PREVENTIE



Alcohol & drugs

Krachtlijnen voor preventie in Vlaanderen

VAD

Middelengebruik[1] maakt deel uit van onze samenleving, maar niet iedereen die ermee in contact komt, ontwikkelt problemen. Toch kunnen de gevolgen ernstig zijn, zowel voor het individu als zijn omgeving. Daarom is het belangrijk om in te zetten op goed onderbouwde preventie. In deze tekst brengen we de krachtlijnen samen voor een doeltreffend preventiebeleid in Vlaanderen.

We vertrekken vanuit theoretische modellen die inzicht geven in de redenen waarom mensen middelen gebruiken, en waarom dat soms problematisch wordt. Vervolgens bespreken we welke factoren daarbij een rol spelen, hoe gebruik zich ontwikkelt, en hoe risico- en beschermende factoren op verschillende niveaus het verloop van gebruik kunnen beïnvloeden. Preventie werkt immers het best als we zowel naar het individu, de sleutelfiguren in zijn omgeving als naar de bredere (maatschappelijke) context kijken.

Een effectieve preventieve aanpak houdt rekening met de diversiteit van doelgroepen en met de verschillende levensdomeinen waarin mensen zich bewegen. Door de impact van risicofactoren te verkleinen en beschermende factoren te versterken, kunnen we gezondheidsproblemen voorkomen en welzijn bevorderen. Dit vraagt om een brede, geïntegreerde en planmatige aanpak, waarbij ruimte is voor maatwerk en samenwerking over sectoren heen.

Ontstaan van (problemen door) middelengebruik

Om te begrijpen welke factoren in verband staan met het ontstaan van (problemen door) middelengebruik, en dus ook te begrijpen op welke factoren we ons met preventieve interventies kunnen richten, maken we gebruik van theoretische modellen die ons daar meer inzicht in kunnen geven. We zoomen in op de verschillende fasen van gebruik en staan stil bij twee modellen:

1. Het MMM-model verklaart waarom mensen middelen beginnen te gebruiken en waarom ze daardoor al dan niet in de problemen komen.
2. Het etiologisch model belicht ruimer dan middelengebruik het socialiseringsproces en toont het belang van de omgeving binnen preventie aan.

MMM-Model

Alcohol- en druggebruik, het gebruik van psychoactieve medicatie, gamen of gokken zijn een realiteit in onze samenleving. We stellen vast dat niet iedereen die gebruikt op korte of lange termijn problemen ervaart als gevolg van middelengebruik, gokken en gamen. Hoewel het ene middel meer risico's inhoudt dan het andere, hangen de risico's van gebruik niet alleen af van het middel zelf. Problemen door middelengebruik hebben ook te maken met de fysieke en sociale omgeving waarin mensen (niet) gebruiken (Milieu) - en met de persoonlijkheid, waarden en normen, leeftijd, biogenetische en maatschappelijke kwetsbaarheid van de persoon zelf (Mens). De risico- en beschermende factoren die samenhangen met de mens, het middel en milieu (MMM) staan in interactie met elkaar en bepalen samen of iemand al dan niet een bepaald middel (problematisch) gaat gebruiken en/of er mee in de problemen komt.



Figuur 1: het MMM-model[2]

[1] Met middelengebruik wordt in deze tekst verwezen naar het gebruik van alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen.
[2] Gebaseerd op Zinberg, N.E. (1984). Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use. New Haven: Yale University

Voor meer uitleg over het mens-middel-milieu-model kan je hier de online opleiding volgen.

