Memorandum 2024






Negen prioriteiten

voor een doeltreffend beleid over alcohol, psychoactieve medicatie, gokken, gamen en illegale drugs

VAD
VLAAMS EXPERTISECENTRUM
ALCOHOL EN ANDERE DRUGS

Middelengebruik, gokken en gamen zien we overal. Zo heeft 22,6% van de Belgen ooit cannabis geprobeerd, 9% gebruikte ooit een andere illegale drug, en 78% dronk het afgelopen jaar alcohol. Er zijn ook steeds nieuwe evoluties. Zo gamet meer dan de helft van de volwassenen maandelijks, en neemt het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen bij jongeren toe.

Hoewel de meerderheid van de Vlaamse bevolking verantwoordelijk omgaat met deze middelen*, gaat gebruik soms gepaard met ernstige **gezondheids- en welzijnsproblemen**. De mate waarin dat gebeurt, hangt af van wie welk middel gebruikt in welke context.

Voor wie bijvoorbeeld thuis twee glazen bier drinkt voor de tv is dat gebruik minder risicovol, dan wanneer diezelfde persoon twee glazen bier drinkt op de voetbal en daarna achter het stuur stapt. Als die persoon ook zwanger zou zijn, geeft dat weer bijkomende gezondheids- en welzijnsrisico's. Het voorbeeld maakt duidelijk dat een alcohol- en drugbeleid aandacht moet hebben voor zowel de mens, als het middel, én het milieu waarbinnen het gebruik plaats-vindt. Een **alcohol- en drugbeleid** dat voor elk van die drie facetten aandacht heeft, werkt beter. En daar pleit VAD dan ook voor.

> *Een alcohol- en drugbeleid moet aandacht hebben voor zowel de mens, als het middel, èn het milieu waarin het gebruik plaatsvindt.*



* We verwijzen in deze tekst consequent naar middelengebruik. Daaronder verstaan we zowel alcohol, als psychoactieve medicatie, illegale drugs, gokken en gamen.

Het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) is de partnerorganisatie van de Vlaamse overheid en de koepel van meer dan 70 organisaties die rond middelengebruik en verslavingsproblemen werken. VAD heeft al 42 jaar ervaring met preventie en de aanpak van problemen door het gebruik van alcohol, cannabis en andere illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en problematisch gamen. Vanuit die rol pleiten we voor een volwaardige waardering van **preventie, vroeginterventie, schadebeperking en hulpverlening** als centrale pijlers van een drugbeleid. In dit memorandum schuiven we de prioriteiten naar voor die daarvoor nodig zijn.

Negen prioriteiten voor een doeltreffend beleid over alcohol, psychoactieve medicatie, gokken, gamen en illegale drugs

1. Stel een op wetenschap gebaseerde en consistente wetgeving op.
2. Zet de historische onderfinanciering van drugpreventie recht.
3. Investeer in een zorgaanbod dat rekening houdt met diverse behoeften van mensen met verslaving.
4. Moedig deskundigheidsbevordering aan.
5. Streef naar een drugbeleid met gezondheidswinst voor de hele bevolking, niet enkel met focus op schadelijk middelengebruik.
6. Besteed extra aandacht aan personen in maatschappelijk kwetsbare situaties en andere risicogroepen.
7. Zet in op destigmatisering, toegankelijkheid van de zorg en ervaringsdeskundigheid.
8. Versterk onderzoek, evaluatie en vernieuwing.
9. Zet in op interfederale samenwerking, met focus op gezondheid en welzijn.

1. Stel een op wetenschap gebaseerde en consistente wetgeving op

Middelengebruik heeft aanzienlijke impact op gezondheid van de Belg …

- Overmatig alcoholgebruik is één van de vijf aandoeningen die het meest bijdragen aan de 2,3 miljoen verloren gezonde levensjaren bij de Belgen.
- 5,2% van de volwassen Belgen gokt risicovol of problematisch. Het aantal online gokkers neemt snel toe.
- In de periode 2010-2020 overleden in het Vlaams gewest 533 personen als direct gevolg van het gebruik van illegale drugs, bijvoorbeeld door overdosis of vergiftiging.
- In 2021 bedroeg het gemiddelde THC-gehalte van marihuana 12%, dat is 35% hoger dan in 2002. Mensen met weinig cannabiservaring kunnen door die hoge THC-concentratie in de problemen komen.

