



REPORT TO THE EMCDDA
by the Reitox national focal point of Belgium,
*Scientific Institute of Public Health,
Unit of Epidemiology*

BELGIUM
DRUG SITUATION 2000

REITOX REF/ 2000



Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Dienst Epidemiologie



BELGISCH NATIONAAL RAPPORT OVER DRUGS 2000

ASL



Deutschsprachige
Gemeinschaft

LEURQUIN P. (WIV)

en

CCAD/EUROTOX



Communauté
française

BILS L. (CCAD)

HARI GA F. (EUROTOX)

KÖTTGEN S. (ASL)

LAUDENS F. (VAD)

CTB-ODB



Région
Bruxelles-Capitale
Brussels Hoofdstedelijk
Gewest

VANDERVEKEN M. (CTB-ODB)

VAD



Vlaamse



WIV

Wetenschappelijke Instituut van Volksgezondheid, J. Wytsmanstraat, 14, 1050 BRUSSEL

Verantwoordelijke : Denise WALCKIERS / Wetenschappelijk medewerkers : Ann DESMET, Patrick LEURQUIN, Francis SARTOR / Administratief medewerker: Sheila GOYENS

Tel : 32-2/642.50 35 - Fax : 32-2/642.54.10

e-mail : BI RN@iph.fgov.be

Web site : <http://www.iph.fgov.be/reitox>

ASL

Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung
Klosterstrasse, 3, 4700 EUPEN

Verantwoordelijke: Norbert GENSTERBLUM

Tel. : 32-87/74.36.77 - Fax : 32-87/74.04.72

e-mail : ASL@skynet.be

EUROTOX

Rue de Haerne, 51, B - 1040 BRUXELLES

Verantwoordelijke: Fabienne HARI GA

Tel. : 32-2/644.22.00 - Fax : 32-2/644.21.81

e-mail : Eurotox@skynet.be

CTB / ODB

Concertation Toxicomanies Bruxelles / Overleg Druggebruik Brussel
Rue du Champ de Mars, 25/6 Marsveldstraat, 1050 BRUXELLES-BRUSSEL

Verantwoordelijke: Mark VANDERVEKEN

Tel : 32-2/289.09.60; Fax : 32-2/512.38.18.

e-mail : CTB.ODB@beon.be

VAD

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
Tollenaerestraat, 15 , 1020 BRUSSEL

Verantwoordelijke: Fred LAUDENS

Tel : 32-2/423.03.54 - Fax : 32-2/423.03.34

e-mail : onderzoek@VAD.be

Dienst Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2000; Brussel (Belgie)
IPH/EPI REPORTS N° 2000 - 19
Depot nummer: D/2000/2505/36

BELGISCH NATIONAAL RAPPORT OVER DRUGS 2000

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Dienst Epidemiologie
J. Wytsmanstraat 14
B-1050 BRUSSEL
Tel. +32 2 642 57 34
Fax +32 2 642 54 10
Email: birn@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/epidmio/>
<http://www.iph.fgov.be/reitox/>

Bezoek de BI RN-website voor meer informatie

[http: // www.iph.fgov.be / reitox /](http://www.iph.fgov.be/reitox/)

BELGISCH NATIONAAL RAPPORT OVER DRUGS

2000

Elk jaar wordt een Belgisch Nationaal Rapport over Drugs opgemaakt. Dat is de Belgische bijdrage tot het Jaarlijks Europees rapport dat wordt samengesteld door het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD). Het Belgische rapport 2000 snijdt volgende thema's aan: nationaal drugsbeleid, epidemiologie, preventie en vermindering van de vraag, huidige vereisten en prioriteiten voor de toekomst.

Een meer uitgebreide versie van dit rapport is beschikbaar in het Engels en bevat meer gegevens. U kunt dat rapport aanvragen aan de hand van de bijgevoegde bestelbon of in een e-mail. De diverse versies van het Belgisch rapport 2000 staan op de website van het BIRN, waar u de documenten eveneens kunt downloaden.

Inhoudsopgave

I . Nationaal beleid: wettelijk en organisatorisch kader	
Wettelijke aspecten	3
Gezondheidsaspecten	4
Betrokken actoren	5
Internationale betrekkingen	6
REI TOX – Focal Point en Sub-Focal Points	7
II . Epidemiologische situatie en trends	
1. Druggebruik bij de algemene bevolking	
1.a. Druggebruik bij de volwassen bevolking	9
1.b. Druggebruik bij de schoolgaande bevolking	10
1.c. Druggebruik in specifieke groepen	12
2. Problematisch druggebruik	
2.a. Schatting van de prevalentie van het probleemgebruik	13
2.b. Risicogedragingen	14
3. Gevolgen voor de gezondheid	
3.a. Aantal en kenmerken van patiënten in behandeling	15
3.b. Substitutiebehandelingen	18
3.c. Hospitalisaties gerelateerd aan druggebruik	18
3.d. Morbiditeit gerelateerd aan druggebruik	19
3.e. Mortaliteit gerelateerd aan druggebruik	21
4. Politiegegevens over druggebruik	
4.a. Aanhoudingen voor drugfeiten	22
4.b. Inbeslagname van drugs	23
4.c. Aanbod en beschikbaarheid	23
III . Interventies voor de inperking van de vraag	
Belangrijkste interventietypes om de vraag in te perken	25
IV . Nood aan informatie en prioriteiten voor de toekomst	
Huidige moeilijkheden	27
Prioriteiten voor de toekomst	30
Referenties	31
Bestelbon voor de gedetailleerde versie "Belgian National Report on Drugs – 2000"	33

Bezoek de BI RN-website voor meer informatie

[http: // www.iph.fgov.be / reitox /](http://www.iph.fgov.be/reitox/)

I. NATIONAAL BELEID: WETTELIJK EN ORGANISATORISCH KADER

Door de politieke structuur van België ressorteert de drugsproblematiek onder heel uiteenlopende ministeries. Daarom werd in 1992 een interministeriële conferentie opgericht die de initiatieven van die ministeries moest coördineren.

In 2000 moest een nieuwe interministeriële conferentie een drugbeleid voor België uitstippelen. Die groep wordt gecoördineerd door de minister van Volksgezondheid, terwijl ook de ministers van Justitie, Binnenlandse Zaken en Sociale Zaken rechtstreeks bij de werking zijn betrokken. Dat alles verloopt in nauw overleg met de communautaire en gewestelijke ministers die met het drugfenomeen geconfronteerd worden. Het nieuwe plan zou eind 2000 aan de parlementsleden worden voorgesteld.

Tot op heden, in afwachting van het nieuwe plan, liggen de prioriteiten van het beleid op het vlak van preventie, de bescherming van de gemeenschap en haar leden, de hulpverlening aan druggebruikers en een betere levenskwaliteit voor die laatste groep, ondanks hun druggebruik. Rechtsvervolging of gevangenisstraf worden slechts als laatste uitkomst toegepast voor gebruikers die een echt gevaar voor de maatschappij vormen.

Er wordt op dit moment gewerkt aan het uittekenen van nieuwe beleidsrichtlijnen voor de toekomst. De huidige filosofie inzake drugbeleid, kan als volgt worden samengevat:

De drie belangrijkste wapens in de strijd tegen drugs zijn preventie, behandeling en repressie. Tussen een strikt repressieve aanpak en een totaal gedoogbeleid ligt een middenweg, het zogenaamde "normalisatiebeleid". Wat in geen geval betekent dat drugs normaal of gebruikelijk zouden worden in onze maatschappij.

elk geval afzonderlijk toepast (de betreffende wetteksten en koninklijke

1. De hoofddoelstelling is **preventie**: voorkomen van problemen als gevolg van druggebruik en vroegtijdig opsporen en begeleiden van risicogroepen.
2. De tweede prioriteit ligt in de **bescherming van de gemeenschap en haar leden die geconfronteerd worden met de drugproblematiek en de gevolgen daarvan**.
3. Dergelijke aanpak slaat ook op de druggebruikers zelf die opvang moeten krijgen, net als een betere levenskwaliteit, ondanks hun druggebruik.
4. Justitie kan en mag niet het enige middel zijn om druggebruik sociaal onder controle te houden. Vóór de tussenkomst van het gerecht moet de gebruiker de kans krijgen een geschikte oplossing te vinden tussen een ruim aanbod van behandelingen.
5. **Een gevangenisstraf is géén uitkomst voor een druggebruiker van wie drugbezit de enige overtreding is.** Gerechtelijke vervolging en gevangenisstraf mogen uitsluitend als "**ultimum remedium**" gezien worden.
6. Als we het drugbeleid willen aanpassen aan onze veranderlijke maatschappij, dan zijn **geregelde evaluaties** van de ingevoerde maatregelen strikt noodzakelijk.

WETTELIJKE ASPECTEN

Momenteel baseert de Belgische wetgeving zich bij de strafmaatbepaling nooit op het soort drugs ("soft" of "hard"), noch op de hoeveelheid drugs die in beslag werd genomen. De gerechtelijke overheid houdt alleen rekening met de begrippen bezit, gebruik in groep en handel, criteria die ze op

besluiten gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad zijn beschikbaar op de site van

het ministerie van Justitie: www.just.fgov.be). In **1997** evenwel, werden de conclusies van een werkgroep belast met de studie van de drugproblematiek overgenomen door het parlement en de ministerraad. Het strafbeleid werd daaraan aangepast: gerechtelijke vervolging was slechts een "ultima ratio" indien de maatschappij aanzienlijke schade werd berokkend.

Hoewel de wet ongewijzigd bleef, voerde een richtlijn in **1998** toch enkele aanpassingen in bij de gerechtelijke overheid. Zo werd voor het eerst een onderscheid gemaakt tussen het bezit van cannabis voor eigen gebruik en van andere illegale drugs met onaanvaardbare gevolgen voor de gezondheid, naast verhandeling en verkoop van drugs. Het bezit van cannabis voor eigen gebruik bleef strafbaar, maar kreeg de laagste prioriteit wat betreft vervolging.

Een nieuwe wet maakte onlangs de verkoop, levering en de verstrekking van materiaal bestemd voor de preventie van infectieuze aandoeningen mogelijk (o.a. de invoer van spuitruilprogramma's) (wet van **1998** en besluit van juni **2000**).

De verplichtingen opgelegd door de UN conventie over psychotrope middelen in 1971 (o.a. benzodiazepines, meprobamaat, MDMA, MBDB en barbituraten) werden in 1998 volledig in de nationale wetgeving opgenomen. Al deze stoffen staan voortaan onder controle.

De lijst met stoffen die het rijgedrag kunnen beïnvloeden, werd in 1999 uitgebreid. Naast alcohol, bevat deze lijst nu ook THC (molecule afkomstig van cannabis), amfetamines, MDMA, MDEA, MBDB, morfine, cocaïne, plus andere middelen. Indien een lichamenlijk onderzoek het gebruik van deze middelen achter het stuur laat vermoeden, mag de analyse van een urinestaal geëist worden. In geval van een positieve urinestaal kan bijkomend een bloedstaal geëist worden.

In **1994** werd tijdens de Consensusconferentie een compromis bereikt over de aflevering van methadon voor substitutiebehandelingen. Aan de hand van nieuwe criteria kunnen artsen nu dergelijke

GEZONDHEIDSASPECTEN

De Gemeenschappen en Gewesten leveren steeds grotere inspanningen om een **totaalpreventie** uit te werken die voornamelijk is toegespitst op gezondheid en welzijn. Diverse evoluties komen duidelijk naar voren: ontwikkeling van een drugbeleidsplan, betere coördinatie van geplande preventiemaatregelen bekeken vanuit een gezondheidsstandpunt, vermindering van de risico's, lokale initiatieven voor misdaadpreventie, meer opleidingsmogelijkheden en een betere expertise voor preventiewerkers. Vele organisaties en gemeenten werkten preventie- en opvangactiviteiten uit op uiteenlopende vlakken: sociale diensten, werkplaatsen, jongerenorganisaties, scholen, "peer groups" en vrijetijdsbesteding.

Naast de repressieve rol van de politie en het gerechtssysteem (gevangnissen) behoort ook **preventie** tot het takenpakket van de politie. Het ministerie van Binnenlandse Zaken volgt een preventieve aanpak in zijn criminaliteitsbeleid. Een financieel kader moet steun bieden aan gemeenten met een hoge graad van criminaliteit. Die gemeenten zetten preventie- en behandelingsprojecten op stapel aan de hand van veiligheids- en samenlevingscontracten.