Fasen en het verloop van middelengebruik

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende fasen van gebruik, ook wel gebruikspatronen genoemd:

1. **Experimenterend gebruik** omvat een eerste kennismaking met het middel. Het kan gaan over eenmalig gebruik of een aantal keer het middel uitproberen, bijvoorbeeld uit nieuwsgierigheid, om mee te doen met vrienden of om stoer te doen.
2. **Recreatief (sporadisch) gebruik** gaat over matig gebruik van een middel, waarbij weinig tot geen zichtbare problemen worden waargenomen, het één van de vele activiteiten van een individu is en de aanleiding vaak positief is (bv. om te ontspannen).
3. **Intensief (langdurig) gebruik**, gaat over aanhoudend en frequent gebruik, waarbij het gebruik meestal de belangrijkste recreatieve activiteit is geworden en het sociaal en persoonlijk functioneren van een individu begint te beïnvloeden De persoon blijft echter nog wel grotendeels functioneren in de maatschappij.
4. Bij de **ontwikkeling van een middelengerelateerde stoornis** overheerst het middelengebruik het functioneren van een persoon. Ook binnen stoornissen wordt vaak nog een onderscheid gemaakt. Er bestaan verschillende classificatiesystemen, die middelengerelateerde stoornissen definiëren. De meest bekende zijn de DSM (V), ICD (11).

Het onderscheid in gebruikspatronen impliceert niet dat experimenterend, recreatief of intensief gebruik niet tot problemen kunnen leiden. Ook sporadisch of eenmalig gebruik kan schadelijke gevolgen hebben voor de gezondheid en het welzijn, en leiden tot andere problemen, zoals bijvoorbeeld overlast, geweld of ongevallen.

De verschillende fasen volgen elkaar op, maar dat wil niet zeggen dat een persoon die middelen gebruikt automatisch doorstroomt van de ene fase naar de andere. Omgevingsfactoren (zoals beschikbaarheid, de aanwezige sociale normen rond gebruik ...) spelen een grote rol bij het eerste (experimenterende) gebruik van middelen. Persoonlijke factoren (bv. impulsiviteit, sensatiezoekend ...) blijken een grotere invloed te hebben op het verderzetten van gebruik. (Psycho)farmacologische factoren (bv. hoe verslavend een middel is, de subjectieve ervaring en rol van het middel) hebben dan weer een grotere invloed op het ontstaan van problemen door gebruik.



Figuur 2: Trajecten van middelengebruik[3]

[3] Overgenomen uit: van der Kreeft, P., Coone, A., & Jongbloet, J. (2020). Europees preventiehandboek: Een leidraad voor wetenschappelijk onderbouwde preventie in de praktijk. Politea

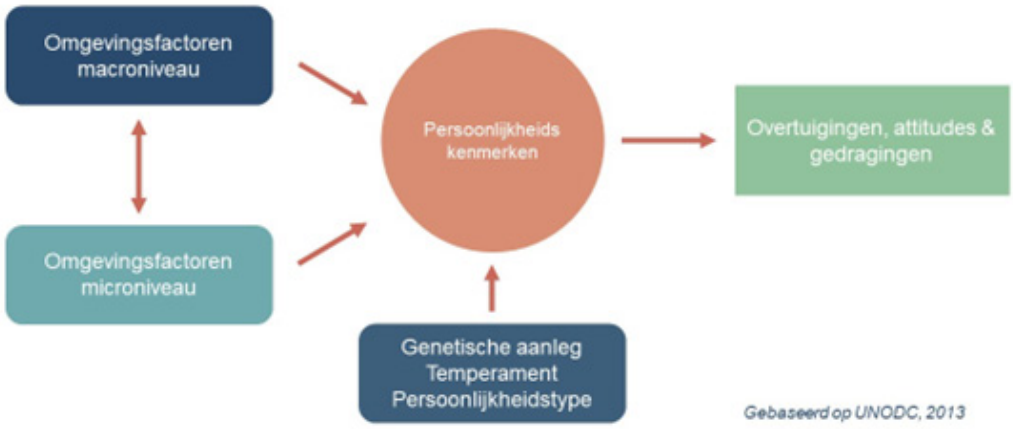
De oorzaken van problemen als gevolg van middelengebruik zijn dus complex en verscheiden. Willen we problemen die kunnen ontstaan door middelengebruik voorkomen, dan moeten we met al deze factoren rekening houden. Er bestaat geen eenvoudig of kant-en-klaar recept. Dat betekent dat we - afhankelijk van het product, de omstandigheden en de kenmerken van de doelgroep - zorgvuldig moeten afwegen welke preventieve interventies nodig zijn.