… maar het wettelijk kader voor preventie en hulpverlening is onvolledig

Een uniform en consistent wetgevend kader faciliteert een effectieve aanpak van bovenstaande problemen. Maar die wetgeving blijft te vaak onduidelijk of onvolledig. In sommige gevallen ontbreekt het wettelijk kader volledig. Zo situeren een aantal schadebeperkende interventies zich in een grijze zone.

Alcohol- en gokpreventie wordt ook gehinderd door wetgeving die het aanbod niet voldoende inperkt. En dat leidt tot problemen. Een alcoholpreventiecampagne voor jongeren haalt weinig uit wanneer diezelfde jongeren legaal alcohol kunnen kopen vanaf 16 jaar. De reclame tijdens avond-programma's op tv, en 1+1-acties in de lokale supermarkt die alcohol extra goedkoop maken, werken preventieboodschappen verder tegen. Hetzelfde geldt voor gokken, waar jongeren bijvoorbeeld bij een dagbladhandelaar in de buurt van hun school nog steeds worden blootgesteld aan gokreclame en spelautomaten.



Nood aan consistente wetgeving die evidence-based interventies ondersteunt

- Ondersteun alcohol- en gokpreventie door kosteneffectieve maatregelen in wetgeving om te zetten. De drie meest kosteneffectieve maatregelen zijn **prijsverhoging**, **reclameverbod**, en beperking van de **beschikbaarheid**. Dit geldt in het bijzonder voor het optrekken van de minimumleeftijd: voor alcohol naar 18 jaar, en voor gokken naar 21 jaar. Dit advies werd uitgebreid uitgewerkt naar aanleiding van de interfederale actieplannen over alcohol en gokken in onze tienpuntennota gokken en aandachtspunten voor een interfederaal alcoholbeleid, maar werd niet (volledig) vertaald in een effectief beleid.

- Faciliteer en optimaliseer **schadebeperkende interventies** door de huidige wetgeving aan te passen (bijvoorbeeld substitutiebehandeling, druggebruiksruimtes, naloxone, drug checking).

- **Decriminaliseer** cannabisgebruik en -bezit voor persoonlijk gebruik aan de vraagzijde. Voer een grondig vergelijkend onderzoek naar **modellen om cannabis te reguleren** aan de aanbodzijde. Aanvaard daarbij geen enkel onderzoek of advies vanuit de commerciële cannabisindustrie. Lees hier meer.

> *Het marktgedreven aanbod stimuleert momenteel vooral ongezonde keuzes.*
> *Wettelijke beperkingen bieden daarvoor een tegengewicht.*

2. Zet de historische onderfinanciering van drugpreventie recht

Preventie krijgt te weinig middelen om effectief te zijn

De uitgaven aan middelenpreventie bedragen slechts 1% van de totale druggerelateerde uitgaven. Dat staat in schril contrast met de uitgaven voor veiligheid (40%) en voor de gezondheidssector (voornamelijk de ziekenhuizen, 60%).

Die onderfinanciering laat zich voelen:

- Preventiewerkers werken noodgedwongen **reactief** en **incident-gedreven**. Er is geen ruimte om proactief eigen initiatieven op te starten.
- Preventiewerkers kunnen niet **voldoen aan de vraag** naar preventie. Hierdoor moeten ze selectief beslissen in welke settings ze wel en niet actief aan de slag gaan.
- Door een onderbemand preventiewerkveld, ontstaat er een **vacuüm voor partijen met een andere agenda**. Zo komen bijvoorbeeld commerciële partijen, de industrie en andere actoren met een eigen 'preventie-aanbod'. Vaak zonder effect, en soms zelfs met een schadelijke impact.



Beleid kiest vaak voor contraproductieve maatregelen

Bovendien wordt te vaak gekozen voor strategieën waarvan we weten dat ze niet werken. Zo is er druk om aan 'zichtbare' preventie te doen, wordt er gekozen voor preventie-initiatieven die het individu viseren en niet de omgeving, of wordt preventie pas incidenteel ingezet wanneer er zich iets voordoet. Zo leiden bijvoorbeeld stijgende inbeslagnames van lachgas er vaak toe dat lokale besturen een brede sensibiliseringscampagne vragen. Dat wakkert nieuwsgierigheid bij jongeren net aan, een averechts effect.