Behandelingen worden in drie vormen aangeboden: residentiële behandeling (o.a. psychiatrische centra, therapeutische gemeenschappen, crisisinterventiecentra), ambulante behandeling (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, dagcentra, Medisch-Sociale Opvangcentra, laagdrempelige diensten) en algemene hulpverlening (huisartsen, welzijnsorganisaties, enz.). Er is een trend naar lagere drempels voor dergelijke behandelingen. Het begrip behandeling wordt ruimer gezien, het accent ligt niet louter op ontwenning, maar ook op schadebeperking en een substitutiebehandeling met methadon. behandelingen verstrekken zonder problemen. Een opvolging van deze maatregelen tussen 1997 en **1999** bewees nogmaals de therapeutische doeltreffendheid van de methadonsubstitutie. Aanvankelijk werden

dergelijke behandelingen verleend in gespecialiseerde centra en door bepaalde huisartsen uit de Franse Gemeenschap. Vandaag is deze praktijk breder ingeburgerd.

In **1996** opende de minister van Binnenlandse Zaken de eerste Medisch-Sociale Opvangcentra: laagdrempelige opvangcentra voor gebruikers van illegale drugs. In 1998 waren 8 Medisch-Sociale Opvangcentra actief in diverse grote steden in ons land. Deze centra staan in voor de verstrekking van methadon. Momenteel worden hun activiteiten geëvalueerd.

Vandaag wordt nagegaan hoe zorgcircuits de coördinatie tussen alle behandelingsmogelijkheden kan verbeteren en de opvolging van de patiënten kan vergemakkelijken.

BETROKKEN ACTOREN

FEDERAAL NIVEAU

MINISTERIE VAN JUSTITIE

Wat betreft de inperking van het aanbod en de repressieve aspecten van het druggebruik in het kader van internationale betrekkingen, worden zowel de werking van de bevoegde federale en gefedereerde departementen, als de acties van politiediensten gecoördineerd onder het voorzitterschap van het ministerie van Justitie. De minister van Justitie financiert daarnaast opleidingsprojecten voor het personeel van strafinrichtingen.

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN

Naast zijn algemene taak als ordehandhaver, draagt het ministerie van Binnenlandse Zaken bij in de financiering van diverse projecten rond veiligheids- en samenlevingscontracten die criminaliteit willen indammen. Het VSPP (Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid - Secrétariat Permanent à la Politique de Prévention) is belast met de analyse en opvolging van die projecten. Transitcentra en Medisch-Sociale Opvangcentra werden opgericht met de steun van dit ministerie en de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Momenteel loopt een grootschalig hervormingsproject dat de diensten van de rijkswacht, de gerechtelijke politie en de gemeentepolitie moet samensmelten. Een betere coördinatie van al die resources blijkt dan ook onontbeerlijk. De Afdeling Politiebeleidsondersteuning (APSD) staat – onder andere – in voor de centralisatie van de politiegegevens.

De douanediensdiensten controleren de invoer en hangen af van het ministerie van Financiën.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN VOLKSGEZONDHEID

De dienst Verdoovende middelen van de Algemene Farmaceutische Inspectie van het Ministerie van Volksgezondheid houdt toezicht op illegale handel in geneesmiddelen. Het ministerie van Sociale Zaken cofinanciert behandelingscentra.

GEMEENSCHAPPEN EN GEWESTEN

VLAAMSE GEMEENSCHAP

Het ministerie van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen van de Vlaamse Gemeenschap is bevoegd inzake het drugpreventieplan dat prioritair door de minister werd vastgelegd voor 2000-2004. Dat plan sluit aan op de aanpak die de vorige minister had ingeleid: het accent ligt op de ontwikkeling van een lokaal preventiebeleid en opleidingsprogramma's voor de belangrijkste actoren in de diverse sectoren van de maatschappij. De coherentie tussen hulpverlening en preventie krijgt veel aandacht. De Vlaamse Gemeenschap cofinanciert de behandelingscentra in Vlaanderen.

Belangrijke schakels zijn de "Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen" (VAD), handelend in het ruimer kader van het "Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie" (VIG), de provinciale platformen en netwerken van Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. De VAD is het Sub-Focal Point van de Vlaamse Gemeenschap.

FRANSE GEMEENSCHAP

Het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken is bevoegd voor het gezondheidsbevorderingsbeleid. De preventie van druggebruik maakt deel uit van het plan 1997-2001 van de Gemeenschap. Het accent ligt voornamelijk op primaire preventie. Binnen het schoolkader worden non-specifieke acties gevoerd rond positieve discriminatie en preventie van druggebruik (in ruime zin). Haar bevoegdheden inzake secundaire en tertiaire preventie, externe (ambulante) behandelingen, rehabilitatie, resocialisatie en schadebeperking gekoppeld aan druggebruik heeft de Franse Gemeenschap overgedragen aan het Waalse Gewest en de Commissie van de Franse Gemeenschap van Brussel (gefedereerde entiteiten).

Belangrijke schakels zijn het "Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues", dat instaat voor preventie-acties, epidemiologisch toezicht en research. De vzw

EUROTOX is het Sub-Focal Point van de Franse Gemeenschap sinds september 2000.

BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

Het "Concertation Toxicomanies Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel" (CTB/ODB) is een initiatief van de 2 ministers bevoegd voor Volksgezondheidskwesties in het Brusselse Gewest. Een van de voornaamste taken is de coördinatie van de acties, met overleg tussen alle partners actief in uiteenlopende domeinen: maatschappelijk welzijn, medische zorgen, politie, justitie, gerecht, schadebeperking. CTB-ODB is het Sub-Focal Point van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

DUITSTALIGE GEMEENSCHAP

De regering van de Duitstalige Gemeenschap financiert het centrum voor geestelijke gezondheidszorg "Beratung und Lebenshilfe". Dat centrum verstrekt ambulante opvang voor verslaafden (met de financiële steun van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn van de 9 gemeenten van de Duitstalige Gemeenschap). De Duitstalige Gemeenschap financiert daarnaast de "Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung" (ASL) die preventie-acties coördineert en optreedt als Sub-Focal Point.

INTERNATIONALE BETREKKINGEN

België is waarnemer in de Commissie voor Verdovende Middelen van de Verenigde Naties en ondertekende de internationale conventies over verdovende middelen, psychotrope stoffen en illegale handel. Aspecten inzake repressie en inperking van het aanbod zijn een louter federale aangelegenheid. België werkt mee aan het VN-Programma voor Internationale Drugsbestrijding en draagt vooral financieel bij in omschakelprogramma's voor de landbouw.

De meeste besprekingen met de UNO worden gecoördineerd door het ministerie van Justitie dat de specifieke vragen overmaakt aan de diverse besturen of betrokken organisaties.

De betreffende diensten werken nauw mee met Interpol, Europol en het SIS van Schengen.

België wordt binnen de Pompidou-groep permanent vertegenwoordigd door een ambtenaar van het ministerie van Volksgezondheid.

De regeringen van de Gemeenschappen en Gewesten zijn betrokken bij talrijke internationale samenwerkingen, o.a. met het EWDD (zie verder), het WGO als partner in het Europese actieplan rond alcohol (WGO-

Europa), in Pompidou werkgroepen, in diverse projecten van de Europese Unie (Interegprojecten, Euroregio-projecten, Europese Week van de Drugspreventie...).

Het Focal Point is de Belgische vertegenwoordiger binnen het Europese netwerk REITOX, opgericht door het EWDD. Dat Focal Point voldoet aan de verplichting van de Europese Unie om alle gegevens inzake drugs te verzamelen en over te maken, wat ook de ontwikkeling en invoer van indicatoren omvat.

EUROPEES NETWERK VOOR INFORMATIE OVER DRUGS EN DRUGVERSLAVING FOCAL POINTS EN SUB-FOCAL POINTS

Een nauwkeurig en betrouwbaar zicht op de omvang van het drugfenomeen is onmogelijk zonder strikte en objectieve informatie. Bedoeling is de politieke leiders, professionals en burgers de nodige informatie aan te reiken om doeltreffende acties te voeren tegen drugs. Daartoe werd in 1993 besloten een Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD) op te richten. De zetel van dit waarnemingscentrum is in Lissabon gevestigd. Het EWDD werkte een netwerk uit dat de hele Europese Unie omspant: het zogenaamde REITOX ("Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies"). De Belgische vertegenwoordiger binnen REITOX is het Focal Point.



Het BIRN (Belgian Information REITOX Network - Belgisch REITOX Informatienetwerk) werd in 1995 opgericht en linkt het **Nationaal Focal Point** met de Sub-Focal Points.

Het Belgische Focal Point van het Waarnemingscentrum wordt vertegenwoordigd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (ministerie van Volksgezondheid). Met de steun van de

partners van het Belgische netwerk brengt het Focal Point alle informatie bijeen, vat die gegevens samen en maakt ze over aan het EWDD. Het Focal Point verzorgt niet alleen de informatie-uitwisseling met alle Belgische partners, maar ook tussen die partners en het EWDD. Samen met de Sub-Focal Points werkt het Focal Point aan de ontwikkeling van methodes op Europees niveau en de toepassing daarvan in België.



Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid
Afdeling Epidemiologie

De Sub-Focal Points zijn de voornaamste partners van het Focal Point. Een voorstelling in alfabetische volgorde:

"Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung" (ASL) is sinds 1997 een onafhankelijke organisatie (maakte vroeger deel uit van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg) en bestrijkt de Duitstalige Gemeenschap. De streefdoelen van de ASL zijn primaire en secundaire drugpreventie, ontwikkeling van zelfcontrole, promotie van acties ter bevordering van levenskwaliteit zonder druggebruik, dit alles vanuit een globale en gemeenschappelijke aanpak.

"Concertation Toxicomanies Bruxelles-Overleg Druggebruik Brussel" (CTB-ODB)

werd in 1993 in de steigers gezet. Het programma omvat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dat uit 19 gemeenten bestaat. Deze organisatie werkt een Brussels coördinatieprogramma uit voor alle preventie-acties en opvang van druggebruikers in het Brusselse Gewest en streeft naar een consensus tussen alle actoren.

EUROTOX, een vzw opgericht in 1990, groepeert 3 verenigingen die binnen de Franse Gemeenschap en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest actief zijn in diverse druggerelateerde domeinen:

- Infor-Drogues: telefonische hulplijn, preventie, harm reduction en behandeling
- Modus Vivendi: AI DS-preventie, harm reduction, opleidingen, onderzoek
- Prospective Jeunesse: preventie, opleidingen, begeleiding.

EUROTOX doet onderzoek en research naar druggebruik en observeert dit fenomeen binnen de Franse Gemeenschap.

Het Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (CCAD) nam tot eind augustus 2000 de taken van dit Sub-Focal Point waar.

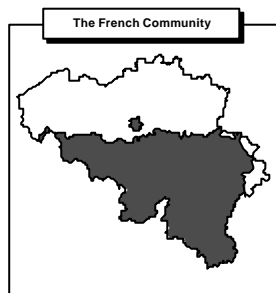
"Vereniging voor Alcohol en andere Drug-problemen" (VAD) werd in 1982 opgericht als coördinatie-orgaan voor de Vlaamse diensten betrokken bij alcohol- en drugproblemen. De vereniging is erkend door de Vlaamse regering. De VAD coördineert alle actoren in de sector van de preventie en hulpverlening. Ze heeft een informatieopdracht (De DrugLijn), organiseert vormingen en onderzoek. Het drugbeleid is vooral toegespitst op het probleemgebruik van legale en illegale middelen.

Een brochure die alle streefdoelen en taken van het Focal Point en de Sub-Focal Points beschrijft is bij elk van hen beschikbaar in de 3 landstalen en in het Engels.



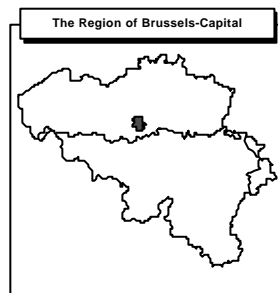
VAD

Vereniging voor Alcohol en andere Drug problemen



EUROTOX

Infor-Drogues
Prospective Jeunesse
Modus Vivendi



CTB/ODB

Concertation
Toxicomanies Bruxelles
- Overleg Druggebruik
Brussel



ASL

Arbeitsgemeinschaft für
Suchtvorbeugung und
Lebensbewältigung

II . EPIDEMIOLOGISCHE SITUATIE EN TRENDS

De gegevens en indicatoren die we hier voorstellen, zijn de data die als prioritair werden aangeduid door Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) in het kader van de epidemiologische gegevensgaring in de lidstaten van de EU. Enkele specifieke richtlijnen leiden de harmonisering van dat proces. Verzamelde gegevens:

- prevalentie van het druggebruik onder de algemene bevolking, in schoolmiddens en in bepaalde specifieke groepen
- prevalentie van het problematisch druggebruik en risicogedragingen
- gevolgen van druggebruik op de gezondheid: indicator voor de vraag naar behandelingen, mortaliteit gekoppeld aan druggebruik, morbiditeit gekoppeld aan gebruik, met name besmettingen met het HIV-virus of met hepatitis B of C
- gegevens verzameld door de politiediensten (aanhoudingen, aanbod) en beschikbaarheid.