Etiologisch model

Het etiologisch model belicht het **socialiseringsproces** en toont het belang van de omgeving binnen preventie. Het helpt bovendien, om net zoals het MMM-model de factoren en mechanismen te identificeren die in verband staan met het ontstaan van (problemen door) middelengebruik.

Doorheen het leven doorlopen mensen een socialisatieproces, waarbij ze door interacties met anderen cultureel aanvaardbare attitudes, normen, overtuigingen en gedragingen aanleren. Dit gebeurt via de contacten met verschillende socialisatie-actoren (sleutelfiguren) in hun omgeving.

Vanaf de geboorte komt een baby in een gezin terecht, waar hij wordt opgevoed door ouders, grootouders en andere familieleden. Rond de leeftijd van 2,5 jaar gaat het kind naar school, waar het in interactie gaat met leerkrachten, klasgenoten en vrienden. Later in het leven spelen collega's en leidinggevenden op het werk een rol (= de sleutelfiguren in de micro-omgeving). Tijdens dit groeiproces breidt de omgeving zich langzaam uit naar de bredere maatschappij en gemeenschap (= macro-omgeving) met al zijn waarden en normen, die niet alleen offline, maar ook online, via bijvoorbeeld sociale media, worden overgedragen.

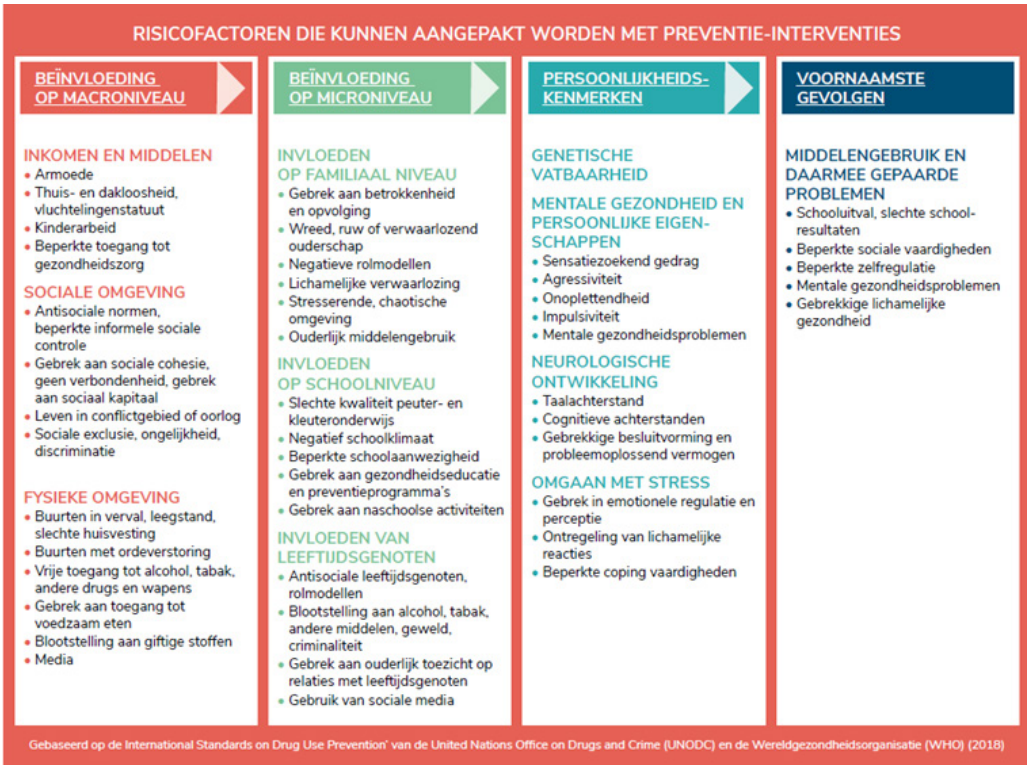


Figuur 3: Het etiologisch model[4]

