een degelijke en beleidsmatige aanpak om met de sector van de woonzorgcentra aan deze problematiek te werken. Het is belangrijk dat dit project voldoende lang kan worden verdergezet om alle centra de kans te geven hierop in te tekenen.

Meer weten? <http://www.vad.be/themas/psychoactieve-medicatie>

Cijfers: <http://www.vad.be/assets/factsheet-psychoactieve-medicatie>

Dossiers:

<http://www.vad.be/assets/dossier-slaap--en-kalmeringsmiddelen>

http://www.vad.be/assets/dossier_antidepressiva_webversie_def

5. Gokken



Gokproblemen is taboe

Op gokproblemen rust één van de grootste taboes in de geestelijke gezondheid. We hebben slechts een beperkt zicht op de omvang van de problematiek, maar de ernst en de gevolgen voor de direct betrokkenen zijn bijzonder zwaar.

Het online gokken en sportweddenschappen zijn de laatste jaren sterk in populariteit gestegen. Tijdens het WK voetbal 2018 waren we getuige van een invasie aan reclame voor gokken; de verontwaardiging hierover in de samenleving groeit.

Met een aantal stakeholders hebben we een Memorandum over de gokproblematiek geschreven die tot hiertoe door 169 organisaties en personen werd onderschreven.

We voegen dit Memorandum gokken integraal in de bijlage toe, en vermelden hier de aanbevelingen.

Voorstellen voor het beleid:

Op **nationaal** vlak (federale overheid en gemeenschappen en gewesten) moeten de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) en de Visienota van de Algemene Cel Drugsbeleid omgezet worden in een globaal beleidsplan gokken. Vertrekpunt is dat gokproblemen een belangrijk probleem van volksgezondheid vormen, waarbij de bescherming van de speler absolute prioriteit verdient. Er is nood aan een beleidsnota waarin alle betrokken overheden zich engageren, die zowel gericht is op de aanpak van de vraag- als van de aanbodzijde.

Er moet een onderzoeksfonds voor de gokproblematiek worden opgericht om neutraal onderzoek te financieren dat leidt tot betere kennis van de problematiek en van de effectiviteit van preventie en hulpverlening. De gokoperatoren moeten verplicht worden om hun databanken ter beschikking te stellen van onafhankelijke onderzoekers én om dit fonds te spijzen.

Op **federaal** vlak is er nood aan wetgeving die het aanbod reguleert, het aantal vergunningen beperkt (zowel real life als online en virtuele weddenschappen), reclame en marketing verbiedt, een performant uitsluitingssysteem mogelijk maakt, maximale inzetten oplegt, vanuit het standpunt van bescherming van de speler.

Op niveau van de **Vlaamse Gemeenschap** moet verder ingezet worden op het continuüm van preventie, screening en vroeg-interventie en diverse vormen van hulpverlening. Er is nood aan uitbreiding van het bestaande aanbod, dat tevens voldoende laagdrempelig moet zijn. Er moet aandacht gaan naar het doorbreken van het bestaande taboe om de treatment gap te verkleinen. Daarenboven moet worden ingezet op meer kennis over gokken bij de algemene bevolking en deskundigheidsbevordering van actoren in preventie en zorg.

Op **Europees** (en **internationaal**) niveau kunnen een aantal wetgevende maatregelen worden genomen om het online gokken te reguleren en de illegale goksites op te sporen en offline te houden.

Meer weten? <http://www.vad.be/themas/gokken>

Cijfers: http://www.vad.be/assets/factsheet_gokken_december_2017finaal

Dossier: <http://www.vad.be/assets/dossier-gokken-1>

Visie:

VAD: <http://www.vad.be/artikels/detail/waarom-vad-niet-samenwerkt-met-de-gokindustrie>

Gezinsbond: <https://gezinsbond.be/Gezinspolitiek/standpunten/Documents/Gokken.pdf>

Gokhulp: <https://gokhulp.be/>

Advies Hoge Gezondheidsraad: www.health.belgium.be/nl/advies-9396-gokstoornis

6. Gamen



Populaire tijdsbesteding

In 2015 werden in België 4.2 miljoen actieve gamers geteld. Vooral voor jongeren maakt gamen een vast deel uit van de vrijetijdsbesteding. In het schooljaar 2014-2015 gamede 79% van de jongeren in het secundair onderwijs in de week voor de bevraging. Jongens gamen vaker en langer, jongere leerlingen gamen eveneens frequenter dan de oudere leerlingen.