2. DRUGGEBRUIK BIJ DE ALGEMENE BEVOLKING

1.a. BIJ DE VOLWASSEN BEVOLKING

Onderzoeken bij representatieve steekproeven onder de algemene bevolking zijn de enige manier om rechtstreekse metingen bij de populatie in zijn geheel uit te voeren. Aan de hand van die onderzoeken kunnen we de omvang en het gebruik van diverse drugs bij die populatie meten. Indien we die onderzoeken geregeld herhalen (bijv. om de 3-4 jaar) kunnen we de evolutie van die consumptie en de gedragingen van de algemene bevolking volgen.

Onderzoeken bij de algemene bevolking zijn betrouwbaar wat betreft drugs die tamelijk vaak gebruikt worden en sociaal "aanvaardbaar" zijn, zoals alcohol, tabak, cannabis en bepaalde psychotrope geneesmiddelen, zoals kalmeermiddelen en amfetamines, waaraan we ook XTC kunnen toevoegen.

Gesteld kan worden dat dergelijk onderzoek het non-problematisch druggebruik bij de algemene bevolking in kaart wil brengen.

Tabel 1: evolutie van het cannabisgebruik bij de algemene bevolking (%), 1994-1999

INDICATOR	GEWEST /ORGANISATIE (referentienr.)	Leeftijd (jaar)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Trend
VOLWASSEN BEVOLKING Cannabis In hun hele leven	Vl. gem. /ISP ¹ Fr. gem. /Promes ²	18-65 18-49	5.8			12.8		20.8	?

Legende: =: ongewijzigd / : toename / -: afname / --: schommeling / : toename gevolgd door afname / ?: gegevens niet beschikbaar of niet interpreteerbaar

In 1994-95 werden 2.259 volwassenen tussen 18 en 65 jaar uit de Vlaamse Gemeenschap (Brussel uitgezonderd) telefonisch ondervraagd (computerondersteunde telefooninterviews "CATI") over hun verbruik van legale en illegale drugs¹. Dat onderzoek wees op een tamelijk laag verbruikspercentage in vergelijking met de buurlanden: 6% had ten minste één keer cannabis gebruikt en 2% in de laatste 12 maanden.

Sinds 1996 loopt in de Franse Gemeenschap een ononderbroken "studie naar het gezondheidsgedrag van volwassenen"²: 3.311 volwassenen tussen 18 en 69 jaar werden één keer telefonisch ondervraagd (gemiddeld iets meer dan 200 per trimester). Die monitoring, ook gebaseerd op de CATI-methode, onderzoekt onder andere het gedrag inzake druggebruik bij volwassenen tussen 18 en 49 jaar: beschikbaarheid, recreatief en regelmatig gebruik van cannabis,

beschikbaarheid van cocaïne. Het aangepaste percentage mensen dat verklaart ten minste één keer hasj gerookt te hebben, steeg van 10% in 1996 naar 20% in 1999. Van die experimenterende gebruikers verklaarde in 1996 2% drugs gebruikt te hebben in de laatste week, tegen 7% in 1999.

Die resultaten (van de Vlaamse en Franse Gemeenschap) kunnen niet veralgemeend worden voor het hele land. Hoewel de methodes niet identiek zijn, vooral met betrekking tot de leeftijd van de ondervraagde groepen, wijzen de resultaten toch op een geleidelijke stijging in het druggebruik.

Met het oog op de vooruitzichten voor de toekomst, zullen vragen over het druggebruik uit het EWDD-protocol worden opgenomen in de volgende Gezondheidsenquête door Interviews (2001). Zo zou ook België informatie kunnen verschaffen over het aantal en het soort druggebruikers tussen 15 en 64 jaar voor middelen die relatief vaak gebruikt worden en meer sociaal aanvaardbaar zijn (cannabis en XTC).

Het verdient aanbeveling de leeftijdsgroepen en referentieperiodes inzake gebruik, met name voor recent gebruik (laatste jaar en laatste maand), van beide onderzoeken op elkaar af te stemmen.

1.b. DRUGGEBRUIK BIJ DE SCHOOLGAANDE BEVOLKING

Onderzoeken in schoolmiddens leveren evidente aanwijzingen op voor de oriëntatie van preventie-acties. Bovendien zijn onderzoeken in scholen minder duur voor een grotere steekproef, aangezien de enquêtes in groepen (klassen) worden gehouden.

In de voorbije jaren werden vele onderzoeken uitgevoerd in scholen. We onderscheiden 2 groepen: enerzijds onderzoeken gevoerd over de hele gemeenschap (Vlaamse of Franse) en waaraan grote populaties in vele scholen meewerken, anderzijds de onderzoeken waaraan slechts één of enkele scholen deelnemen. In de hele Vlaamse of Franse Gemeenschap worden grootschalige onderzoeken gevoerd naar de levensstijl van jongeren; een bijdrage aan het internationale onderzoek HBSC (Health Behaviour of School-aged Children) onder de auspiciën van de WGO. In de diverse landen en door de tijd heen worden vergelijkbare methodes gehanteerd. In Vlaanderen zijn de onderzoeksresultaten van 1996 en 1998 representatief voor de schoolgaande bevolking tussen 13 en 18 jaar³ en van 1990

en 1994, van 15 tot 18 jaar. In mei van dit jaar hebben ongeveer 5.000 leerlingen meegewerkt aan het onderzoek 2000.

In de Franse Gemeenschap werden HBSC-onderzoeken gedaan in 1986, 1988, 1990, 1992, 1994⁴ en 1998 bij 35.000 jongeren tussen 11 en 18 jaar.

De VAD zette een grote gewestelijke enquête op stapel in Vlaanderen en ondervroeg 82.375 leerlingen uit het secundair onderwijs tijdens het schooljaar 1999-2000⁵. Het ligt in de bedoeling dat onderzoek elk jaar te herhalen.

Plaatselijk werden diverse onderzoeken gedaan (Beveren⁶, Brugge⁷, Charleroi⁸, Ninove⁹, Verviers¹⁰) waarbij ook leerlingen uit de primaire cyclus werden ondervraagd (bijv. tijdens het onderzoek in Ninove). De resultaten van deze studies, waarbij diverse methodes gehanteerd werden, zijn moeilijk vergelijkbaar.

Hoewel we voorzichtig moeten blijven in de interpretatie van kwantitatieve gegevens over druggebruik bij jongeren (verzameld door middel van zelfingevulde vragenlijsten),

Tabel 2: evolutie in het gebruik van cannabis en XTC bij de schoolgaande bevolking (%), 1994-99

INDICATOREN	GEWEST / ORGANISATIE (referentienr.)	Leeftijd (Jaar)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Trend
SCHOOLGAANDE BEVOLKING	Cannabis	VI. gem./RUG ³	15-16	14,9		19,6		23,7	
		Fr. gem./Promo: ⁴	15-16				27,9		
		VI. gem./VAD ⁵	15-16					24,1	
	XTC	VI. gem./RUG ³	15-16	7,6		10,8		14,6	
		Fr. gem./Promo: ⁴	15-16	4,1		5,6		6,2	
		VI. gem./VAD ⁵	15-16					6,3	4,0
	VI. gem./RUG ³	15-16	1,4		2,0		2,8		

Legende: =: ongewijzigd / : toename / : afname / --: schommeling / : toename gevolgd door afname / ?: gegevens niet beschikbaar of niet interpreteerbaar

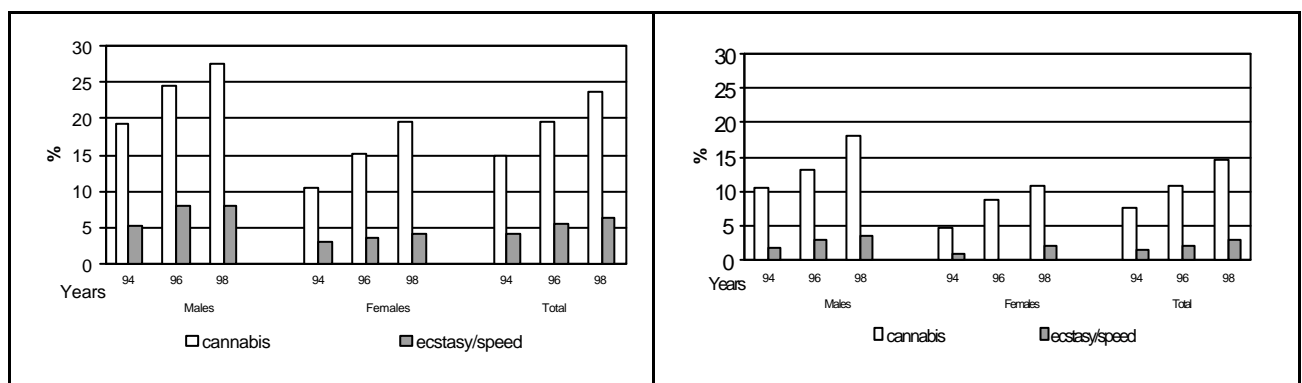
blijkt voor 1998-1999 het volgende uit die studies:

- ongeveer 25% van de leerlingen tussen 15-16 jaar heeft ten minste één keer een verboden middel geprobeerd
- ongeveer 20% van de leerlingen tussen 15-16 jaar heeft ten minste één keer cannabis gebruikt in de laatste 12 maanden
- ongeveer 15% van de leerlingen tussen 15-16 jaar heeft ten minste één keer cannabis gebruikt in de laatste maand (Tabel 2)
- het aantal gebruikers van illegale middelen ligt proportioneel hoger bij jongens dan bij meisjes
- vanaf 15-16-jarige leeftijd zijn cannabisderivaten de meest gebruikte middelen, op de tweede plaats gevolgd door

- ecstasy (XTC). Bij de jongste leerlingen zijn oplosmiddelen, slaapmiddelen en kalmeermiddelen frequenter
- het percentage gebruikers stijgt met de leeftijd en bereikt meer dan 40% bij de 17-18-jarigen die ten minste één keer gebruikt hebben in hun leven (30% in de laatste 12 maanden en 20% in de laatste maand).

Deze herhaalde onderzoeken wijzen op een opwaartse trend in het gebruik van illegale drugs, voornamelijk cannabis, in de jaren '90. Het gebruik van XTC is beperkter en wijst eveneens op een opwaartse trend, hoewel uit de studie van de VAD in 1999 een licht afnemende prevalentie in deze leeftijdsgroep blijkt.

FIGUUR 1: percentage leerlingen tussen 15-16 jaar dat **ten minste één keer** (links) en **in de laatste maand** (rechts) cannabis, XTC heeft gebruikt, Vlaamse scholen, 1994, '96 en '98³



1.c. DRUGGEBRUIK IN SPECIFIEKE GROEPEN

MILICIENS

In het begin van de jaren '90 werden diverse onderzoeken uitgevoerd bij jongemannen die onder de wapens werden geroepen¹¹. Hoewel de steekproef niet strikt representatief is, gaf dat toch een algemeen beeld over het verbruik van bepaalde legale of illegale middelen bij jongeren. Op 2.513 onderzochte urinestalen, bleek 6% positief voor een middel en 4% voor cannabis. Deze methode is vandaag niet langer haalbaar, aangezien de dienstplicht in ons land werd afgeschaft.

GEVANGENEN

In 1999 hebben 230 mannelijke gevangenen (ongeveer 38% van de aangezochte populatie) en 16 vrouwen (61%) vrijwillig en eigenhandig een vragenlijst ingevuld¹². De vragenlijst was een onderdeel van een epidemiologisch onderzoek naar druggebruik, risicogedrag en gezondheid in gevangenen.

Het druggebruik vóór en tijdens de gevangenisstraf werd onderzocht. De helft van de gevangenen verklaarde drugs te hebben gebruikt in de laatste maand vóór hun opsluiting. Een nagenoeg gelijk percentage (42%) verklaarde drugs te gebruiken tijdens de toenmalige of vorige gevangenisstraf(fen): de toenmalige en vorige opsluitingen werden gelijktijdig onderzocht om het aantal weigeringen zo veel mogelijk te beperken (hoewel anonimiteit verzekerd was).

In 1997 werd eveneens een zelfenquête voorgelegd aan de gedetineerden van een Waalse gevangenis in het kader van een epidemiologisch onderzoek van het Europees netwerk naar AIDS-preventie in gevangenen¹³. Deelname gebeurde op vrijwillige basis en 155 mannen namen deel. De onderzochte periode met betrekking tot het druggebruik - het laatste jaar - vóór de opsluiting verschilt dus van de beschouwde periode van de vorige studie. Bijna de helft van de gedetineerden gaf het gebruik van cannabis toe en één kwart het gebruik van cocaïne vóór de opsluiting. Die cijfers bedroegen respectievelijk 38% en 15% tijdens de toenmalige of een vorige gevangenisstraf.