Zowel het individu, de omgeving waarin hij leeft, de sleutelfiguren, als de bredere sociale omgeving, bevatten risico- en beschermende factoren. **Risicofactoren** verhogen de kans om middelen te gebruiken, te gamen of te gokken of hier problemen mee te ontwikkelen (bv. hoge beschikbaarheid van alcohol of drugs, armoede, dak- thuisloosheid, ...). **Beschermende factoren** kunnen dit net voorkomen en verkleinen deze risico's (bv. een warme, hechte familieband). Alle interacties tussen de persoonlijke risico- en beschermende factoren en de risico- en beschermende factoren in de omgeving rondom het individu beïnvloeden de individuele overtuigingen, attitudes en gedrag.

De afgelopen decennia is er heel wat onderzoek gedaan naar wat de risicofactoren voor alcohol- en druggebruik zijn. Het UNODC (VN-bureau voor Drugs en Criminaliteit) heeft op basis van een uitgebreide studie de belangrijkste risicofactoren in kaart gebracht:

[4] Overgenomen uit: van der Kreeft, P., Coone, A., & Jongbloet, J. (2020). Europees preventiehandboek: Een leidraad voor wetenschappelijk onderbouwde preventie in de praktijk. Politea



Figuur 4: Vulnerabilty Matrix[5]

Om problemen die kunnen ontstaan door middelengebruik te voorkomen, richten we ons op het verkleinen van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren. Risico- en beschermende factoren zijn niet constant en veranderen voortdurend doorheen het leven. Daarom is preventie **op alle leeftijden** belangrijk en zal deze een andere invulling krijgen afhankelijk van de kenmerken van de specifieke doelgroep en zijn omgeving. Hierbij richten we ons niet alleen naar het individu, maar nemen we ook het belang van de sleutelfiguren (intermediairs en ouders in de nabije (micro) omgeving van het individu) én de bredere omgeving waarin hij/zij leeft mee in rekening. We moeten dan ook verschillende interventies combineren op maat van de doelgroep en zijn omgeving.

Doelstellingen van preventie

Als **algemene doelstelling** van preventie willen we problemen als gevolg van middelengebruik voorkomen. Hieronder verstaan we onder meer dat mensen op een verantwoordelijke manier omgaan met middelen (van niet-gebruik tot schadebeperkend), maar ook dat het thema bespreekbaar is, dat mensen genuanceerd denken over middelengebruik en dat ze op een doordachte en verantwoordelijke manier met middelengebruik in hun omgeving en in de samenleving kunnen omgaan.

Deze algemene doelstelling zal, afhankelijk van de situatie, de persoonlijkheidskenmerken en het middel (MMM), een andere invulling kennen:

- **Niet-gebruik aanmoedigen, ondersteunen en bestendigen**: Alcohol- en ander druggebruik mag nooit vanzelfsprekend zijn; niet-gebruik is altijd de veiligste en meest gezonde keuze. In bepaalde situaties (bijvoorbeeld het verkeer) en voor bepaalde personen (bijvoorbeeld zwangere vrouwen, jonge kinderen, psychisch en sociaal kwetsbare mensen) is het zelfs de enige veilige optie.
- **Experimenteergedrag uitstellen**: Onderzoek toont aan dat hoe jonger men met alcohol- en andere drugs gaat experimenteren, hoe groter de kans is op later probleemgebruik. Preventie-initiatieven voor jongeren zijn daarom gericht op het uitstellen van de beginleeftijd en dus op het bestendigen van niet-gebruik.