Meerderheid is niet problematisch

Games zijn zeer toegankelijk en zorgen voor plezier, ontspanning, leerervaringen, haalbare uitdagingen en competitie. Een game kan functioneren als een veilig privé laboratorium om verschillende dingen die in het dagelijks leven onmogelijk zijn, uit te proberen. Voor een kleine groep zorgt gamen evenwel voor problemen en neemt gamen zoveel tijd in beslag dat het ten koste gaat van andere activiteiten zoals school, werk, relaties, gezondheid, enz. Bij gebrek aan een goede indicatiestelling van problematisch gamen is het moeilijk om duidelijk onderscheid te maken tussen recreatief gamen en problematisch gedrag. Een goede indicatiestelling is essentieel voor een effectieve vroegdetectie en hulpverlening. Mede als gevolg van het ontbreken van een officiële diagnose worden problematische gamers onder allerlei categorieën geregistreerd en is het bijzonder moeilijk om uit te maken hoe zwaar de problematiek weegt op de hulpverlening.

Meer onderzoek en meer evidentie nodig

De huidige wetenschappelijke bevindingen leveren vooralsnog weinig evidence based richtlijnen voor de behandeling van problematische gamers. Ook op het vlak van preventie is er nog heel wat onderzoek nodig om te bekijken welke methodieken en interventies effectief zijn.

Inzet op preventie

Universele preventiemethodieken naar jongeren lijken weinig effectief. Er moet vooral worden ingezet op selectieve preventie en vroegdetectie en vroeginterventie. Daarnaast is opvoedingsondersteuning van ouders in het omgaan met gamen van hun (kleine) kinderen een belangrijke insteek.

Verder ligt een deel van de verantwoordelijkheid bij de game-industrie, die mits een aantal ingrepen de tijdsbesteding van gamers kan beïnvloeden.

Gamen en gokken

Ten slotte willen we wijzen op een recente trend waarin diverse gokelementen in de games worden verwerkt (o.a. via loot boxes) waardoor zelfs heel jonge gamers met gokken in contact komen en de financiële inzet in games weinig transparant worden.

Voorstellen voor het beleid:

Op **nationaal** vlak (federale overheid en gemeenschappen en gewesten) is er nood aan onderzoeksmiddelen om riskant en problematisch gamen in kaart te brengen en op te volgen, zodat dit een goede wetenschappelijke basis vormt voor een verder beleid op vlak van preventie en zorg.

Op niveau van de **Vlaamse Gemeenschap** moet sterk worden ingezet op vroegdetectie en deskundigheidsbevordering zowel bij ouders en opvoeders, preventiewerkers als hulpverleners.

Op **Europees** (en **internationaal**) niveau kan regulerend worden opgetreden om de game-industrie te engageren in een soort deontologische code waarin een aantal spelelementen worden ingevoerd die kunnen voorkomen dat gamegedrag gaat ontsporen (vb. pop-ups die gamers eventjes uit hun flow halen en feedback geven over hun game-tijd, verbod op gokelementen in games, enz).

Meer weten? <http://www.vad.be/themas/gamen>

Cijfers: http://www.vad.be/assets/factsheet_gamen_dec2017_finaal

Dossier: http://www.vad.be/assets/dossier_gamen_def

Op gokproblemen rust één van de grootste taboes. We hebben slechts beperkt zicht op de omvang van de problematiek, mede door de grote treatment gap. Ondanks de eerder beperkte zichtbare maatschappelijke overlast, is de impact van gokproblemen groot. Zo zal de persoon met gokproblemen veel tijd, geld en energie in het gokken steken. Hierdoor zal hij/zij niet meer al zijn/haar rollen binnen de samenleving kunnen opnemen. De gevolgen zijn groot voor zowel de persoon met een gokstoornis zelf, als zijn/haar omgeving. Financiële problemen, schaamte, angst en andere psychische problemen leiden onder andere tot een hoog suïciderisico.