In 1993 wees een onderzoek in een Antwerpse gevangenis onder 1.627 gevangen¹⁴ uit dat 42% ten minste één keer in zijn leven een illegale drug had gebruikt.

Vanuit een ander standpunt bleek uit sneeuwbalenquêtes (1989¹⁵ en 1994¹⁶) dat respectievelijk 54% en 50% van de druggebruikers ten minste één keer gedetineerd waren. Bovendien bleek dat vele gebruikers diverse keren tot een gevangenisstraf waren veroordeeld.

Tabel 3: druggebruik in de gevangenis (%), 1997-1999

INDICATOREN	ORGANISATIE (referentienr.)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Trend
GEBRUIK IN GEVANGENIS *									
Laatste maand	Modus Vivendi ¹³ FC / MV ¹²					38,0		42,0	?

*: huidige of vorige gevangenisstraf

2. PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK

Een eerste moeilijkheid is de afbakening van het begrip probleemgebruik. Dat begrip is erg

ruim en omvat alle situaties waarin hulp gevraagd wordt en de situaties waarvan de

gevolgen problemen stellen voor de gezondheid, de maatschappij of de wet. Momenteel kan vrij moeilijk een beeld geschetst worden van het probleemgebruik in België. Toch werden onlangs diverse schattingen gemaakt, met name in het kader van het Europees Waarnemingscentrum voor

Drugs en Drugsverslaving (EWDD). Voor ramingen en extrapolaties zijn diverse bronnen en methoden beschikbaar: personen in behandeling, substitutiebehandelingen, morbiditeitsregisters (HIV) en sterftelijfers, politie- en gerechtsgeschiedenis.

2.a. SCHATTING VAN DE PREVALENTIE VAN HET PROBLEEMGEBRUIK

Onlangs werd een schatting gemaakt van de prevalentie van het aantal intraveneuze druggebruikers (IVD)¹⁷. Die raming is gebaseerd op gegevens uit 1995 over AIDS-gevallen en HIV-besmettingen, gecombineerd met gegevens uit 1995 over behandelingsaanvragen in de Franse Gemeenschap. Het Belgisch AIDS-HIV-register inventariseert de risicofactoren gekoppeld aan HIV-seropositiviteit, met name IV-druggebruik. De behandelingscentra die aan de CCAD-registratie deelnemen, melden bovendien hoeveel patiënten die ten minste één keer IV gebruikten, zich als seropositief aangeven. Het aantal IV-gebruikers tussen 15

en 54 gebruikers wordt in België geschat op 20.200, wat overeenstemt met een prevalentie van 3,6/1000 van alle 5.602.499 mensen tussen 15 en 54 jaar.

Een andere studie peilde naar de prevalentie in de Franse Gemeenschap aan de hand van de "capture-recapturemethode", gebaseerd op gegevens uit 1993 en 1994 over het aantal behandelingsaanvragen van het CCAD¹⁸. Het aantal probleemgebruikers, geïdentificeerd als opiaatgebruikers die een behandeling vragen, wordt geschat op 14.610. Dat is een prevalentie van 6,3/1000 bij de 15-54-jarigen.

Tabel 4: evolutie van het problematisch druggebruik, 1993-1999

INDICATOREN	ORGANISATIE (referentienr.)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Trend
PROBLEEMGEBRUIK									
Prevalentie IV-gebruik(‰) 15-54 jaar	ISP 17			3,6					?
Prevalentie heroïne (‰) 15-54 jaar	CCAD 18		6,3						?
Gemengd gebruik (%) (3 drugs of meer)	Modus Vivendi 20				32,0	45,0	36,0	36,0	=
IV-gebruik (momenteel)(%)									
Hoofdproduct	CCAD 21	30,2	34,3	28,7	24,0	24,0	19,9		
Heroïne	CCAD 21 Coord.Drog.Charl 19 . VAD 23	35,9	40,9	39,9	37,0	37,3	35,3	17,1	=
Cocaine	CCAD 21 Coord.Drog.Charl 19 . VAD 23	22,2	25,9	34,6	22,9	34,8	29,5	10,8	~
							8,9		

Legende: =: ongewijzigd / : toename / : afname / ~: schommeling / : toename gevolgd door afname / ?: gegevens niet beschikbaar of niet interpreteerbaar

2.b. RISICOGEDRAGINGEN

Het gebruik van diverse drugs en het uitwisselen van spuiten en injectienaalden voor intraveneuze injectie zijn gekende risicogedragingen. Gegevens over deze gedragingen zijn afkomstig van behandelingscentra of enquêtes bij patiënten (huisartsen) of gebruikers

(sneeuwbalenquêtes). Deze cijfers dienen beschouwd te worden als een aanwijzing voor de prevalentie van die gedragingen in bepaalde, geselecteerde gebruikersgroepen. De afgeleide trends zijn hier wellicht betrouwbaarder dan echt absolute cijfers.

GEMENGD DRUGGEBRUIK

Een onderzoek naar druggebruik werd herhaald tijdens een rockfestival dat

jaarlijks in juli wordt georganiseerd en 50.000 toeschouwers lokt.²⁰.

Tabel 5: gebruiksverhouding van meerdere drugs, rockfestival Wallonië, 1996-1999

	1996	1997	1998	1999
Aantal interviews	123	167	157	686
ten minste één keer illegale drugs gebruikt in hun leven (%)	87	93	88	88
slechts 1 drug (%)	47	40	25	33
3 drugs of meer (%)	32	45	36	36

In 1999 werden 686 toeschouwers ondervraagd. 88% verklaart ten minste één keer illegale drugs te hebben gebruikt. 33% van de respondenten nam één enkel middel en 36% gebruikte drie of meer drugs. De cijfers in tabel 5 wijzen niet direct op een stijging in

het gemengd gebruik. Hier dient evenwel opgemerkt dat vanaf 1999 een nieuwe interviewmethode toegepast werd: de enquêteurs ondervroegen de toeschouwers over het hele terrein en niet langer in de buurt van een informatiestand of hulppost.

INJECTIES EN DELEN VAN INJECTIEMATERIAAL

- Behandelingscentra

Aan patiënten die een behandeling aanvatten wordt gevraagd op welke wijze ze de stoffen toedienen. In 1998 was die informatie beschikbaar voor 4.182 patiënten in de databanken van VAD²³ en CCAD²¹ (dus voor 66% is deze informatie bekend). Eén derde (35%) van de patiënten, mannen meer dan vrouwen, verklaart ten minste één keer drugs te hebben gespoten. Een vierde daarvan diende zich ten minste één injectie toe in de laatste maand vóór de vraag om behandeling. De databank van het CCAD bevat gegevens van 1993 tot 1998. Totaal gezien neigt de verhouding IV-gebruikers onder alle behandelingsvragers naar een vermindering: van 60% in 1993 naar 20% in 1998²¹ (Tabel 6). De voornaamste reden voor die trend ligt

evenwel in de omschakeling naar een ander soort drug die een behandeling vergt (relatieve stijging van cannabis en opwekkende middelen als hoofdproduct). Het IV-gebruik onder opiaat- en heroïnegebruikers blijft nagenoeg gelijk, maar schommelt (en neemt misschien zelfs toe) bij cocaïnegebruikers.

Beperken we ons tot patiënten die hun eerste behandeling aanvatten (446 in 1998 in de databank van het CCAD), dan zien we een lagere verhouding "huidige spuiters" (10%) en een lager aantal gebruikers dat ten minste één keer spoot (16%): "slechts" 18% van de heroïnegebruikers en 12% van de cocaïnegebruikers hadden zichzelf drugs ingespoten in de laatste maand.

Tabel 6: IV-druggebruik bij gebruikers die een behandeling vragen, Franse gemeenschap, 1993-1998²¹

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Aantal behandelingsaanvragen	1.618	1.212	1.176	1.570	1.681	1.466
Huidige IV-toediening (%)	30,2	34,3	28,7	24,0	24,0	19,9
Ten minste één IV-toediening (%)	35,1	45,0	45,0	44,0	43,2	37,9
Opiaten (totaal)	34,4	39,1	36,2	32,1	34,3	32,9
Heroïne	35,9	40,9	39,9	37,0	37,3	35,3
Cocaine	22,2	26,9	34,6	22,9	34,8	29,5

3. GEVOLGEN VOOR DE GEZONDHEID

Onrechtstreekse indicatoren (vraag naar behandeling, morbiditeit, dringende opnames, mortaliteit) wijzen vaak op trends in problemen die veelal het gevolg zijn van druggebruik. Basisgedachte daarbij is dat ze ten minste een deel van de strengste

druggebruikprofielen weerspiegelen. Deze gegevens leveren ons informatie over druggebruikers die bij actoren bekend zijn (behandelingscentra, ziekenhuizen, gevangenissen, enz.).

3.a. Aantal en kenmerken van patiënten in behandeling

De indicator "behandelingsaanvragen" geeft ons rechtstreeks informatie over deze diensten en onrechtstreeks over het probleemgebruik. Dit element leert ons meer over het aantal en de kenmerken van patiënten in behandeling, over de gebruikswijzen (injectie, gemengd gebruik) en schetst de trends in het probleemgebruik.

Ondanks de oorspronkelijke verschillen tussen, o.a., de categorieën vastgelegd in de registratiesystemen van het CCAD²³, het CTB/ODB²⁴ en de VAD²¹, konden alle gegevens in 1998 worden samengebracht dankzij de geleidelijke harmonisering. De gewestelijke instellingen en toezichtssystemen belast met de inzameling van behandelingsgegevens, met de analyse en verspreiding van resultaten, naast een harmonisatieproces met het oog op een nationaal informatiesysteem, staan beschreven in de bijlage bij de uitgebreide Engelse versie van het Belgische rapport²².

Het systeem van de Vlaamse Gemeenschap (gecoördineerd door de VAD) registreerde 4.855 behandelingen in 1998. Kenmerkend voor de databank van de VAD is dat hierin ook de gegevens van Centra voor Geestelijke

Gezondheidszorg zijn vervat, die evenwel een ander soort druggebruikers aantrekken. De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg valt momenteel niet onder de systemen van het CCAD (Franse Gemeenschap) en het CTB-ODB (Brussels Gewest). Dat verklaart waarom bepaalde "Belgische" cijfers (verspreiding per leeftijdsklasse van de patiënten, hoofdproduct dat aanleiding gaf tot de behandelingsaanvraag) verschillen in vergelijking met eerdere resultaten van het CCAD en het CTB-ODB, die afzonderlijk worden beschouwd. De verhouding opiaatgebruikers, bijvoorbeeld, bedraagt in 1998 respectievelijk 67% en 73% in de databanken van het CCAD en het CTB-ODB, terwijl dat percentage slechts 25% bedraagt in de VAD-databank. Het totale Belgische cijfer bedraagt voor 1998 bijgevolg 43%.

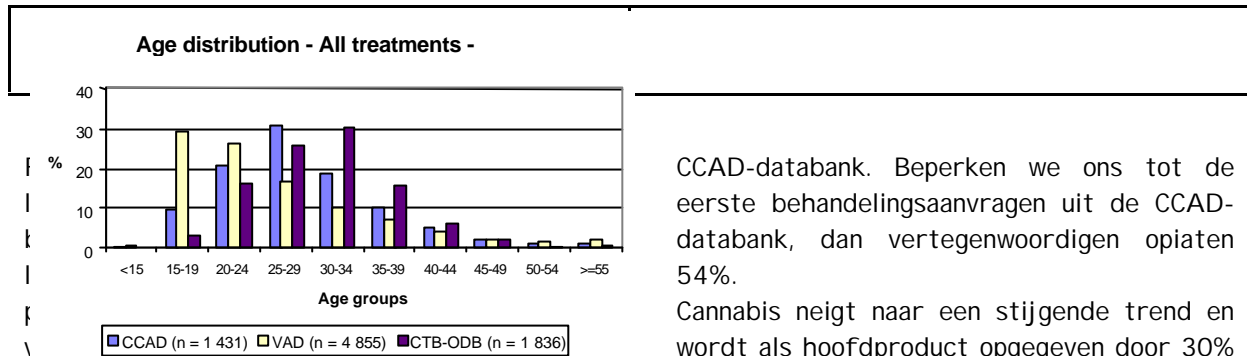
Aangezien die gewestelijke verschillen toe te schrijven zijn aan een andere methodologie (verschillende soorten centra) en geen reden bestaat om aan te nemen dat de situatie sterk zou verschillen in Brusselse en Waalse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (momenteel niet opgenomen in het systeem), meenden de

Belgische partners dat de totale cijfers de situatie in heel België weergeven.