[5] Aangepast overgenomen uit: van der Kreeft, P., Coone, A., & Jongbloet, J. (2020). Europees preventiehandboek: Een leidraad voor wetenschappelijk onderbouwde preventie in de praktijk. Politea

• **Verantwoordelijk gedrag bevorderen**: Door het aanleren van persoonlijke en sociale vaardigheden, het aanbieden van structurele ondersteuning en correcte informatie, zetten we mensen aan tot bewust, weloverwogen en verantwoordelijk gedrag.

• **Vroegtijdige aanpak stimuleren**: Hoe sneller problemen worden opgemerkt en aan gepakt (bijvoorbeeld begeleiding van experimenterende jongeren, ondersteunen van ouders), hoe groter de kans op gedragsverandering is.

• **Schade beperken**: Wanneer stoppen met gebruik op een bepaald moment geen haalbare doelstelling is voor een gebruiker, is het van belang - zowel voor de gebruiker zelf als voor zijn omgeving - om in de tussentijd de schade die mogelijk uit dit gebruik voortvloeit, zoveel mogelijk te beperken. Dit kunnen we doen door structurele interventies (bijvoorbeeld voorzien van alternatief vervoer) en door maatregelen op het niveau van persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de gebruiker (bijvoorbeeld spuitenruil).

Preventieve strategieën

Focus op verschillende doel(groep)en

Preventieve strategieën kunnen zich richten naar:

1. **De uiteindelijke doelgroep**: het verhogen van kennis, inzicht en vaardigheden op maat van de doelgroep.
2. **De sleutelfiguren**: het verhogen van kennis, inzicht en vaardigheden van de verschillende sleutelfiguren in de directe omgeving van het individu (ouders, leerkrachten, artsen, jeugdwerkers, welzijnswerkers, lokale beleidsvoerders, collega's, leidinggevenden, ...) zodat ze leren om problemen te voorkomen, op te merken en bespreekbaar te maken.
3. **De omgeving**: aanpassingen in de omgeving waardoor de gezonde keuze de makkelijkste keuze wordt. Dit zowel op settingniveau (gezin, school, werk, sport- of jeugdvereniging) als binnen de bredere samenleving en maatschappij.

Universele, selectieve en geïndiceerde preventie

Middelengebruik en verslavingsproblemen zijn complex en heel verscheiden. Daarom is het noodzakelijk een waaier aan interventies te voorzien. VAD gebruikt daarvoor het model van Mrazek & Haggerty (1994) in een aangepaste en vereenvoudigde vorm.



Figuur 5: Interventies bij middelengebruik[6]

Meer info over de diversiteit aan interventies binnen deze waaier vind je hier.

[6] Naar het interventiespectrum van Mrazek & Haggerty, 1994

Wanneer we inzoomen op de interventies onder de noemer 'preventie', kunnen we die opdelen in:

- **Universele preventie** is gericht op (subgroepen binnen) de algemene bevolking ongeacht hun onderliggend risico op (problemen door) middelengebruik. Het gaat zowel over mensen die geen middelen gebruiken als mensen die wel gebruiken, maar van wie niet bekend is of zij een verhoogd risico lopen op (problemen door) middelengebruik (bijvoorbeeld Tournée Minérale).
- **Selectieve preventie** is gericht op specifieke risicogroepen waarin middelengebruik geconcentreerd is of relatief vaker voorkomt (bijvoorbeeld uitgaanders of mensen die cocaïne gebruiken), of op groepen met een verhoogd risico op problemen door gebruik (bijvoorbeeld KOAP, zwangere vrouwen, oudere volwassenen).
- **Geïndiceerde preventie** is gericht op individuen met een verhoogd risico op problemen door middelengebruik vanwege specifieke persoonlijke risicofactoren, of op personen die beginnende signalen vertonen van riskant gebruik van middelen, maar bij wie (nog) geen sprake is van een stoornis. Geïndiceerde preventie **overlapt met vroeginterventie**.