Een investering in preventie laat een proactief en evidence-based aanbod toe

- Investeer in het preventiewerkveld en laat zo een aanzienlijke **uitbreiding van het aantal drugpreventiewerkers** toe. Zo kan alcohol- en drugpreventie meer proactief en doeltreffend werken. Die investering is kosteneffectief: elke euro die wordt geïnvesteerd, wordt namelijk in veelvoud terugverdiend in het voorkomen van directe en indirecte gezondheidskosten, niet-financiële welvaartkosten en sociale kosten.

- Zet verder in op het uitbouwen van **duidelijke coördinatie- en ondersteunings-structuren** binnen het preventieveld op Vlaams en bovenlokaal niveau. Zo wordt afstemming, uitklaren van taken en rollen, specialisatie en deskundigheidsbevordering in het Vlaamse alcohol- en drugpreventielandschap gefaciliteerd.

- **Professionaliseer** het preventiewerkveld om zo effectieve alcohol- en drugpreventie aan te moedigen, bijvoorbeeld door opleidingen bij erkende voorzieningen te stimuleren (bijvoorbeeld bij VAD, EUPC).

- Stimuleer sectoren om te kiezen voor effectieve preventie door middel van **structurele maatregelen** (waaronder wetgeving), en/of door het geven van **financiële stimulansen**. Daar zijn al voorbeelden van, zoals de CAO100 in de arbeidssector. Er kan bijvoorbeeld een gelijkaardige verplichting worden opgelegd bij de organisatie van festivals.

- Voer een stimuleringsbeleid naar gemeenten om samen in te zetten op alcohol- en drugpreventie met **intergemeentelijke preventiewerkers**.

- Ga **niet in zee met de industrie** als partner in preventie. De industrie heeft commerciële (en tegengestelde) belangen, en kan geen opdracht hebben in preventie. Zo riep de Ierse minister van Volksgezondheid de scholen op om niet in zee te gaan met partners uit de industrie.

> *Investeren in middelenpreventie is kosteneffectief. Elke euro die wordt geïnvesteerd, wordt namelijk in veelvoud terugverdiend. Die winst zit zowel in het voorkomen van directe en indirecte gezondheidskosten zoals ziekte of vroegtijdige sterfte, als in niet-financiële welvaartkosten zoals verlies in levenskwaliteit, als in sociale kosten zoals criminaliteit en verkeersongevallen.*

3. Investeer in een zorgaanbod dat rekening houdt met diverse behoeften van mensen met verslaving

Onderfinanciering verhoogt de drempel naar de zorg

“Hou vol, u wordt over enkele maanden geholpen.” De **wachttijden** in de gespecialiseerde drug-hulpverlening en de bredere geestelijke gezondheidszorg lopen op. Tel daar de **onderling verschillende aanmeldingsprocedures** bij op, en de **barrières om flexibel te schakelen** tussen zorgmodules, zorgverleners en instellingen, en het resultaat is dat heel wat mensen met een verslavingsproblematiek moeilijk toegang vinden tot gepaste zorg. Wij ijveren daarom voor een gerichte investering in het zorgaanbod.

Een gerichte investering in het zorgaanbod zorgt voor zorgcontinuïteit

- Breid de ambulante verslavingszorg, centra geestelijk gezondheidszorg, vroeginterventie en crisisopvang (inclusief in een niet-medische context) uit of voorzie minstens een behoud van capaciteit. Investeer daarbij in een uitbreiding van het aantal hulpverleners voor verslaving. Stem de **capaciteitsuitbreiding** af op de specifieke zorgnoden binnen die regio’s (bijvoorbeeld via nodenbevraging), om op maat te kunnen werken.

- Voorzie een structurele stimulans om **samenwerking en netwerking** te bevorderen. Zo ontstaat er meer ruimte om aan vroeginterventie en nazorg te doen.