In 1998 registreerde het systeem 7.958 patiënten, ambulante of residentieel behandeld voor een problematisch druggebruik (alcohol als hoofdproduct buiten beschouwing gelaten): 5.897 mannen en 1.937 vrouwen;

4.855 behandelingen in de Vlaamse Gemeenschap²³, 1.836 in Brussel²⁴ en 1.466 aangevraagde behandelingen in de Franse Gemeenschap²¹. Tabel 7 wijst op een verdubbeling van het aantal gevallen geregistreerd in de VAD-databank in 1998.

FIGUUR 2: opsplitsing volgens leeftijd van de patiënten, het geslacht (links) en het registratiesysteem (rechts), CCAD, VAD, CTB-ODB, 1998



rechts). De gemiddelde leeftijd van de VAD-patiënten is lager (26,2 jaar) dan de patiëntenleeftijd in het CCAD (31,5 jaar) of het CTB-ODB (30,5 jaar). We tellen drie keer meer aanvragen voor behandelingen bij mannen dan bij vrouwen, ongeacht de waarnemingsperiode of het systeem.

Net als in voorgaande jaren worden ook in 1998 opiaten aangewezen als hoofdproduct voor de meeste patiënten uit CTB-ODB-databank (77%) en die van het CCAD (mannen 72%, vrouwen 66%, gemengd 69%), en door 40% VAD-patiënten (Tabel 8). Dat percentage opiaten duidt op een neerwaartse trend in de

CCAD-databank. Beperken we ons tot de eerste behandelingsaanvragen uit de CCAD-databank, dan vertegenwoordigen opiaten 54%.

Cannabis neigt naar een stijgende trend en wordt als hoofdproduct opgegeven door 30% van de patiënten uit de VAD-databank, door 14% uit de CCAD-databank (4% in 1993) en door slechts 8% in de CTB-OTB-databank. Onder de eerste aanvragen uit de CCAD-databank vertegenwoordigt cannabis 27% in 1998.

Opwekkende middelen en amfetamines maken 22% uit van de VAD-databank, 10% van de CTB-ODB-databank (inclusief cocaine), maar slechts een klein aantal in de CCAD-databank (1,5% in 1998).

Tabel 7: aantal, gemiddelde leeftijd, geslachtsverhouding en percentage eerste behandelingsaanvragen uit de CCAD-basis, 1993-1998 en aantal, gemiddelde leeftijd en geslachtsverhouding van de patiënten in behandeling in de databank van de VAD, 1996-'98 en van het CTB-ODB 1997-'98.

	CCAD ²¹						VAD ²³		CTB / ODB ²⁴	
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1996	1998	1997	1998
Aantal behandelingsaanvragen	1.618	1.212	1.176	1.570	1.681	1.466	2.374	4.855	1.810	1.836
Gemiddelde leeftijd	26,8	26,1	27,3	26,9	27,4	31,5	26,6	26,2	30,0	30,5
Verhouding man / vrouw	3,3	3,4	3,3	2,9	2,8	3,2	3,0	3,0	3,6	3,2
Aantal eerste behandelingsaanvragen	513	390	352	497	547	447	-	2.568	-	-
% eerste/alle aanvragen	31,7	32,2	29,9	31,7	32,5	30,5	-	(52,9)*	-	-

*:definitie "eerste behandeling": CCAD: in een willekeurig drugcentrum, VAD: in hetzelfde centrum.

Geen enkel ander middel haalt de kaap van 10% in geen enkele databank. Cocaine is het hoofdproduct voor 9% van de VAD-databank en 6% van de CCAD-databank. We zien een opwaartse trend en een hoger percentage bij de mannen (6,8%) dan bij de vrouwen (3,2%). Het CTB-ODB maakt geen onderscheid tussen

cocaine en andere stimulerende middelen. Van alle eerste behandelingsaanvragen van het CCAD vertegenwoordigt cocaine 8% in 1998 (mannen 10%, vrouwen 2%). Slaapmiddelen en kalmeermiddelen stijgen in de drie systemen en halen 9% in de databank van de VAD en het CTB-ODB.

Tabel 8: middelen aangeduid als hoofdproduct, behandelingsaanvragen uit de CCAD-databank, 1993-1998 en patiënten in behandeling uit de databank van VAD, 196-'98, en van het CTB-ODB, 1997-'98.

	CCAD ²¹						VAD ²³		CTB / ODB ²⁴	
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1996	1998	1997	1998
Aantal behandelingsaanvragen	1.618	1.212	1.176	1.570	1.681	1.466	2.374	4.855	1.810	1.836
Opiaten (%)	86,0	85,1	77,3	74,3	67,7	69,4	39,5	22,1	77,1	72,7
Heroïne (%)	81,3	80,8	70,2	64,3	61,8	62,9		18,5		
Cannabis (%)	3,8	5,7	6,2	11,9	13,2	14,0	22,0	30,3	6,6	7,6
Stimulantia (totaal)	0,6	2,0	2,7	2,8	3,2	1,5	20,1	22,0	7,2	10,3
Amfetamines	0,3	0,3	0,4	0,7	0,7	0,4	18,7	18,1		-
XTC en derivaten	0,4	1,8	2,3	2,1	2,5	1,1	1,2	1,4		-
Cocaine	2,3	2,5	2,7	2,9	3,8	5,9	7,1	9,0	inclusief stimulerende middelen	
Hypnotica en sedativa	1,7	4,1	4,3	3,9	7,1	4,9	4,9	9,5	5,6	8,9
Hallucinogenen	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	5,8	1,0	0,1	0,0
Snuifmiddelen	0,0	0,2	0,1	0,3	0,3	0,3	0,5	0,2		0,0
Andere middelen	5,6	0,3	6,7	3,7	4,5	3,6		4,6	8,6	0,5

3.b. SUBSTITUTIEBEHANDELINGEN

Bepaalde gegevens over substitutiebehandelingen worden verstrekt door de behandelingscentra uit de Franse

Gemeenschap en door het Ministerie van Volksgezondheid (Algemene Farmaceutische Inspectie - dienst Verdovende middelen).

BEHANDELINGSCENTRA

Wat betreft de gewestelijke registratiesystemen: vanaf 1993 was die informatie beschikbaar in de databank van het CCAD. Desondanks is die informatie vertekend; een groot deel van de substitutiebehandelingen wordt immers voorgeschreven door huisartsen die niet of slechts gedeeltelijk in de registratiesystemen zijn opgenomen.

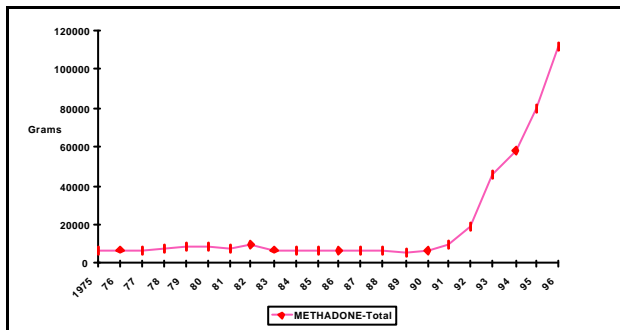
Vanaf 1998 was deze informatie over substitutiebehandeling beschikbaar in het gegevensbestand van de VAD. Deze informatie werd geleverd door de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ), Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ) en de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV).

Van alle patiënten opgeslagen in de CCAD-databank²¹, volgde in 1997 13% (222/1.681) en eveneens in 1998 (194/1.466) een vervangbehandeling met methadon. De gemiddelde leeftijd bedroeg respectievelijk 27,1 en 29,3 jaar (vergelijkbaar met de gemiddelde leeftijd van alle patiënten, namelijk 27,4 en 31,5 jaar in respectievelijk 1997 en 1998). De gemiddelde leeftijd bij de aanvang van een substitutiebehandeling met methadon in centra in de omgeving van

Charleroi¹⁹ blijft nagenoeg gelijk (respectievelijk 24,2 in 1995 en 24,1 jaar in 1999). De substitutiebehandeling start doorgaans 4 jaar na het eerste heroïnegebruik. In 1999 begon 23% van de patiënten in de behandelingscentra "De Sleutel" (van alle 852 patiënten waarvoor de medische gegevens werden verzameld) met een vervangbehandeling met methadon²⁵.

VERKOCHTE HOEVEELHEDEN METHADON IN BELGIË

FIGUUR 3: methadonverkoop in België, 1975-1996*



*: Het cijfer voor 1996 is wellicht onderschat

Figuur 3 toont de verkochte hoeveelheden methadon in België²⁶ en steunt daarvoor op de centrale gegevens verzameld door dienst Verdoovende middelen van de Algemene Farmaceutische Inspectie.

De verkoop stijgt duidelijk sinds 1990, dus nog vóór de Consensusconferentie over methadon (oktober 1994). De Conferentie heeft de voorschrijving van methadon evenwel sterk beïnvloed. De opwaartse trend zette zich door in 1997.

3.c. HOSPITALISATIES GERELATEERD AAN DRUGGEBRUIK

Minimale Klinische Gegevens (MKG) en Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) zijn registratiesystemen toegepast in respectievelijk algemene ziekenhuizen en in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen²⁷. Die systemen moeten informatie verzamelen over het aantal opgenomen patiënten, hun diagnose en behandeling. De MKG (1995) en MPG (tweede helft 1996 en eerste helft 1997) tonen duidelijk aan dat het verband tussen het

aantal opnames en het druggebruik niet mag onderschat worden: in algemene en psychiatrische ziekenhuizen noteren we meer dan 14.000 druggerelateerde opnames. Dat aantal is gelijk verdeeld over algemene ziekenhuizen en psychiatrische diensten.

3.d. MORBIDITEIT GERELATEERD AAN DRUGGEBRUIK

Gegevens over de morbiditeit, onder andere over infectieziekten (HIV en hepatitis C), zijn beschikbaar in het AIDS-HIV-register, in de

fiches van behandelingscentra en in specifieke studies.

NIEUWE HIV-BESMETTINGEN EN INTRAVENEUS DRUGGEBRUIK

Tussen 1987 en 1999 varieerde het aantal nieuwe seropositieve HIV-gevallen tussen 1,9 en 2,7 per dag in België²⁸. Het aantal nieuwe gevallen gerelateerd met druggebruik op intraveneuze wijze daalt lichtjes naar 16, 11 en 12 nieuwe gevallen in respectievelijk 1997, '98 en '99. In feite is het aantal IV-druggebruikers onder de seropositieven afgenomen, nl. tot 2,9% in 1998 en 3,4% in 1999 (Tabel 9). In het begin van de jaren '90 was dat nog zo'n 10%. Onder de 15-24-jarigen is het aantal vastgestelde infecties

gerelateerd aan intraveneus druggebruik tamelijk beperkt: respectievelijk 3, 1 en 2 gevallen in 1997, '98 en '99. De frequentie van die risicofactor was eind de jaren '80 nog hoger in die leeftijdsgroep, maar is vandaag dus teruggezakt naar de frequentie genoteerd voor alle nieuwe gevallen in de voorbije drie jaar 1997-'98-'99 (figuur 4). Die trend zou zich de komende jaren doorzetten.

Tabel 9: evolutie van de gevolgen van druggebruik op de gezondheid, 1993-1999

INDICATOR	ORGANISATIE (referentienr.)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Trend
MORBIDITEIT IVD / nieuwe HIV HIV / behandelingen	WIV ²⁸	5,5	7,2	3,4	3,8	4,5	2,9	3,4	
	GEMT ³⁰			0,9					
	ALTO ³¹		2,2						
	CCAD ²¹	4,9	5,7	3,0	1,4	2,6	1,6		
	GIG ³²				2,2				
	De Sleutel ²⁵ VAD ²³					0,8	5,4	0,5	?
HBV / behandelingen	GEMT ³⁰			36,0					
	CCAD ²¹					22,4	23,6		=
	De Sleutel ²⁵				20,5	24,1	23,9		=
HCV / behandelingen	GEMT ³⁰			78,0					
	ALTO ³¹		56,0						
	CCAD ²¹					46,7	51,9		=
	De Sleutel ²⁵				39,5	46,4	37,9		=

Legende: =: ongewijzigd / : toename / : afname / --: schommeling / : toename gevolgd door afname / ?: gegevens niet beschikbaar of niet interpreteerbaar

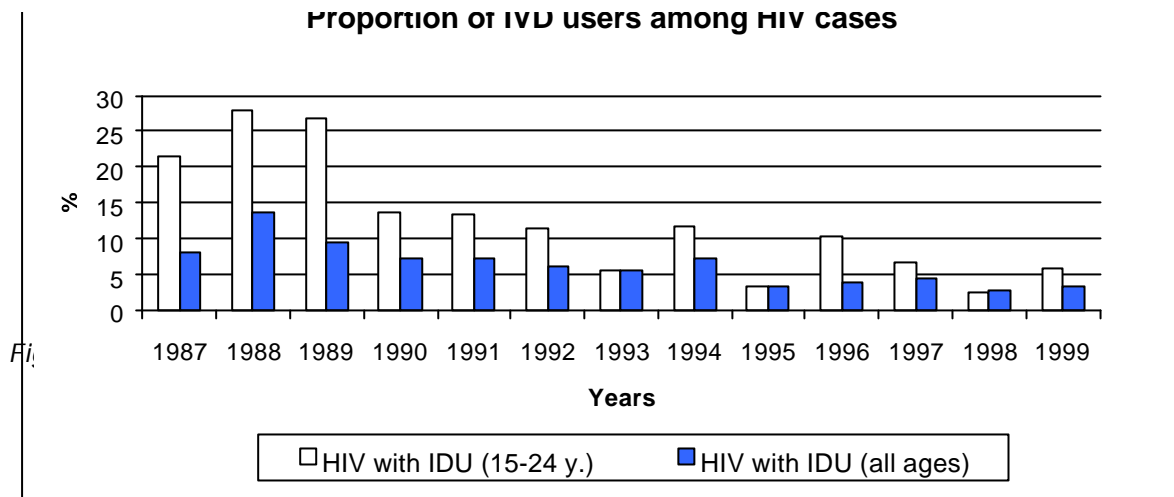
HIV-INFECTIES BIJ PATIËNTEN IN BEHANDELING

De meeste registratiesystemen bevatten gegevens over infectiepathologieën van patiënten. Doorgaans levert de patiënt die informatie zelf aan.