Verontwaardiging en bezorgdheid gokproblematiek

Vanuit een gedeelde bezorgdheid slaan de verslavings- en gezondheidssector, Gezinsbond en consumentenverenigingen de handen in elkaar en formuleren wij dit memorandum. Wij beseffen dat het inzetten op preventie en zorg maar zin heeft als dit kan gebeuren binnen een flankerend beleid waarin vanuit de overheid ook wordt ingezet op wetgeving en de bescherming van de kwetsbare speler. Meerdere zinvolle initiatieven werden hiertoe reeds genomen. Toch merken wij dat de invloed van de kansspelsector, met zeer veel economische belangen, het neigt te halen van een (geestelijke) gezondheidsbeleid, het gezinsbeleid en het consumentenbeleid.

Met dit memorandum willen we standpunten van middenveldorganisaties samenvatten, versterken en het engagement van de verschillende organisaties vergroten. We doen voorstellen voor het beleid en willen daarnaast ook de kansspelsector responsabiliseren m.b.t. tot de mogelijke problematische gevolgen van gokken.

De Hoge Gezondheidsraad formuleerde in november 2017 een advies (nr. 9396) met betrekking tot gokstoornissen. De HGR raadt aan om structurele maatregelen in verband met het spelaanbod wettelijk te verankeren, om in te zetten op vroegdetectie en –interventie en om het bestaande zorgaanbod uit te breiden en beter bekend te maken. Ten slotte adviseert de Raad om meer onderzoek over deze problematiek te financieren.

Bescherming van de speler prioriteit

De bescherming van de speler, vanuit welzijns- en gezondheidsperspectief, zou steeds het kansspelbeleid moeten bepalen. Zo dienen beschermingsmaatregelen van de speler te primeren op de rendabiliteit van de sector en dient de gezondheidstoets steeds te gebeuren bij het nemen van beslissingen. Het lijkt ons moeilijk te verzoenen dat één orgaan zowel de winstgevendheid van de goksector vrijwaart, de bescherming van de speler dient te waarborgen, en het spel reguleert.

Een preventief beleid bestaat uit vier pijlers: regels en afspraken, zorg en begeleiding, informatie en sensibilisering (educatie) en omgevingsinterventies. Alle vier de pijlers zijn belangrijk in de preventie en aanpak van gokproblemen en vullen elkaar aan. Als deze pijlers evenwichtig worden uitgewerkt, ontstaat er een beleid waarbij verschillende maatregelen en acties op elkaar zijn afgestemd en elkaar versterken.

Regels en afspraken: wetgevende initiatieven

Mensen moeten hun spelplezier zelf kunnen invullen, maar binnen een bepaalde beschermende context. Zelfs al bevindt een gokker zich reeds in een problematische situatie, hij blijft spelplezier (neurobiologisch, “bijna winst”) ervaren. Een beschermend wetgevend kader is dus van uitzonderlijk belang.

Het fundament voor een effectief beleid ligt bij regels en afspraken. Gokproblemen voorkomen en de speler beter beschermen ligt in een aantal wetgevende initiatieven met nadruk op verbod of beperking van marketing en reclame, beperking van de beschikbaarheid (openingsuren, toegangscontrole, toegang verboden voor jongeren onder 21 jaar enz.), regulering van het spelaanbod (voor alle types), invoering van strategieën van zelfcontrole (uitsluitingen, limieten, enz.) en verfijning van het EPIS uitsluitingssysteem. Er moet ook aandacht zijn voor de tijd en het geld dat men verliest bij gokken (bv. via pop-ups). Het is belangrijk dat men kijkt naar wat men als individu kan verliezen en niet naar ‘labo’ gemiddelden. Momenteel wordt er werk gemaakt van wetgevende initiatieven waarbij alvast enkele van deze kernpunten, zij het slechts gedeeltelijk, worden meegenomen. Er moet daarnaast meer ingezet worden op vroeginterventie en zorg (zie verder).