  - Creëer beweegruimte en flexibiliteit in de huidige **regelgeving** om op maat te werken. Zo kan ambulante zorg bijvoorbeeld outreachend werken, of kan een vereenvoudiging van administratieve procedures cliënten vlotter laten schakelen tussen voorzieningen.

  - Creëer een **financiële stimulans** voor afstemming en overleg tussen de geestelijke gezondheidszorg, de gespecialiseerde verslavingszorg en de welzijnssector.

- Moedig organisaties in het **brede welzijnswerk** (bijvoorbeeld VDAB, sociale woningmaatschappijen) aan om in te spelen op de (zorg)noden van mensen in herstel. Zorg ervoor dat zij een aanbod op maat van mensen in herstel kunnen ontwikkelen.

> *Als de verslavingszorg op tijd kan optreden, vermijden we meer acute zorgnoden, en dus ook intensieve zorgvormen. Zo pakken we in één klap ook één van de oorzaken van overbelasting aan.*

4. Moedig deskundigheidsbevordering aan

Thema middelengebruik onderbelicht in opleidingen

Professionals die in hun werk vaak te maken krijgen met de thema's middelengebruik en verslaving, kregen daar in vele gevallen geen informatie over tijdens hun basisopleiding.

Bovendien bestaat in de (geestelijke en eerstelijns-) gezondheidszorg soms een zekere handelingsverlegenheid ten aanzien van mensen onder invloed of met verslavingsproblemen.

Nochtans zijn professionaliteit en het hebben van de juiste competenties cruciaal om preventiestrategieën effectief te implementeren of deskundig om te gaan met mensen met verslavingsproblemen.

Verhoog expertise en vaardigheden bij preventiewerkers, hulpverleners en andere professionals

- Ontwikkel een duidelijke visie op deskundigheidsbevordering en een **opleidingsplan** over middelengebruik en verslaving in de basisopleiding van relevante beroepsgroepen (bijvoorbeeld geneeskunde, verpleegkunde, psychologie, orthopedagogie, farmacie, onderwijs, enzovoort) en in voortgezette opleidingen voor praktijkwerkers.

- Moedig deskundigheidsbevordering over middelengebruik en verslaving aan bij preventiewerkers, hulpverleners en andere professionals die aan vroeginterventie doen (bijvoorbeeld eerstelijnszorg, huisartsen, (ambulante) eerstelijnspsychologen, welzijnswerk)
  - Bijvoorbeeld door **certificering** van opleidingen te faciliteren
  - Bijvoorbeeld met specifieke **opleidingscheques** voor het thema middelengebruik en verslaving, of methodieken als motiverende gespreksvoering

- Faciliteer deskundigheidsbevordering bij **justitiële actoren** over de thema's middelengebruik en verslaving

> *Door de basisnoties van middelengebruik en verslaving mee te geven in de basisopleiding, kunnen toekomstige preventiewerkers, hulpverleners en andere professionals in de praktijk bewuster omgaan met deze thema's.*

5. Streef naar een drugbeleid met gezondheidswinst voor de hele bevolking, niet enkel met focus op schadelijk middelengebruik

Ook matig gebruik van alcohol, drugs, psychofarmaca en gokken houdt risico's in



Er wordt vaak een opdeling gemaakt tussen schadelijk en niet-schadelijk gebruik. Dat impliceert dat er onschadelijk gebruik is, een stokpaardje waar de industrie regelmatig op terugvalt. We weten nochtans dat elke vorm van middelen-gebruik risico's voor gezondheid en welzijn inhoudt.

- Het risico om gewond te raken of te overlijden in een auto-ongeval neemt exponentieel toe vanaf een bloedalcoholconcentratie van 0,5 g/l. In 2021 testte 1,73% van de Belgische autobestuurders bij een alcoholcontrole hoger dan dat. Bijna één derde testte tussen de 0,5 en 0,8 g/l.
- Tijdens het wereldkampioenschap voetbal in 2022 hebben 43.122 nieuwe spelers zich voor het eerst geregistreerd op een vergunde goksite. Die nieuwe spelers zijn voornamelijk jonge spelers (58% was onder de 30 jaar). Onderzoek toont aan dat starten op jonge leeftijd de kwetsbaarheid voor gokproblemen op latere leeftijd vergroot.
- Twee miljoen mensen namen benzodiazepines in 2022. Het gebruik van die slaap- en kalmeer-middelen is nooit zonder risico door de verhoogde kans op gewenning en afhankelijkheid.