De "Groupe d'Etude des Maladies liées à la Toxicomanie" (GEMT) is een groep huisartsen die druggebruikende patiënten begeleiden (voornamelijk door toediening van methadon) in Charleroi. Biologische onderzoeken werden uitgevoerd voor GEMT-studies in 1992-93²⁹ en 1995³⁰ (Tabel 9).

In 1994 werden 523 vragenlijsten ingevuld door druggebruikers die in behandeling waren bij huisartsen aangesloten bij het ALTO-programma³¹: 2,9% van de patiënten, voornamelijk heroïnegebruikers, verklaarde HIV-seropositief te zijn.

In het kader van het Vlaamse GIG-project (gezondheid en intraveneus druggebruik) werd een studie gedaan in 1996-97³²: 248 IV-druggebruikers werden aan de hand van een Europese vragenlijst ondervraagd volgens het sneeuwbalstelsel betreffende AIDS en



IV-druggebruik. Van de 225 geteste personen bleken er 5 HIV-seropositief.

De Sleutel is een organisatie met diverse ambulante en residentiële behandelingscentra

in Vlaanderen. Voor een deel van de behandelde patiënten wordt een biologisch onderzoek uitgevoerd²⁵ (Tab. 9).

HEPATITIS B EN C BIJ PATIËNTEN IN BEHANDELING

Druggebruik en bloedtransfusies zijn risicofactoren voor een besmetting met hepatitis C. De meest nauwkeurige schatting van de hepatitis C-prevalentie onder de algemene bevolking in België dateert van 1993 en bedraagt 0,9%³³. Sinds 1997 wordt de serologische toestand van patiënten die een behandeling beginnen, opgeslagen door het CCAD²¹ en de behandelingscentra De Sleutel²⁵. De GEMT voerde in Charleroi prevalentiestudies uit in 1992-93²⁹ en 1995³⁰. Het hepatitis C-virus is frequenter bij

druggebruikers dan het hepatitis B-virus (tabel 9). Hoewel ze op verschillende methodes steunen, respectievelijk zelfrapportage en biologische diagnose, zijn de cijfers van het CCAD en die van De Sleutel tamelijk vergelijkbaar. Ze wijzen niet echt op een bijzondere trend in de voorbije drie jaar: ongeveer 20-25% van de patiënten is seropositief met HBV en 40-50% met HCV. De prevalentiepercentages berekend door de GEMT waren bijzonder hoog voor het HC-virus.

TUBERCULOSE EN DRUGGEBRUIK

Twee organisaties staan in voor de epidemiologische opvolging van TBC-patiënten: FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé) en VRGT (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding). In België noteerden we 1.270 nieuwe TBC-gevallen in 1999³⁴. Het

aantal en het percentage druggebruikers onder de nieuwe TBC-gevallen blijven de laatste jaren tamelijk gelijk. In 1999 werd in 9 gevallen druggebruik gemeld, wat 0,7% van de nieuwe TBC-gevallen vertegenwoordigt. De risicofactor "druggebruik" is frequenter in Brussel (4 gevallen of 1,5% in 1999).

DRUGS EN VERKEERSONGEVALLEN

In 1995-'96 werd een multicentrisch prospectief onderzoek uitgevoerd bij de spoeddiensten om de prevalentie van alcohol-, geneesmiddelen- of illegaal druggebruik bij verkeersslachtoffers te achterhalen³⁵. Van de 2.053 gevallen (mannen: 74%, vrouwen: 26%) was één derde tussen 14 en 24 jaar, waarvan

28% een hogere alcoholgraad had dan toegestaan (0,5 promille), terwijl 19% positief bleek voor een of meer middelen. De hoogste scores werden opgetekend voor benzodiazepine (8,5%), opiaten (7,5%) en cannabis (6%).

3.e. MORTALITEIT GERELATEERD AAN DRUGGEBRUIK

In België wordt de overlijdensoorzaak door de arts ingevuld op de overlijdensaangifte. De officiële sterftegegevens worden wel gepubliceerd, maar met een tamelijke vertraging. De overlijdens gerelateerd aan druggebruik worden wellicht niet systematisch als dusdanig aangegeven door de artsen. Toch kan deze bron van informatie op bepaalde trends wijzen. Voor de opsporing van druggerelateerde overlijdens aan de hand van het Overlijdensregister werden ICD9 (International Classification of Diseases) revisie codes in verband met drugs geselecteerd op basis van de Europese definitie die momenteel wordt opgesteld (alcohol werd zo veel mogelijk uitgesloten): 304: Verslaving aan een drug, 305.2-305.9:

Gebruik zonder verslaving, E850-E858: Accidentele vergiftiging, E950.1-E950.5: Zelfmoord en zelfvergiftiging, E980.1-E980.5: Ongeval met onbepaalde - accidentele of suïcidale - oorzaak.

Het aantal overlijdens blijft tamelijk gelijk (Tabel 8). In 1995 overleden 207 mannen en 139 vrouwen ten gevolge van druggebruik. In de helft van de druggerelateerde overlijdens is een opiaat bij de zaak gemoeid.

Overdoses worden niet systematisch geregistreerd door de politiediensten, terwijl de cijfers niet alle gevallen weergeven (48 gevallen geregistreerd in 1995). Aangezien de registratiemethode mettertijd is veranderd, kan hieruit geen trend worden afgeleid.

Tabel 10: evolutie van de mortaliteit gekoppeld aan druggebruik, 1993-1995

INDICATOR	ORGANISATIE	1993	1994	1995	1996	19 97	1998	1999	Trend
MORTALITEIT									
Aantal gekoppeld aan drugs	INS-ISP	346	376	346					=
% veroorzaakt door opiaten	NIS-WIV	47.0	48.0	53.0					=

Legende: =: ongewijzigd / : toename / : afname / --: schommeling / : toename gevolgd door afname / ?: gegevens niet beschikbaar of niet interpreteerbaar

4. POLITIEGEGEVENS OVER DRUGGEBRUIK

De politiegegevens vormen een nuttige aanvulling op de medische gezondheidsgegevens als indicator voor profielen en trends in illegaal druggebruik. Voor de interpretatie daarvan binnen ons kader, moeten we echter rekening houden met het beleid van de politie en de ingezette middelen.

Mogelijke informatiebronnen zijn de in drugs gespecialiseerde units van politie en douane (bijvoorbeeld: het Drugsprogramma van de Centrale Opsporingsbrigade). De Algemene Politie-stuendienst (APSD)³⁶ centraliseert

gegevens over inbeslagnames en aanhoudingen afkomstig van alle politie-eenheden, voornamelijk van gemeentepolitiediensten (voornamelijk gericht op lokale handel), gerechtelijke politie en rijkswacht (lokale, nationale en internationale handel). Deze dienst fungeert als interface met Interpol, Europol en het SIS van Schengen. Momenteel wordt gewerkt aan de ontwikkeling en verbetering van één databank waarin politiediensten rechtstreeks hun repressieve acties kunnen opslaan. De oprichting van een eenheidspolitie versnelt dat proces.

Tabel 11: evolutie van de aanhoudingen en druginbeslagnames in België, 1993-1999

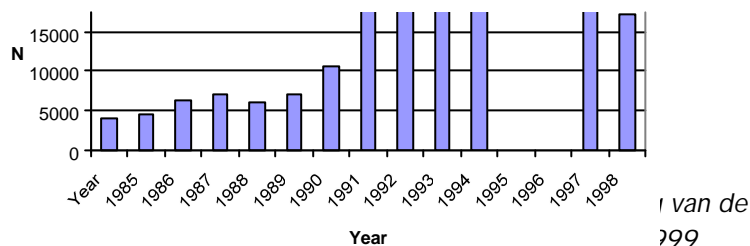
INDICATOREN	ORGANISATIE Referentienr.	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Trend
Aantal aanhoudingen	APSD ³⁶	19.482	19.467	18.376			21.184	17.129	=
Voor cannabis (%)				72,7		65,0	65,7	68,6	=
XTC/amfet. (%)				3,5		16,0	0,9	15,6	~~
Opiaten (%)				16,5		7,0	25,6	5,9	~~
Cocaine (%)				5,9		5,0	4,6	4,3	=
Aantal inbeslagnames van cannabis	APSD ³⁷	6.380	8.628	13.379			13.020	7.362	
XTC/amfet.		684	978	1.002			2.672	2.163	
Opiaten/heroïne		3.082	3.024	3.158			1.112	720	
Cocaine		897	927	1.046			799	547	

Legende: =: ongewijzigd / : toename / : afname / --: schommeling / : toename gevolgd door afname / ?: gegevens niet beschikbaar of niet interpreteerbaar

4.a. AANHOUDING VOOR DRUGFEITEN

Het aantal mensen aangehouden voor drugfeiten verdrievoudigde in de laatste 10 jaar³⁶: 6.093 in 1989 en 17.129 in 1999 (Figuur 5). Sinds 1991 bleef het aantal aanhoudingen gelijk en bereikte in 1998 een

maximum met 21.184 gevallen (tabel 11). Uit die cijfers blijkt dat cannabis bij 2/3 van de gevallen gemoeid is en dus gelijk blijft voor de jaren 1995-1999.



van de
99

Net zoals in de meeste EU-landen, slaan de meeste aanhoudingen op drugbezit voor eigen gebruik. Bijna 3/4 van de aanhoudingen, respectievelijk 73, 71 en 73% in 1996, '97 en '98 zijn gevallen van bezit voor eigen gebruik.

4.b. INBESLAGNAMES VAN DRUGS

De beslagcijfers slaan zowel op de enkele grammen die in beslag worden genomen bij occasionele dealers, als op de tonnen drugs die worden gevangen in de strijd tegen georganiseerde handelaars (die vangsten hebben een doorslaggevende invloed op de statistieken). Dat beperkt het belang van beslaganalyses, vooral wat de hoeveelheden betreft. De meest in beslag genomen producten zijn heroïne, cocaïne, cannabis. Het totale aantal inbeslagnames steeg in de jaren '90 en bereikte een piek in 1995 voor de meeste verdovende middelen³⁷ (Tabel 11). Na die stijging stabiliseerde het aantal cannabisvangsten in 1998 en nam ten slotte af in 1999. Het aantal inbeslagnames van heroïne, cocaïne en LSD nam toe tot in 1992, bleef daarna gelijk en daalde in 1998 en 1999.

Het aantal amfetamine- en XTC-vangsten steeg echter veel sneller tot in 1998 en stabiliseerde zich in 1999 (Tabel 11).

We kunnen ons de vraag stellen of dat afgenomen aantal inbeslagnames overeenstemt met een totale afname van het aantal politiekrachten ingezet voor de controle van de drugmarkt, of met een specifieke verlaging ingevolge de richtlijn van 1998 betreffende vervolgingen voor het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik.

In het laatste decennium stegen de cannabisvangsten in 1996 en haalden toen een piek van meer dan 100.000 kg, die hoeveelheden daalden daarna heel sterk tot 5.847 kg in 1999. De hoeveelheid andere aangeslagen middelen schommelt sterk van jaar tot jaar. In 1999 werden 83 kg heroïne, 1.761 kg cocaïne en 489.566 XTC-/amfetaminetabletten in beslag genomen in België. Die grote schommelingen kunnen het gevolg zijn van internationale politiesamenwerkingen; soms worden inbeslagnames immers uitgesteld om de drugnetwerken efficiënter te ontmantelen.

