Beschikbare data inzetten in lokaal alcohol- en drugbeleid. Naar een gezamenlijke aanpak

18de Onderzoeksplatform Middelengebruik VAD.

14 oktober 2021

Verslag ervarings- en ideeënuitwisseling

Welke ervaring heb je, vanuit jouw functie, met het inzetten van data ter ondersteuning van de lokale beleidsvorming?

Er is een grote vraag vanuit de gemeenteraad of specifieke commissies naar lokale gegevens over middelengebruik in het kader van een lokaal alcohol- en drugbeleidsplan. Data worden gebruikt als basis om tot een lokaal beleid te komen en ter ondersteuning van het proces: hoe evolueren fenomenen, wat is de situatie, wat zijn de mogelijkheden…. Verder worden data ook ingezet om sleutelfiguren te beïnvloeden bv. om interventies geïmplementeerd te krijgen of om dingen van de grond te krijgen.

Lokale besturen willen specifieke cijfers over hun gemeente om mee aan de slag te gaan maar die ontbreken vaak. De vraag van een gemeente naar lokale cijfers gaat vaak specifiek over een bepaald middel (recent bv. lachgas). De gemeente vraagt om een vooronderzoek of een lokale analyse te doen op basis van de cijfers van VAD. Vaak worden lokaal cijfers uit de leerlingenbevragingen van VAD gebruikt. Om trends aan te geven wordt er lokaal ook wel verwezen naar buitenlands onderzoek zoals van het EMCDDA, GDS, DIMS… Soms vraagt de gemeente naar cijfers over middelengebruik in een bepaalde sector bv. het jeugdwerk. Die gegevens zijn niet altijd voorhanden.

Een knelpunt is dat ambtenaren of jeugdconsultenten vanuit hun eigen functie vaak weinig tijd of middelen hebben om zelf data te verzamelen. Daarom kan het een optie zijn om die vraag terug bij het lokale bestuur te leggen: kan de stad/gemeente niet zelf een bevraging doen? Een andere optie is om voor de lokale analyse beroep te doen op een extern dataverwerkingsbedrijf dat de resultaten geregeld terugkoppelt naar het lokaal bestuur (zoals in de regio Waas en Dender).

Over het algemeen is een survey (laten) uitvoeren duur, zeker voor kleinere gemeenten. Het kan een optie zijn om verschillende gemeenten de kosten te laten delen.

In sommige steden wordt een omgevingsanalyse uitgevoerd, o.b.v. data uit beschikbare Vlaamse en Federale onderzoeken, aangevuld met een kwalitatief luik waarin lokale stakeholders aan het woord komen. Lokale besturen willen immers liefst harde cijfers maar er is tevens nood aan aanvullende kwalitatieve dataverzameling. Het belang van kwalitatieve gegevens wordt meermaals benadrukt. Idealiter worden cijfers en inzichten uit andere bronnen naast signalen gelegd van stakeholders die 'met hun voeten in de modder staan'. In het kader van een zorgzame buurt wordt ook gewezen op het belang van luisteren naar de buurt en de

inwoners zelf. Informatie die van onderuit wordt aangeleverd is belangrijk: gesprekken en signalen vanuit het werkveld (o.a. straathoekwerk) en door voortdurend vinger aan de pols te houden door het hebben van gesprekken met het werkveld.

Vaak worden cijfers gevraagd maar in feite is dat niet de essentie. In Gent bv. hebben ze de situatie goed in kaart kunnen brengen, zonder daarom veel concrete cijfers in handen te hebben. Het is nuttig om bovenlokale cijfers in het overleg met relevante stakeholders aan te reiken zodat dit aan de lokale situatie afgetoetst kan worden. Er is ook nood aan een bredere kijk op lokaal sociaal beleid (armoede, ongezonde levensstijl,…), daar zijn ook wel wat aanknopingspunten te vinden voor het uitstippelen van een lokaal alcohol- en drugplan.