Een opdeling tussen schadelijk gebruik en niet-schadelijk gebruik weerspiegelt de realiteit niet

- **Communiceer consequent** dat elk gebruik van alcohol, psychoactieve medicatie of andere drugs risico's inhoudt, ook eenmalig of matig gebruik.
- Ontwikkel een alcohol- en drugbeleid vanuit een **gezondheidsperspectief**, en zorg ervoor dat de alcohol- en gokindustrie het beleid niet hypothekeren. Denk maar aan het voorbeeld van de zogenaamde positieve effecten van alcoholconsumptie.

> *De alcoholindustrie beklemtoont in de dialoog over preventie graag de relatief kleine groep die met verslaving kampt. Dat impliceert onterecht dat er voor alle andere mensen die alcohol gebruiken, geen risico's zijn. Het is een marketingstrategie.*

6. Besteed extra aandacht aan personen in maatschappelijk kwetsbare situaties en andere risicogroepen

Ook voor middelengebruik gelden gezondheids-ongelijkheden

Hoewel iedereen recht heeft op gezondheid, zijn er grote verschillen in gezondheid tussen mensen. Sommige van die verschillen zijn nochtans vermijdbaar. De gezondheidsenquête (2018) documenteert enkele van die **gezondheidsongelijkheden**:

- 38,7% van de lagergeschoolde Vlaamse mannen heeft een slechte gezondheidstoestand, tegenover 13,5% van de hogergeschoolde Vlaamse mannen.
- Problematisch geneesmiddelengebruik komt vaker voor bij laagopgeleiden, dan bij hoogopgeleiden.
- In de laagste inkomensklasse zijn er bijna vier keer meer Vlamingen met een (heel) hoog risico op problematisch cannabisgebruik, vergeleken met de hoogste inkomensklasse.

Hoewel we weten dat mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties niet noodzakelijk meer middelen gebruiken, dreigen ze er omwille van hun kwetsbaarheid wel sneller mee in de problemen te komen. Het is dus belangrijk dat er bij de eerdere aanbevelingen bijkomende aandacht is voor personen in maatschappelijk kwetsbare situaties en andere risicogroepen. Dat gaat bijvoorbeeld op bij het **inperken van het aanbod alcohol en gokken**, de **investering in de preventiesector** en **in het zorgaanbod**, en de **deskundigheidsbevordering**.

Ga gezondheidsongelijkheid tegen volgens het principe van proportioneel universalisme

- Zet in op de ondersteuning van professionals uit de brede welzijns- en zorgsector die bovengemiddeld in contact komen met kwetsbare cliënten (bijvoorbeeld OCMW's, wijkgezondheidscentra, mobiele teams van de netwerken geestelijke gezondheidszorg):
  - Door **deskundigheidsbevordering** over verslavingsproblematiek, destigmatisering, vroegsignalering, motiverend werken en doorverwijzen.
  - Door professionals te motiveren om binnen hun maatschappelijke sector **bewust-wording en gerichte interventies** naar mensen in maatschappelijk kwetsbare posities op te zetten.

- Creëer meer beweegruimte en flexibiliteit in de huidige regelgeving:
  - Om op lokaal niveau **vindplaatsgericht en outreachend** te werken naar mensen in kwetsbare situaties. Projecten zoals de Sociaal Adviseurs uit Antwerpen kunnen inspirerend werken.
  - Om **netwerking en samenwerking** tussen maatschappelijke sectoren, organisaties en domeinen te faciliteren, en zo barrières voor personen in maatschappelijk kwetsbare situaties weg te werken.

7. Zet in op destigmatisering, toegankelijkheid van de zorg en ervaringsdeskundigheid

Stigma staat gezondheid, welzijn en hulpverlening in de weg

Op (illegaal) druggebruik en verslaving rust een stigma. Dat stigma leidt dan weer tot **negatieve effecten op de gezondheid en levenskwaliteit** (denk maar aan sociaal isolement en werkloosheid).