4.c. Aanbod en beschikbaarheid

Informatie over het aanbod en de handel komt ruim aan bod in de Belgische vragenlijst die wordt ingevuld voor het jaarrapport van de UNDCP³⁷. Tachtig procent van de heroïne

is afkomstig uit de gouden wassenaar (zuid-oost-Azië) en de resterende 20% uit de gouden driehoek (Laos,

Tabel 12: evolutie van de beschikbaarheid van drugs in België, 1993-1999

INDICATOREN	ORGANISATIE (ref)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Trend
Beschikbaarheid (%) (volwassenen 18-49 jaar)	ULB-Promes ²	2							

INDICATOREN	ORGANISATIE (ref)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Trend
Cannabis					59,2	70,4	62,9	64,5	=
Cocaïne					45,6	50,8	41,1	40,0	=
Verkoopprijs (euro)	APSD ³⁷								
Cannabis / g		8		7		9	6	6	=
XTC/amfet. /pil		28		12		8		9	
Heroïne / g		83		38		35	35	35	
Cocaïne / g		55		49		40	50	55	=

Legende: =: ongewijzigd / : toename / -: afname / --: schommeling / : toename gevolgd door afname / ?: gegevens niet beschikbaar of niet interpreteerbaar

Cambodja en Vietnam). Cocaïne is voornamelijk afkomstig uit Zuid-Amerika (Colombia, Brazilië, Venezuela...). Cannabis wordt vooral aangeleverd uit Marokko (60%), Pakistan (30%), Kenia, Nigeria, Colombia en Cambodja. XTC wordt ingevoerd uit Nederland en Oost-Europa, maar wordt ook gemaakt in Belgische laboratoria.

Tabel 12 toont aan dat, volgens de monitoringstudie van gezondheidsgedragingen in de Franse Gemeenschap², een groot deel (2/3) van de volwassen bevolking (18-49 jaar) verklaart makkelijk cannabis te kunnen kopen.

Bijna de helft verklaart ook aan cocaïne te geraken.

De kwalitatieve enquête³⁸, in 1997 uitgevoerd in Brussel bij 22 Brusselse tieners (14 jongens en 8 meisjes tussen 13 en 18 jaar), wijst uit dat jongeren verklaren makkelijk overal aan cannabis te geraken: bij vrienden, in Nederland, op festivals, in jeugdhuizen en ook op school.

De verkoopprijs blijft de laatste jaren tamelijk gelijk voor cannabis en cocaïne, terwijl de prijs voor heroïne en XTC-tabletten is gedaald.

III. INTERVENTIES VOOR DE INPERKING VAN DE VRAAG

De interventies voor de inperking van de vraag worden ondersteund door de Gemeenschappen, de Gewesten en de federale overheid. Een aanpak op lange termijn, met een beleid ontwikkeld in overleg met alle betrokkenen, vormt de grondslag voor de preventie.

In de afgelopen jaren werd drugpreventie vaak geïntegreerd als een onderdeel van het lokale gezondheidsbeleid. Met de opkomst van de HIV- en AIDS-besmetting en vooral door het gevaar voor besmetting door de uitwisseling van spuiten tussen intraveneuze druggebruikers, werd een nieuwe strategie voor risicobeperking ontwikkeld. Die omvat maatregelen toegepast door medische en multidisciplinaire teams (spuitruil, substitutiebehandeling, distributie van condooms...), naast criminaliteitspreventieve acties binnen het kader van maatschappij- en veiligheidscontracten van het ministerie van Binnenlandse Zaken.

De Europese dimensie is daarin opgenomen en diverse organisaties zijn bij Europese programma's betrokken (Euregio, Intereg...).

Naast federale, communautaire en gewestelijke optredens (en de coördinatie door de provinciale platforms in Vlaanderen) moet er vooral vernieuwing komen in de ontwikkeling van beleidsplannen en coördinaties op het lokale niveau.

Crisisnetwerken staan momenteel in de steigers in Vlaanderen: interveniënten, waaronder gerechtelijke diensten, kunnen hier geschikte oplossingen vinden, met name buiten de normale werkuren van de opvangdiensten voor druggebruikers.

Tot slot worden de mogelijkheden van case management via het aanbod in de gebruikskringen momenteel verkend.

Overheden en privé-verenigingen steunen preventie-activiteiten, researchprojecten en programma's op het niveau van de plaatselijke gemeenschappen. Die programma's zijn gericht op de inperking van het gebruik, op preventie en recreatie, op opleidingen voor terreinwerkers, op preventie dankzij peer groups, op de ontwikkeling van preventiemiddelen...

BELANGRIJKSTE INTERVENTIETYPES OM DE VRAAG IN TE PERKEN

Vroegtijdige interventies bij kinderen en gezinnen: sensibilisering door de Office de la Naissance et de l'Enfance en "Kind en Gezin", brochures en opleidingen bestemd voor zowel ouders als adolescenten.

Basis scholen: totaalpreventie, tabakpreventie, materiaal voor onderwijzers.

Middelbare scholen: totale en specifieke (tabak, alcohol) preventieprogramma's, cd-rom, opleidingsprogramma's voor onderwijzers.

Buitenschoolse programma's voor jongeren: sensibilisering en opleiding voor monitors en trainers in sportclubs e.d., exposities over drugs, alcohol, opleiding in de "peer-aanpak".

Programma's op het niveau van de lokale gemeenschappen: ontwikkeling van specifieke en continue programma's op het lokale niveau over drugs en alcohol, ondersteund door de

plaatselijke overheden, preventiewerkers, middelen en handleidingen.

Massamediacampagnes: recentelijk werd geen enkele grootschalige campagne meer gevoerd, met uitzondering van posters, prospectussen voor het groot publiek of voor specifieke groepen.

Telefonische hulplijnen: Druglijn en Infor-Drogues verstrekken informatie en begeleiding, geven hun werkers een opleiding. Druglijn ontwikkelde een vroegmeldingssysteem voor alle soorten drugs. De Druglijn ontvangt, verwerkt en verspreidt informatie.

Internet: diverse preventie-organisaties stellen hun materiaal, opleidingen en evaluatieresultaten voor op een website.

HIV- en hepatitispreventie: preventiepromotie onder intraveneuze druggebruikers, opleidingen, straatwerkers, spuitruilcounters.

Sommige centra bieden analyses aan. Enkele specifieke vaccinatieprojecten voor gebruikers zijn momenteel in ontwikkeling.

Werkplaats: de meeste programma's streven naar preventie van alcoholisme en een vroegtijdige interventie, maar evolueren geleidelijk ook naar de preventie van illegaal druggebruik. De belangstelling hiervoor neemt toe bij ondernemingen.

Substitutieprogramma's en behoudsprogramma's: hoewel methadonprogramma's op een wettelijke basis wachten om hun werking uit te breiden, verstrekken vele centra en huisartsen nu reeds methadon.

Ambulante behandeling: in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, dagcentra en Medisch-Sociale Opvangcentra (laagdrempelige diensten).

Huisartsen: de huisartsen van de Franse Gemeenschap zetten zich al vele jaren in (netwerk van huisartsen ALTO - Alternatives aux Toxicomanies). Geleidelijk krijgt deze aanpak ook navolging in Vlaanderen (opleiding, video).

Residentiële behandeling: voornamelijk in crisiscentra, therapeutische centra en drugafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen.

Ontwenning: de meeste ontwenningsskuren gebeuren in een ziekenhuisomgeving of

gespecialiseerde centra. Ontwenning is vaak een voorwaarde voor een opname in therapeutische centra.

Nazorg: revalidatie, opvang na behandeling, zelfstandige woonplaatsen geïntegreerd in de therapeutische gemeenschap...

Ouderschap en druggebruik: methadonprogramma's voor zwangere vrouwen bestaan in gespecialiseerde centra. In de Franse Gemeenschap groepeert een netwerk gespecialiseerde centra en huisartsen.

Zelfhulpgroepen: voornamelijk voor alcoholproblemen en geneesmiddelenmisbruik (type AA), maar ook ouderverenigingen van probleemgebruikers en recreatieve gebruikers en verenigingen van verslaafden.

Gerechtigd systeem: steeds meer samenwerkingen worden aangeknoopt tussen gerechtelijke en medische systemen, vooral dan in de vorm van therapeutisch advies. Alternatieve strafmaatregelen worden ondersteund, maar niet echt uitgebouwd.

Druggebruik in de gevangenis: in "drugfree" gevangenisafdelingen lopen nu pilootprojecten, met onder andere geregelde controles, opleiding voor het gevangenispersoneel, pilootteam voor misdadpreventie onder gevangenen die voor de eerste keer een straf uitzitten.

IV . NOOD AAN INFORMATIE EN PRIORITEITEN VOOR DE TOEKOMST

HUIDIGE MOEILIKHEDEN

In de voorbije jaren is de samenwerking tussen de behandelingssector en het gerechtelijk systeem toegenomen. Vooral voor jongeren die een eerste overtreding begingen, werd de therapeutische bijstand uitgebreid naar een groter aantal gerechtelijke arrondissementen. Ook de uitbreiding van het algemene behandelingsnetwerk gaat door: daarbij wordt vooral meer aandacht besteed aan laagdrempelige diensten en een meer

gedifferentieerd aanbod (ontwenning, inperking, substitutie, behoud).

De politieke wereld stuurt tamelijk dubbelzinnige signalen uit naar de bevolking: enerzijds is er een gedoogbeleid in de vervolging van cannabisgebruikers, terwijl de officiële stelling nog steeds op een absoluut verbod steunt. Dat zaait verwarring bij jongeren en hun ouders.

Algemeen werden volgende hindernissen vastgesteld:

Gebrek aan langetermijnstrategie en aan overleg op verschillende niveaus: politiek, intermediair en op het terrein

De voorbije jaren was er heel wat rond drugs te doen in de Belgische politiek: diverse ministers maakten actieplannen op, de federale regering lanceerde een 10-puntenplan rond drugs en de Gemeenschappen volgen hun eigen beleidslijnen. Toch bestaat er geen consensus tussen die verschillende benaderingen.

De interministeriële conferentie over drugs, noodzakelijk vanwege de complexe politieke structuur in ons land, vergaderde slechts één keer in de laatste drie jaar.

Op het tussenliggend coördinatieniveau bestaat er één coördinatiecentrum in de Vlaamse Gemeenschap (VAD), één in de Franse Gemeenschap (CCAD / EUROTOX) en een derde in de Duitstalige Gemeenschap (ASL). Ook het Brussels Gewest heeft op een eigen centrum (ODB/CTB).

Toch bestaat er geen formeel samenwerkingsverband tussen de diverse gewesten van ons land, noch tussen de verschillende overheden (communautair, provinciaal en lokaal). Communicatie en coördinatie zijn gebaseerd op persoonlijke voorkeur en bereidwilligheid.

We kunnen alleen hopen dat de huidige werkzaamheden van het ministerie van Volksgezondheid onder andere in een betere coördinatie zullen resulteren.

Onder de terreinwerkers heerst een gebrek aan continuïteit: vele initiatieven steunen slechts op contracten van beperkte duur. Vaak zien we ook een gebrekkige coördinatie tussen de terreinwerkers.

Overbevraging van preventie en gevolgen daarvan

Drugproblemen staan hoog op de politieke agenda, waardoor meerdere initiatieven worden uitgewerkt, maar dikwijls zonder duidelijk doel voor ogen en zonder een structuur om het project op lange termijn voort te zetten.

Sterk zichtbare activiteiten krijgen de voorkeur om zo subsidies te krijgen. Vele

activiteiten zijn bovendien eenmalig en worden onderling niet gecoördineerd.

De hoge vraag veroorzaakt tevens een hoge werkdruk op de preventie- en terreinwerkers. Langzamerhand groeit de groep van goed opgeleide preventiewerkers, hoewel de werkdruk het hen vaak moeilijk maakt tijd te besteden aan opleiding en verbetering van de kwaliteit.

Het groeiende aantal preventiewerkers tijdens de laatste jaren vormt desondanks geen garantie voor betere resultaten, omdat er nog

steeds geen algemeen kader is dat langetermijnstrategieën voor preventie vastlegt.

Beperkte middelen voor preventie en inperking van de vraag

De verwachtingen naar preventie staan hooggespannen, gezien de complexiteit van de verslavingsproblematiek en de moeilijke rehabilitatie. Nochtans zijn de budgetten voor preventie in vergelijking met de budgetten voor

behandeling zeer klein. Bovendien worden de meeste budgetten vrijgemaakt voor eenjarige projecten, wat een langetermijnstrategie voor preventie helemaal niet ten goede komt.