Het logo maakt veel gebruik van data ter ondersteuning van het lokaal beleid. Ze maken zelf een bundeling van lokale data en geven beleidsadviezen en stellen prioriteiten o.b.v. lokale data. De dataverzameling beperkt zich niet tot enkel klassieke gezondheidscijfers maar gaat breder dan dat (brengt bv. ook het vrijetijdsaanbod in kaart). Dit kadert ook binnen ‘gezonde publieke ruimte’ waarbij de focus ligt op het aanbrengen van aanpassingen in de omgeving om een gezonde omgeving te creëren. Er zijn veel data beschikbaar. De website ‘provincies in cijfers’ levert online welzijnsgerelateerde cijfergegevens aan. De website bevat een grote databank met cijfergegevens, tabellen, analyses, … Steden en gemeenten kunnen digitale, dynamische rapporten op maat samenstellen en downloaden met de gewenste gegevens.

Daarnaast kunnen gemeenten via Sciensano een lokale gezondheidsenquête laten uitvoeren. Sciensano start in januari ’22 met de preventiebarometer die bij de Vlaamse bevolking onder meer attitudes en intenties ten aanzien van het gezondheidsbeleid en gedragsverandering nagaat. Er wordt gekeken naar de verschillende determinanten van gedragsverandering. Er worden ook focusgroepen gehouden bij onder andere wijkgezondheidscentra.

Voor kleinere steden en gemeenten is het moelijker om over lokale data te beschikken omdat er weinig lokale diensten zijn (bv. lokale spoedafdeling, drughulpverlening,…) en er niet zoveel partners zijn waaruit een signaal kan komen. In Blankenberge is men om die reden intussen gestart met het opstarten van het Ijslands model en bekijkt men momenteel de vragenlijsten die kunnen gebruikt worden.

Welke opportuniteiten en knelpunten zie je m.b.t. een brede dataverzameling op basis van risico- en beschermende factoren? Wat is de meerwaarde van dergelijke data voor de lokale beleidsvorming?

Een lokaal bestuur pikt ergens iets op en wil daarrond werken. De logo’s pikken dit op hun beurt op en proberen dit open te trekken en te bekijken welke overlegmomenten er al zijn en hoe er beter samengewerkt kan worden. De logo’s werken als themaverantwoordelijke en gemeentecoach in het project gezonde gemeente over de thema’s heen. In de begeleiding van een gezonde gemeente gebruiken ze de gezondheidsmatrix, met de gezinssituatie als basis van waaruit een actieplan uitgewerkt kan worden. Dat begint vaak heel klein en concreet, maar op termijn kan dat groeien naar iets groter en structureler.

Netwerken zijn heel belangrijk. Elkaar kennen en blijven investeren in het netwerk. Preventieactoren moeten blijvend inzetten op bekendheid en netwerking. Ze moeten echt in het terrein staan, bekend zijn en op de hoogte zijn. Dit was ook te merken bij de komst van de nieuwe intergemeentelijke preventiewerkers, die zich ook overal moesten voorstellen alvorens toegang in de netwerken te krijgen.

In Gent werd in het actieplan bv. mondzorg bij personen die drugs gebruiken opgenomen. Er is dan bekeken hoe bestaande netwerken betrokken konden worden: wijkgezondheidscentra, logo's, tandartsen die onder hun tarief willen werken,…. Dat gaf heel concrete resultaten. Rond één thema is dat haalbaar, globaal genomen is dat minder evident.

Soms neemt politie een trekkersrol op in overleg voor lokaal alcohol- en drugbeleid en worden partners niet altijd als evenwaardig beschouwd. Het is echter belangrijk dat iedereen als evenwaardige partner gezien wordt en dat de input vanuit de gemeente/gemeenschap komt (gedragenheid).

Cijfers zijn soms te oud of niet lokaal genoeg. Deze worden waar mogelijk dan samengelegd met cijfers die lokaal verzameld zijn: dit kan van lokale diensten zijn, maar ook politie slaagt er vaak in om snel gegevens uit hun systemen te trekken. Er zijn ook privé-organisaties die (tegen betaling) lokale cijfers verzamelen. Lokale data zijn nodig. Bij (inter)nationale data is er toch steeds het risico dat men gaat zeggen dat het in zijn stad/gemeente toch anders is.