Het legale aanbod faciliteren om het illegale gokaanbod aan banden te leggen is een onvoldoende beschermende maatregel. Ook het legale aanbod houdt risico's in. De goedkeuring door de Kansspelcommissie is geen kwaliteitslabel dat een veilig aanbod garandeert. Sommige gokactiviteiten zijn verslavender dan anderen. Daar kan meer differentiatie en beperking gebeuren.

Daarnaast is het bij regelgeving van uiterst belang dat deze afdwingbaar is en dat er ook (voldoende) controles gebeuren.

Zorg en begeleiding

Aandacht voor gokproblemen in welzijn en zorg:

- Door gokproblemen bespreekbaar te maken en het taboe hierover te verminderen (sensibiliseringscampagnes).
- Door de kennis en de vaardigheden van gokkers te verhogen om de controle over hun gokgedrag te versterken.
- Door kennis/sensibilisering bij eerstelijnszorgverstrekkers en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg te versterken door in te zetten op vorming en opleiding.
- Door systematische screening en vroegdetectie met de focus op kwetsbare groepen.
- Door in een gedifferentieerd en specifiek hulpverleningsaanbod voor mensen met gokproblemen te voorzien: door te voorzien in meer gespecialiseerde centra, door ondersteuning van zelfhulpgroepen in elke provincie, door het aanbod aan online behandelingsmogelijkheden uit te breiden en het bestaande hulpverleningsaanbod te differentiëren (onder andere residentiele aanbod, groepswerking in elke provincie).
- Door de inzet van ervaringsdeskundigheid binnen de hulpverlening (aanvullende expertise).
- Door aandacht te hebben voor de familie en omgeving van de persoon met gokproblemen.
- Door het aanbod en de weg er naartoe bekend te maken naar de doelgroep.

Informatie en sensibilisering (educatie): onderzoek, kwaliteits- en deskundigheidsbevordering

Onderzoek

We trachten ons voor de aanbevelingen in dit memorandum zo veel mogelijk te baseren op zaken die we reeds weten uit wetenschappelijk onderzoek. Helaas is er tot op heden nog te weinig kennis. Er is nood aan meer neutraal onderzoek. Zo zou bijvoorbeeld een sociale kost studie zeer waardevol zijn. Daarnaast is er ook nood aan onderzoek over de effectiviteit van beschermende maatregelen.

De kansspelsector (Nationale Loterij en privé-aanbieders) zou hiertoe kunnen bijdragen. De kansspelsector zou verplicht moeten worden om jaarlijks een bijdrage te doen aan een fonds voor neutraal wetenschappelijk onderzoek en om data aan te leveren.

Educatie

Naast onderzoek is het ook nodig om middelen vrij te maken voor preventie. Dit mag geen preventie door de kansspelsector zijn, maar moet door welzijns- en gezondheidsorganisaties gebeuren.

Specifiek educatie en sensibilisering vanuit de bredere samenleving naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen toe is belangrijk. Kinderen en jongeren leren uit hun context en gebruiken dit als referentiekader. Dit sociaal leren zou ervoor kunnen zorgen dat gokken als aanvaardbaar en normaal wordt gepercipieerd en dat kinderen/jongeren zich niet bewust zijn van de mogelijke problemen die uit gokken kunnen voortvloeien.

Bij alcohol en gezonde voeding hebben we een duidelijke richtlijn. Voor gokken is dat niet het geval. Een referentiekader is nuttig, zo kunnen mensen beter inschatten vanaf wanneer er een probleem is. Er is dus nood aan een duidelijke en wetenschappelijk onderbouwde richtlijn die net als bij alcohol een antwoord geeft op de vraag 'hoeveel is te veel?'

