

Verslaving

Herstel

Wetenschap en praktijk
vanuit gezondheids- en
emancipatorisch perspectief

jaargang 1
nummer 1
maart 2021
driemaandelijks

- Verslavingszorg: rijk verleden en hoopvolle toekomst
- *'First things first'*
- *Life in Recovery* survey: resultaten
- 150 jaar preventie van alcoholproblemen in Vlaanderen
- *Social Norms* toegepast op 55-plussers
- N-acetylcysteïne bij zwangerschap en zucht naar cannabis
- IkPas en Tournée Minérale

Verslaving & Herstel

Wetenschap en praktijk vanuit
gezondheids- en emancipatorisch perspectief

Tijdschrift Verslaving & Herstel wil bijdragen aan vernieuwing en verbetering van preventie en hulpverlening inzake verslavingsproblematieken. Ook wil het de reflectie over verslavingsgedrag stimuleren, vanuit gezondheids-, emancipatorisch en herstelgericht perspectief.

Verslaving & Herstel bundelt bijdragen vanuit wetenschap en praktijk in een goed leesbare vorm en wil kennis en ervaring in Nederland en Nederlandstalig België dichterbij elkaar brengen.

Verslaving & Herstel richt zich in de eerste plaats tot deskundigen, geïnteresseerden en mensen met persoonlijke ervaring die betrokken zijn bij de preventie, behandeling en maatschappelijke opvang van middelengerelateerde problematiek en verslavingen. Het tijdschrift richt zich op de geestelijke gezondheidszorg (zorggebruikers, hulpverleners, onderzoekers) maar ook op functionarissen van justitie en politie en op beleidsmedewerkers.

Kernredactie

Frieda Matthys (hoofdredacteur, psychiater UZ Brussel, titularis psychiatrie en medische psychologie, VUB, Brussel), Paul Van Deun (hoofdredacteur, klinisch psycholoog, voorzitter VAD, Brussel), Cleo Crunelle (redactiesecretaris, docent VUB, arts-neurowetenschapper UZ Brussel), Dike van de Mheen (hoogleraar Transformaties in de zorg, Tranzo Tilburg University), Wouter Vanderplasschen (hoofddocent en vakgroepvoorzitter vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent).

Redactieraad

Jelissa Boiy (verslavingsarts vzw Kompas, Kortrijk), Eva Debuscher (beleidspsychiater Zorgpad integratieve verslavingszorg, Pittem), Jessica De Maeyer (coördinator onderzoekscentrum EQUALITY ResearchCollective, HOGENT), Filip De Sager (drugcoördinator Stad Gent), Peter Joostens (psychiater Alexianen Zorggroep Tienen), Rianne Kasander (programmadeskundige Verslavingskunde Nederland), Tino Ruyters (directeur Free Clinic vzw, Antwerpen), Arnt Schellekens (psychiater, hoogleraar Psychiatrie en Verslaving, Radboudumc, Donders Institute for Brain, Cognition, and Behavior, Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA)), Freya Vander Laenen (hoofddocent criminologie, vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Universiteit Gent), Attie van der Meulen (beleidsadviseur Verslavingskunde Nederland), Anton Van Dijck (onderzoeker HOGent en medewerker Free Clinic, Antwerpen), Michiel Van Kernebeek (psychiater in opleiding, VUB en UZ Brussel), Tessa Windelinckx (coördinator Gezondheids promotie bij Injecterend Gebruik, Free Clinic, Antwerpen).

Periodiciteit

Verslaving & Herstel verschijnt vier keer per jaar: maart – juni – september – december.

Abonnementen kunnen op elk gewenst moment ingaan en gelden voor de lopende jaargang, met inbegrip van de reeds verschenen nummers van die jaargang. Daarna wordt het abonnement steeds voor een jaar stilzwijgend verlengd. Opzeggingen

moeten uiterlijk in december aan de uitgever worden gemeld. Bestaande abonnees ontvangen automatisch een uitnodiging tot betaling.

Abonnementenprijzen

Inbegrepen: gratis verzending in de Benelux, gratis toegang via tablet of smartphone

- individueel abonnement: € 95
- studenten (< 26 jaar, kopie van studentenkaart meezenden): € 47,50
- groepsabonnement (drie exemplaren van elk nummer op hetzelfde adres): € 135 per abonnement

Los nummer

€ 30 + € 4,95 verzendkosten

Abonneren kan door ofwel:

- een e-mail te zenden aan verslaving@spabonneeservice.nl met vermelding van uw naam en adres;
- het online bestelformulier in te vullen op www.gompel-svacina.eu onder 'tijdschriften – Verslaving & Herstel';
- een bestelbon of gewone bestelling te zenden per e-mail naar info@gompel-svacina.eu.