Er kan meer gekeken worden naar de lokale gezondheidsenquête (Sciensano) waarin ook andere data over gezondheid worden verzameld. Onderzoekers hebben vaak heel wat data beschikbaar, maar vaak is het niet eenvoudig om die gegevens tot bij de beleidmakers te krijgen. Er zit een kloof tussen de beschikbare data en de mensen die de data nodig hebben.

In onderzoek is het niet altijd makkelijk om af te bakenen welke risico- en beschermende factoren best mee moeten/kunnen genomen worden in onderzoek in functie van bv. evaluatie van beleid of interventies. Op gedragsniveau zie je vaak weinig effecten van interventies en beleid, maar wel op andere indicatoren.

De mate waarin je kan werken aan beschermende- of risicofactoren hangt in belangrijke mate samen met het aanbod en budget van gemeenten. Soms zijn de budgetten er niet om het aanbod te beïnvloeden.

Naast cijfers moet er ook geïnvesteerd worden in advocacy: dingen operationeel krijgen, omgaan met weerstand of een cultuur ombuigen vraagt meer dan cijfers alleen.

Wat is op lokaal vlak nodig om beter aan de slag kunnen gaan met data om hun middelenbeleid vorm te geven?

Brede dataverzameling biedt de opportuniteit dat je makkelijker kan motiveren om met andere diensten of organisaties samen te werken. (Brede) dataverzameling is vooral in kleinere steden toch lastig omdat men lokaal aan verschillende topics werkt bv. naast drugpreventie ook coördinatie van gemeenschapswachten, inbraakpreventie, fietsdiefstal, internetcriminaliteit, ... Het is dan niet haalbaar om zelf data te verzamelen. Soms zijn de budgetten te beperkt om data te verwerken. Er wordt geregeld gekeken naar bv. CGG om cijfers te bundelen op lokaal niveau, maar dat lukt niet altijd, omdat de tijd ontbreekt. De situatie is daarbij heel lokaalafhankelijk.

De ervaring met de lokale gezondheidsenquête is dat droge cijfers alleen niet werken. Er moet verder nagedacht worden over hoe dat concreet vorm kan krijgen: welke thema's springen er uit en hoe kan de vertaalslag naar de praktijk gemaakt worden? Het zou mooi zijn om de situatie op lokaal vlak in beeld te brengen d.m.v. de gezondheidssituatie: een sjabloon waar je om de drie jaar de cijfers krijgt en kunt bekijken welke evoluties er opvallen bij een aantal middelen. Zo heb je naast de cijfers van de leerlingenbevraging en het uitgaansonderzoek aanvullend bredere lokale cijfers. Idealiter is er een tool beschikbaar waaruit men zelf data kan halen. Wel wordt opgemerkt dat dat een risico inhoudt op foute interpretatie van de data.

Er moet bij het aanbieden van cijfers ook enige voorzichtigheid aan de dag gelegd worden: met cijfers kan je veel bewijzen en ontkrachten. Ze kunnen anders geïnterpreteerd worden en tegen je zaak gebruikt worden. Data aanbieden is een mes dat aan twee kanten snijdt.

Verschillen tussen grote(re) steden en (kleine) gemeenten is groot. Hiermee moet voldoende rekening worden gehouden bij de ontwikkeling van een analyse-instrument.

In grote steden is er vaak een grotere afstand tussen de preventiewerkers en de actoren die aan de beleidsknoppen zitten. Preventiewerkers worden daar meer als uitvoerende partner gezien en beleidmakers hebben daar vaak de cultuur van wij beslissen en jullie voeren uit. Er zou dus werk moeten gemaakt worden van meer vertrouwen in wat vanuit het preventieveld kan aangereikt worden. In kleinere gemeenten speelt dit minder.

Knelpunt is dat de politieke agenda soms primeert wat het moeilijk maakt om beleid te beïnvloeden. Beleid vraagt ook vaak kant en klaar aanbod. Een visuele voorstelling van gegevens en rapporten op maat van het lokale bestuur kunnen helpen. Daarbij dient men in te zetten op leesbaarheid en begrijpelijkheid.