Daarnaast bezitten de kansspeloperatoren heel wat informatie (big data) die een belangrijke waarde kunnen hebben de i.k.v. de bescherming van de speler. Momenteel worden deze data nog niet of zeer beperkt aangewend voor preventieve doeleinden of in kader van vroegdetectie en -interventie. We pleiten er voor om deze data anoniem ter beschikking te stellen voor onderzoek en preventie. Van hieruit kunnen tevens voorstellen tot wetgevende initiatieven gebeuren.

Omgevingsinterventies: reclame en marketing

De kansspelsector groeit, en dat zien we ook dagelijks in het straatbeeld, online en op de televisie. Zo waren we tijdens het WK voetbal 2018 getuige van een invasie aan reclame voor gokken. Reclame zorgt voor normalisatie van gokken. Daarnaast werkt reclame en het aanbieden van bonussen irrationele cognities in de hand. Ook elementen in games die gokervaring mee brengen, vallen onder reclame. Er is nood aan een wettelijk afdwingbaar initiatief. We dienen hierbij in eerste instantie kwetsbare groepen te beschermen. Daarbij vragen wij ook om de minimumleeftijd voor alle kansspelen op te trekken tot 21 jaar, gezien de kwetsbaarheid van jonge mensen en hun vaak beperkte financiële draagkracht. Dit dient zeker meegenomen te worden in de aankomende wetgevende initiatieven.

Het argument dat reclame voor het legale aanbod mensen weg houdt van het illegale aanbod is niet onderbouwd. Door reclame vestig je de aandacht op gokken an sich.

Voorstellen voor het beleid:

Op **nationaal** vlak (samenwerking federaal en gemeenschappen en gewesten) moeten de aanbevelingen van de HGR en de Visie-nota van de Algemene Cel Drugsbeleid omgezet worden in een globaal beleidsplan gokken. Vertrekpunt is dat gokproblemen een belangrijk probleem voor volksgezondheid vormen, en dat de bescherming van de speler absolute prioriteit verdient. Er is nood aan een beleidsnota waarin alle betrokken overheden zich engageren, die zowel gericht is op de aanpak van de vraag- als van de aanbodzijde.

Er moet een onderzoeksfonds voor de gokproblematiek worden opgericht om neutraal onderzoek te financieren dat leidt tot betere kennis van de problematiek en van de effectiviteit van preventie en hulpverlening. De gokoperatoren moeten verplicht worden om hun databanken ter beschikking te stellen van onafhankelijke onderzoekers, én om dit fonds te spijzen.

Op **federaal** vlak is er nood aan wetgeving die het aanbod reguleert, het aantal vergunningen beperkt (zowel real life als online en virtuele weddenschappen), reclame en marketing verbiedt, een performant uitsluitingssysteem mogelijk maakt, maximale inzetten oplegt, vanuit het standpunt van bescherming van de speler

Op niveau van de **Vlaamse Gemeenschap** moet verder ingezet worden op het continuüm van preventie, screening en vroeg-interventie en diverse vormen van hulpverlening. Er is nood aan uitbreiding van het bestaande aanbod, dat tevens voldoende laagdrempelig moet zijn. Er moet aandacht gaan naar het doorbreken van het bestaande taboe om de treatment gap te verkleinen. Daarenboven moet worden ingezet op meer kennis over gokken bij de algemene bevolking en deskundigheids-bevordering van actoren in preventie en zorg.

Op **Europees** (en **internationaal**) niveau kunnen een aantal wetgevende maatregelen worden genomen om het online gokken te reguleren en de illegale goksites op te sporen en offline te houden.

Meer weten?

Standpunt gezinsbond: <https://gezinsbond.be/Gezinspolitiek/standpunten/Documents/Gokken.pdf>

Advies Hoge Gezondheidsraad: www.health.belgium.be/nl/advies-9396-gokstoornis

Algemeen: www.vad.be/themas/gokken

Cijfers: www.vad.be/assets/factsheet_gokken_december_2017

Dossier gokken: www.vad.be/assets/factsheet_gokken_december_2017

Gokhulp: <https://gokhulp.be>

Colofon

VAD

Paul Van Deun, voorzitter

Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

© 2018