Naast het bereiken van bepaalde doelgroepen via bovenstaande strategieën is het belangrijk dat er rekening mee gehouden wordt dat niet iedereen evenveel kansen op een gezond leven heeft. Mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties botsen vaker op obstakels en hebben minder middelen om echt gezond te leven. Hierdoor ontstaat gezondheidsongelijkheid. Want hoe kwetsbaarder iemand staat in onze samenleving, hoe meer risico hij of zij loopt op allerlei gezondheidsproblemen. Via het principe van ***proportioneel universalisme*** trachten we hieraan tegemoet te komen, door extra aandacht te besteden aan personen in maatschappelijk kwetsbare situaties en andere risicogroepen. Dit principe stelt dat gezondheidsacties en -beleid gericht moeten zijn op iedereen, maar met extra aandacht en intensiteit voor wie het moeilijker heeft. Daarom combineren we brede, universele preventiemaatregelen met gerichte ondersteuning voor kwetsbare en risicogroepen. Het doel is met andere woorden om gezondheids- en welzijnsongelijkheid te verminderen door een brede aanpak te combineren met maatwerk, zodat de kansen voor iedereen, ongeacht hun achtergrond, worden geoptimaliseerd.

Naar een geïntegreerd en omgevingsgericht preventiebeleid

Onze gezondheid, en de problemen die kunnen ontstaan door alcohol- en druggebruik, worden voor een groot deel bepaald door onze omgeving. Hierbij kan gedacht worden aan zaken als de publieke ruimte, huisvesting, de werkomgeving, school, en ook aan de invloed van reclame en prijsbepaling. Dit idee vormt de basis van **Health in All Policies (HiAP)**, een aanpak die wereldwijd wordt ondersteund, onder andere door de Wereldgezondheidsorganisatie. HiAP erkent dat gezondheidsbeleid niet op zichzelf staat, maar verbonden is met vele andere beleidsdomeinen. Het is een benadering die niet alleen kijkt naar individuele keuzes, maar ook naar de bredere omgevingsfactoren die onze gezondheid en individueel middelengebruik zowel direct als indirect beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn veilige buurten, goede huisvesting voor iedereen, toegang tot kwaliteitsvol onderwijs, en een gezond uitgaansklimaat. Ook biedt HiAP de mogelijkheid om het gedrag van mensen te ondersteunen door bijvoorbeeld onderwijs, opvoedingsondersteuning voor ouders en andere maatschappelijke initiatieven te verbeteren.

In het verlengde hiervan wil de Vlaamse overheid inzetten op **settinggericht werken**. Dat betekent werken vanuit de leefomgeving van de burger (onderwijs, vrije tijd, werk, lokale gemeenschap, gezin, ...) om vandaaruit mogelijke problemen door middelengebruik het hoofd te bieden. De Vlaamse overheid concretiseert deze aanpak in het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder'. Al in het Ottawa Charter voor Gezondheidspromotie (WHO, 1986) werd benadrukt dat mensen niet alleen handelen vanuit persoonlijke keuzes, maar ook gevormd worden door de context waarin zij leven. Een settinggerichte aanpak houdt hier expliciet rekening mee.

Om werkelijk impact te hebben met preventie is het niet alleen belangrijk om in één bepaalde setting te werken, maar om ook **intersectoraal** aan de slag te gaan. Met andere woorden: dat er een multicomponentenstrategie binnen verschillende settings en gericht op diverse doelgroepen wordt uitgerold. Dit wordt ook bevestigd door steeds meer wetenschappelijk onderzoek dat concludeert dat effectieve preventie vraagt om een brede en **geïntegreerde aanpak**. In plaats van losstaande acties, is het combineren en op elkaar afstemmen van meerdere bewezen effectieve interventies en beleidsmaatregelen binnen één coherent geheel veel krachtiger en duurzamer. Op die manier kan men impact hebben op diverse doelgroepen binnen verschillende contexten. Denk aan preventieve acties op school, in het uitgaansleven, maar ook aan initiatieven die ouders en

gezinnen ondersteunen.