Het zorgt bovendien voor **een barrière in het zoeken naar hulp** bij verslavingsproblemen, of voor een minder kwalitatieve behandeling. Daarbovenop zorgen **verschillende exclusiecriteria** in zorg-voorzieningen voor een bijkomende drempel. Er zijn voorbeelden waarbij cliënten in crisis (zoals bij psychose of hoge suïcidaliteit) omwille van een positieve test op middelengebruik geweigerd worden in een PAAZ.

Dat blijkt ook uit de volgende ervaring: “Er was een periode toen ik er nog niet zoveel van kende dat ik dacht: oei, ik gebruik regelmatig drugs. Ik ben gaan praten met een psycholoog maar die is er op een heel slechte manier mee omgegaan. Die gaf aan zich daar niet mee bezig te houden en verwees mij door naar de alcohol- en drughulpverlening. En dat heeft mij heel hard afgeschrikt.”

Ervaringsdeskundigen betrekken als volwaardige partner destigmatiseert

- Zet in op **destigmatisering** van middelengebruik en verslaving naar het brede publiek, preventiewerkers en hulpverleners. Dat kan bijvoorbeeld door het promoten van positieve verhalen, een correcte beeldvorming en sensibiliserende acties.
- Breid de toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidszorg uit voor mensen met een verslavingsprobleem.
  - **Voorkom uitsluiting** via verregaande exclusiecriteria.
  - Laat **hospitalisatieverzekeringen** niet langer toe om verslaving uit te sluiten uit de polis.
- Voorzie ondersteuning van **ervaringsdeskundigen** door een duidelijk kader en een volwaardig statuut te ontwikkelen, om zo ervaringsdeskundigen als volwaardige partner te betrekken in beleid en praktijk.

> *Stigma is een probleem van de maatschappij, niet enkel van de mensen die drugs gebruiken. Als we er echt iets aan willen veranderen, dan is het een kwestie van samenwerken. Praat met ons, neem ons serieus, betrek ons en werk met ons in de praktijk.**

* Actiepunt dat ervaringsdeskundigen naar voor schuiven.

8. Versterk onderzoek, evaluatie en vernieuwing



Onderzoek: te weinig, soms partijdig en te weinig opgevolgd

Onderzoek en evaluatie zijn onmisbaar in een evidence-informed alcohol- en drugbeleid.

Monitoring laat toe om evoluties van vraag en aanbod van drugs te meten. **Evaluaties** tonen dan weer aan of interventies de gewenste verandering teweegbrengen, concluderen voor wie een interventie of beleid het best werkt, en maken het mogelijk om de kosten en baten te vergelijken. Beide vormen van onderzoek stellen ons in staat om interventies te verbeteren en geïnformeerde beslissingen te maken.

Toch loopt dataverzameling, onderzoek en evaluatie vandaag niet altijd even vlekkeloos. Onderzoeksaanbevelingen en positieve evaluaties vertalen zich bijvoorbeeld slechts sporadisch in structureel beleid. Ook het gebrek aan longitudinale data en de verouderde representatieve data rond middelengebruik zijn terugkomende pijnpunten. Bovendien gebeurt onderzoek soms met inmenging van een betrokken partij (zoals de industrie) waardoor onafhankelijk onderzoek in gevaar komt. Dat is bijvoorbeeld ook het geval bij onderzoek naar problematisch gamen en gokken.
Het versterken van onderzoek, evaluatie en vernieuwing is daarom één van de speerpunten van dit memorandum.

Onderzoek en evaluatie zijn onmisbaar in een alcohol- en drugbeleid

- **Stroomlijn onderzoeksprojecten** over het alcohol- en drugbeleid en (interventies ten aanzien van) het drugfenomeen in Vlaanderen en België, aan de hand van een **gedeelde onderzoeksagenda** (bijvoorbeeld voor het programma Drugs van het Federaal Wetenschapsbeleid). Die agenda kan in co-creatie met onderzoekers en met de preventie- en hulpverleningssector worden ontwikkeld. Zorg voor een gedegen financiering van die agenda en prioritiseer:
  - Evaluatieonderzoek naar (nieuwe) methodieken, projecten en beleidsinitiatieven
  - Onderzoek naar kwaliteitsbevordering in methodieken en beleid
  - Fundamenteel onderzoek naar het ontstaan en beloop van verslaving en herstel

- Streef naar kwaliteitsvolle, transparante en **representatieve cijfergegevens** over drug-gebruik en verslaving, bijvoorbeeld door de gezondheidsenquête uit te breiden. Voorzie daarbij een stimulans om de **registratie- en monitoringstaken** in het takenpakket van gezondheidswerkers te faciliteren.