Gebrek aan standaardisatie en harmonisatie van de geregistreerde informatie

Voor de volksgezondheid is betrouwbare epidemiologische informatie nodig over de prevalentie van het druggebruik in de verschillende bevolkingsgroepen, over de wijze van gebruik, over initiatieven om de vraag in te dammen, over de specifieke doelstellingen en de resultaten. Enkel met deze gegevens kunnen streefdoelen en prioriteiten op een adequate manier vastgelegd worden en valt hun impact te beoordelen. Bovendien kunnen we met gestandaardiseerde gegevens de situatie in de gewesten met elkaar vergelijken, net als de resultaten van verschillende soorten

tussenkomen, om zo de doeltreffendste programma's te identificeren. Aangezien de meeste initiatieven worden opgestart door terreinwerkers om dringende problemen het hoofd te kunnen bieden, en omdat ze slechts tijdelijke subsidies krijgen, is epidemiologische informatie verzamelen een extra taak die ze als erg lastig ervaren. Desondanks krijgen internationale richtlijnen, zoals die van het EWDD, steeds meer navolging in lokale initiatieven.

Epidemiologisch toezicht

De ontwikkeling van een systeem voor gegevensgaring mag géén rem zijn voor het gezonde verstand en de aanpak van probleemsituaties in verband met druggebruik. Op termijn is de uitbouw van een degelijk informatiesysteem (inzameling, analyse, interpretatie, verspreiding) wel essentieel om een beter inzicht te krijgen in de aard, de omvang en de wijzigingen in het druggebruik, om een doeltreffend beleid uit te stippelen, geregelde evaluaties te maken en dat beleid aan te passen aan de evoluties. De identificatie van prioriteiten en doelgroepen, maar ook de evaluatie van de acties zijn onmogelijk zonder een betere documentatie over de epidemiologische situatie inzake prevalentie,

mortaliteit en morbiditeit, maar ook attitudes en gedragingen.

De ervaring in diverse landen toont aan dat we de kwaliteit en bruikbaarheid van gegevens gevoelig kunnen verbeteren, hoewel het enkele jaren duurt voor de resultaten echt zichtbaar zijn. Het is erg onwaarschijnlijk dat drugproblemen in een nabije toekomst vanzelf verdwijnen. Daarom is het ten zeerste aanbevolen om, gefundeerd op de Europese context van het EWDD, de hoekstenen te leggen van een epidemiologisch toezicht op druggebruik en de gevolgen daarvan, op lange termijn. Inspanningen zijn absoluut noodzakelijk, zowel voor "gezondheidsgegevens" als voor andere gegevens, met name gerechtelijke informatie.

Het EWDD heeft immers besloten dergelijke informatie in de komende maanden te gaan

uitbouwen.

Structurele vereisten en methodologische ondersteuning

Vóór we aanbevelingen kunnen voorstellen voor de eigenlijke gegevensgaring, moeten we enkele structurele basisvereisten en voorwaarden herhalen.

We moeten die gegevens putten uit een hele reeks bronnen volgens diverse methodes en indicatoren. Zowel kwantitatieve en kwalitatieve gegevens, als achtergrondinfo zijn onontbeerlijk.

Dit houdt in dat een formeel erkende centrale unit (bijvoorbeeld een Focal Point) zou instaan voor de inzameling en analyse van de gegevens en de verspreiding van de resultaten. Richtlijnen dienen opgemaakt en "routineprocedures" gevolgd en vergeten we

ook de evaluatietaken van die centrale unit niet.

Die unit moet terugvallen op gewestelijke en lokale centra (bijvoorbeeld de Sub-Focal Points) om zo een heel netwerk van gegevensgaring te vormen.

Structuren die de communicatie tussen de partners bevorderen en een methodologische begeleiding verstrekken zijn strikt noodzakelijk: terreinwerkers, lokale en gewestelijke coördinatiecentra, centrale unit, politici, onderzoekers. Op het lokale niveau moeten alle actoren uit alle sectoren ingeschakeld worden voor de inzameling én de interpretatie van die gegevens, terwijl ze zelf op feedback moeten kunnen rekenen.

Gebrek aan evaluatie en middelen voor research en opleiding

Preventie- en behandelingsactiviteiten worden slechts zelden geëvalueerd (op enkele evaluaties na), ondanks een stijgende vraag naar gegevens die hun efficiëntie bewijzen. Initiatieven die de werking van diverse netwerken evalueren, verdienen aanmoediging. Op dat punt ontbreekt het vaak aan wetenschappelijke evaluatiemodellen. Omdat drugpreventie zó complex is, kan vaak moeilijk

aangetoond worden of en hoe één of meer activiteiten het druggebruik beïnvloedden, of en hoe ze de verwante problemen verminderden... Opleiding is een essentiële peiler in vraagbeperkende strategieën. Die opleidingen zijn veelal bedoeld voor de belangrijkste personen in de diverse sectoren waar preventieprogramma's geïntroduceerd worden.

Voor het BI RN zijn dit de prioriteiten voor de toekomst:

- het overleg en de coördinatie tussen de verschillende overheden, niveaus en actoren uitbouwen
- de doelstellingen van de voorgestelde acties en beleidslijnen duidelijker definiëren en vooral een langetermijnstrategie ontwikkelen, gekoppeld aan een duidelijker inzicht in de richtlijn van 1998 wat betreft de wijzigingen in de vervolging van cannabisbezit voor eigen gebruik.
- het epidemiologisch toezicht op drugs organiseren dankzij de uitbouw van de bestaande structuren (Focal Point en Sub-Focal Points) en hun samenwerking met zowel andere wetenschappelijke expertisecentra in België en in het buitenland, als met de terreinwerkers.
- kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken beter steunen, vooral voor de evaluatie van de impact van preventieve en vraagbeperkende acties, maar ook voor de beoordeling van repressieve maatregelen.
- schadebeperkende interventies en diverse behandelingsmethodes opvolgen en evalueren, vooral de behandeling met substitutieproducten zoals methadon
- het alcohol-, geneesmiddelen- en druggebruik als een totaalprobleem beschouwen.

Referenties

- 1 QUATAERT P, VAN OYEN H. Gegevensinzameling in verband met middelengebruik door middel van CATI, IHE/Episerie n°6, CCOV, IHE, Brussel, 1995.
- 2 PIETTE D, DE SMET P. Rapport Sanomètre: Comportement de santé des adultes en Communauté française. Promes-ULB, Bruxelles, 2000.
- 3 Database 'Jongeren en gezondheid 1998 (part of a WHO cross national study), University of Ghent, department of Public Health. Coordinator for Flanders: MAES L. Datamanager: VEREECKEN C. Ghent 1999.
- 4 PIETTE D, PREVOST M, BOUTSEN M et coll. Vers la santé des jeunes en l'an 2000: Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994. Health Behaviour in School-aged Children. A World Health Organisation Cross-national Study, soutenu par la Communauté française de Belgique, ULB-Promes, 1997.
- 5 KINABLE H. Bevraging van Vlaamse leerlingen in het Kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport januari-juni 1999. VAD, 1999.
- 6 VERHAEGEN D, RAES V, VAN DER KREEFT P, MAERTENS G. Focus of drugs. Verwerking en bespreking van de resultaten van leerlingbevraging van drie scholen in Beveren in het schooljaar 1997-1998. Stad Beveren en De Sleutel, 1998.
- 7 VERHAEGEN D, RAES V. Middelengebruik in relatie tot de omgeving bij schoolgaande jongeren in Brugge: een onderzoek tijdens het schooljaar 1996-1997. Brugge, De Sleutel - vzw Provinciaal der Broeders van Liefde en Stad Brugge, 1997.
- 8 DEPAEPE P, DECLERCK B. Enquête réalisée au sein de la population scolarisée de Charleroi portant sur le phénomènes des drogues 1999. Ville de Charleroi, 2000.
- 9 D'HAESELEER H. Project Ninove Rookvrije Stad. Gezondheidsenquête Ninooftse scholieren. Ninove, Dienst Sociale Zaken, 1997.
- 10 BILS L, GOSSET C, BERTRAND J. Enquête de diagnostic social dans trois écoles secondaires de Verviers - 1999. CCAD, ULG, 2000.
- 11 DUBOIS P. Illegal drug among military conscripts. Ann. Med. Milit. Belg. 1995; 9(2): 89-96.
- 12 DE MAERE W, HARI GA F, BARTHOLEYNS F, VANDERVEKEN M. Druggebruik in de gevangenisomgeving. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van DWTC/SSTC.
- 13 HARI GA F. Modus Vivendi / EU network for HIV and HCV prevention in prison. Report for DGV.
- 14 TODTS S, FONCK K, COLEBUNDERS R, VERCAUTEREN G, DRIESEN K, UYDEBROUCK M, VRANCKX R, VAN MOL F. Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. Arch Public Health, 55, 1997, pp 87-98.
- 15 TODTS S 1989. Personal communication.
- 16 RENARD F, Tafforeau J, Vanderveken M, Stroobant A. Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994. IHE, Bruxelles, 1995.
- 17 WALCKIERS D, SARTOR F, SASSE A, BILS L. Country Report: Belgium. In: Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, Final Report of project CT.97.EP.04); Lisbon, October 1999.
- 18 LEDOUX Y, PREUMONT C, BILS L. Estimation du nombre d'usagers d'opiacés dans la Communauté française de Belgique. CCAD - Notes épidémiologiques n°1. Bruxelles, Juin 1999.

-
- 19 GOELENS I, DECKERCK B. Recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi. Analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999. Ville de Charleroi, Octobre 2000.
 - 20 HARI GA F, VAN HUYCK C, LAZAROU A. Rapport de recherche action Dour 1998. Modus Vivendi - Carnet du risque N°16. Bruxelles, 1999.
 - 21 PREUMONT C, BILS L. Evolution des données relatives à l'indicateur 'Demandes de traitement' pour les usagers de drogues illicites de 1993 à 1998 en Communauté française de Belgique, CCAD, Juin 2000, Bruxelles.
 - 22 LEURQUIN P, et all. Belgian National Report on Drugs 2000. I PH, December 2000, Brussels.
 - 23 VANDENBUSSCHE E, WYDOODT J.P. Vlaamse registratie Middelengebruik (VRM): Registratiegegevens 1998. VAD, Brussel, 2000.
 - 24 VANDERVEKEN M, MEREMANS P. Rapport épidémiologique 1998. CTB-ODB, Bruxelles, 2000.
 - 25 RAES V. De Sleutel Jaarverslag 1999. Merelbeke, July 2000.
 - 26 Conseil Supérieur d'Hygiène (Ministry of Health, Belgium). Working paper to be included in the report: 'Follow-up evaluation of the 'Conference de Consensus Methadone'' (to be published). The figure takes into account the quantities of exported methadone.
 - 27 RCM-RPM flash / MKG-MPG flash. Direction de la Politique des Soins de Santé / Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid, Ministry of Social Affairs, Public Health and Environment. November 1998.
 - 28 SASSE A, VAN KERSSCHAEVER G, STROOBANT A. Le SIDA en Belgique - Situation au 31 décembre 1999. Rapport semestriel n°51.
 - 29 DENIS B, HAYANI A, JAMOULLE M et al. Toxicomanie et virus de l'hépatite C, B et HIV. Bulletin de la Société Clinique de l'Hopital Civil de Charleroi, 1993 (44): 209-213.
 - 30 DENIS B, DEDOBBELEER M, COLLET T et all. High prevalence of hepatitis C virus infection in Belgian intravenous drug users and potential role of the Cotton-filter in transmission. Acta Gastro-Enterologica Belgica, Vol LXIII, April-June 2000.
 - 31 TAFFOREAU J, VANDERVEKEN M, RENARD F. Evaluation de la prévention du SIDA parmi la population toxicomane: enquête auprès d'un réseau de médecins généralistes de ALTO-SSMG en Communauté française en 1994. IHE, 1995.
 - 32 TODTS S, BRIESSEN G. Risicogedrag bij injecterende druggebruikers in Vlaanderen. GIG project. VAD and Free Clinic, 1997.
 - 33 BEUTELS M, VAN DAMME P, AELVOET W, Desmyter J, Dondeyne F, Goilav C, Mak R, Muylle L, Pierard D, Stroobant A, Van Look F, Waumans P. & Vranckx R. Prevalence of hepatitis A, B and C in the Flemish population. Eur. J. Epid. 1997, 13, 275-80.
 - 34 WANLI N M. Rapport épidémiologique de la tuberculose 1997 - Région wallonne - Région de Bruxelles-Capitale. FARES, Bruxelles, 1998.
 - 35 Belgian Toxicology and Trauma Study. Belgian Society of emergency and disaster medicine, Toxicological society of Belgium and Luxembourg, Belgian Road Safety Institute, 1998.
 - 36 SGAP/APSD. Aperçu de la criminalité 1997-1998, Statistiques Criminelles Interpolicières Intégrées. 1998.
 - 37 Questionnaire meant for the annual reports 1995, VN UNDCP, 1999.
 - 38 KOHN L, PIETTE D. La consommation de cannabis chez les jeunes à Bruxelles, in: Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française. ESP-PROMES, ULB, 1997.