Wanneer deze initiatieven samenkomen in één samenhangend beleid om verschillende populaties in verschillende settingen te bereiken (bijvoorbeeld binnen een lokaal alcohol- en drugbeleid), ontstaat een stevig en onderbouwd fundament voor preventie en langdurige gedragsverandering. Onderzoek toont aan dat een dergelijke aanpak structureel veel effectiever is dan ad-hoc-maatregelen of eenmalige acties die vaak als reactie op bepaalde problemen worden uitgerold.

Voor de coördinatie en uitvoering van zo'n brede aanpak is het lokaal bestuur een ideale partner. Op **lokaal niveau** komen alle beleidsdomeinen samen – gezondheid, onderwijs, jeugd, welzijn, huisvesting, veiligheid, enzovoort – wat samenwerking vergemakkelijkt en de implementatie van een geïntegreerd alcohol- en drugbeleid versterkt. Lokale besturen hebben dan ook een sleutelrol in het uitwerken van een duurzaam preventieve aanpak waarin omgevingsgericht werken centraal staat.

Vertaling naar de praktijk: de vier pijlers van een alcohol- en drugbeleid

In Vlaanderen noemen we zulke multicomponenten-initiatieven ook een 'preventiebeleid met inzet van vier verschillende strategieën', waarbij de volgende elementen centraal staan:

1. Educatie
2. Regels en afspraken
3. Zorg en begeleiding
4. Omgevingsinterventies

Dat wil zeggen dat een organisatie, een bedrijf, een school, … eerst een visie uitschrijft, om dan op basis daarvan de vier pijlers of basisstrategieën verder uit te bouwen. Zij staan niet los van elkaar, maar zijn op elkaar afgestemd en vormen samen het preventief alcohol- en drugbeleid in de organisatie. Meer nog, **in de mate waarin de verschillende pijlers aan bod komen, zal het succes van het preventieve beleid in de organisatie toenemen.**



Figuur 6: De vier pijlers van een alcohol- en drugbeleid[7]

[7] Overgenomen uit 'Een alcohol- en drugbeleid op maat' op www.vad.be

Via de verschillende maatschappelijke settingen kunnen we de uiteindelijke doelgroep bereiken. De intermediairs werkzaam in deze settingen zijn onze sleutelfiguren. Zij kennen best het wel en het wee van een setting, zijn nauw betrokken en kunnen inspelen op reële situaties die zich voordoen. Zo kunnen ze vroegtijdig problemen detecteren en aanpakken en kan een preventief beleid op maat worden uitgewerkt.

Dat jongeren en volwassenen op verschillende levensdomeinen aangesproken worden, vergroot bovendien ook de impact van preventie (herhalingseffect). Voor de verschillende settingen zijn methodieken en ondersteuningsmaterialen voorhanden die ingezet en gebruikt kunnen worden om invulling te geven aan de pijlers. VAD bundelt deze materialen in handige overzichtsfiches per setting.

Voor de uitwerking van de verschillende pijlers gaan we best planmatig te werk. We bekijken samen met de organisatie welke stappen er al zijn gezet en hoe het beleid verder uitgewerkt kan worden. Hoewel de benaming en de indeling van de pijlers in de verschillende sectoren wel eens kan verschillen, zijn de pijlers in essentie telkens dezelfde. VAD ontwikkelt draaiboeken en ondersteuningsmaterialen die organisaties en bedrijven helpen om een eigen alcohol- en drugbeleid op maat uit te werken. Deze link leidt je naar een overzicht van deze settingspecifieke draaiboeken en ondersteuningsmaterialen.

Colofon

Redactie & lay-out: VAD

V.U.: dr. H. Peuskens, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

© 2025
VAD, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | vad@vad.be | www.vad.be
Ondernemingsnummer: 0424.327.587 | RPR Brussel

VLAAMS EXPERTISECENTRUM
ALCOHOL EN ANDERE DRUGS