- Investeer in een **impulsfonds** voor de ondersteuning van innovatie in de preventiesector en de verslavingszorg (bijvoorbeeld met een deel van het geld van de inbeslagnames). Zo een fonds is competitief te verdelen over instellingen of organisaties die een project indienen.

- Zorg dat **(piloot)projecten** die hun effectiviteit hebben bewezen structureel ingebed worden in het preventie-, vroeginterventie-, schadebeperkings- en hulpverlenings-aanbod. We verwijzen bijvoorbeeld naar ‘Drugs in detentie’, de nationale uitrol van de drugbehandelingskamers, of de projecten waarbij straattherapeuten of straat-verpleegkundigen werden ingezet.

> *Als een pilootproject door onderzoekers positief geëvalueerd wordt, is er geen enkele garantie dat het nadien verdergezet kan worden. Dat houdt geen steek.*

9. Zet in op interfederale samenwerking, met focus op gezondheid en welzijn

Preventie en hulpverlening onnodig ingewikkeld door verdeelde bevoegdheden

De aanpak van middelengebruik en verslaving is verspreid over verschillende beleidsdomeinen en -niveaus. Hoewel die nauw verweven zijn met elkaar, loopt de afstemming vaak niet zoals het hoort.

Neem het voorbeeld van nazorg bij een overdosis. Zolang de patiënt in het ziekenhuis ligt, is het een federale bevoegdheid. De daaropvolgende bezoeken aan de huisarts zijn dat ook. Maar gaat hij of zij naar een CGG of de gespecialiseerde verslavingszorg, dan is het een bevoegdheid van de deelstaten. Een mobiel team dat thuis langskomt, doet dat met federale financiering, mee erkend door de deelstaten.

Bij het thema psychoactieve medicatie is die bevoegdheidsverdeling nog meer uitgesproken. Als een woonzorgcentrum daarmee aan de slag wil, valt het uitwerken van een preventief psycho-farmacabeleid onder de bevoegdheid van de deelstaten. Maar het verantwoord voorschrijfgedrag van huisartsen is een federale bevoegdheid. Woonzorgcentra kunnen beroep doen op een Vlaamse procesbegeleider. Als ze willen inzetten op niet-medicamenteuze alternatieven (bijvoorbeeld via de geestelijke gezondheidszorg), dan liggen de bevoegdheden opnieuw verdeeld.

Een goede afstemming is dus essentieel, maar dat loopt in de praktijk niet altijd vlot. Er is versnippering van initiatieven, er worden te vaak losse initiatieven genomen of er ontstaat concurrentie tussen die verschillende beleidsniveaus.

Interfederale samenwerking en afstemming als uitgangspunt

VAD pleit daarom voor interfederale samenwerking en afstemming tussen de verschillende bevoegdheden en beleidsniveaus. In die samenwerking moet gezondheid en welzijn het uitgangspunt zijn.

- Ontwikkel een **interfederale drugstrategie** met een visie op lange termijn, en met meetbare doelstellingen. Het vertrekpunt van die interfederale drugstrategie moet preventie en vroeginterventie zijn.
- Versterk **de coördinator van de Algemene Cel Drugsbeleid** in diens rol als neutrale facilitator over bevoegdheden en beleidsdomeinen heen.
- Verruim de Algemene Cel Drugsbeleid met een **adviespanel van deskundigen**, dat bestaat uit vertegenwoordigers van de koepels (i.e. IDA, VAD, Fedito Wallonie, Fedito BXL), wetenschappers en ervaringsdeskundigen.

> *Een goede afstemming is essentieel, maar loopt in de praktijk niet altijd vlot.*