Kopij

Belangstellende auteurs vinden op tijdschriftverslavingherstel.eu de nodige richtlijnen en de directe mogelijkheid om een bijdrage in te sturen.

Rechten

Gompel&Svacina en de respectieve auteurs. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt, op welke wijze ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever. Redactie en uitgever zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van de onder auteursnaam opgenomen artikelen.

Initiatief

Dit tijdschrift is een initiatief van Gompel&Svacina Uitgevers.

Verantwoordelijk uitgever

Stephan Svacina
Gompel&Svacina
Antwerpen / 's-Hertogenbosch
info@gompel-svacina.eu
www.gompel-svacina.eu
ISSN 2736-5832



 Gompel&Svacina



Redactioneel

Nieuw: verslaving én herstel

Met vreugde en trots presenteren wij u het eerste nummer van ons nieuwe *Tijdschrift Verslaving & Herstel*. Wij, dat zijn de kernredactie en de redactieraad, maar ook Gompel&Svacina Uitgevers.

Verslaving is een thema dat leeft, maar ook voortdurend in verandering is. Hierdoor wordt ook de verslavingszorg voortdurend uitgedaagd om daarop in te spelen. Ons tijdschrift heeft dan ook niet alleen ‘verslaving’ als onderwerp maar ook ‘herstel’, een begrip dat een nieuwe dimensie in de verslavingszorg gebracht heeft. Afrekenen of leren omgaan met je probleem met roesmiddelen, gokken of wat dan ook, is maar een deel van het proces. Herstel impliceert het streven naar een kwaliteitsvol leven, welke beperkingen er ook zijn: lichamelijke, psychische, materiële ... Dit kan met, maar ook zonder professionele hulp.

Hoe frustrerend beperkingen kunnen zijn, hebben we in 2020 allemaal ervaren dankzij SARS-CoV-2. We zijn geconfronteerd met de complexiteit van middelenmisbruik en de interactie tussen kwetsbaarheids- en omgevingsfactoren. Het wereldwijde sociale experiment, zoals de epidemie weleens genoemd wordt, is ook voer voor de onderzoekers op gebied van verslaving. Wij kijken uit naar de resultaten daarvan.

Dit tijdschrift wil een informatiebron zijn, maar ook een spreekbuis en een uitwisselingsplatform. Elke onderzoeker, elke zorgverlener, maar ook elke zorggebruiker (en de familie) kan er informatie in vinden en eigen ervaringen en inzichten delen. Herstel impliceert ook een gelijkwaardige

relatie tussen behandelaars en cliënten. Van de ervaringen van deze laatsten kan de hulpverlening immers veel leren.

Daarom nodigen we u uit om uw onderzoek, uw ervaringen als therapeut, als verpleegkundige of maatschappelijk werker, als patiënt/cliënt, als ervaringsdeskundige of familie, als opvoeder of als collega met ons te delen.

In dit eerste nummer nemen twee coryfeeën het woord. Ze vertellen een geschiedenis waar ze zelf een stuk van meegemaakt hebben: Wim van den Brink over de verslavingszorg en Joris Casselman over preventie. Zorggebruikers komen aan het woord met een persoonlijk verhaal (Leyten) of een mijmering over een veel gebruikte oneliner (Buntinx en Peuskens). Nederlandse (Curvers en Dupont) en Vlaamse (Vanderplassen) onderzoekers presenteren hun bevindingen en Paul Van Deun vertelt het verhaal van Tournée Minérale – IkPas. Ten slotte willen we ook de resultaten van internationaal onderzoek voor u samenvatten en gaan kijken hoe de populaire pers met ons thema omgaat.

Het is de bedoeling om heel het Nederlandse taalgebied te bereiken. De gelijkenissen in de problematiek zijn groot, over de landsgrenzen heen, maar in de aanpak zijn er ook veel verschillen tussen Nederland en Vlaanderen; verschillen die leerrijk en inspirerend kunnen zijn.

Het wordt voor ons een uitdagende onderneming en we hopen dat het ook voor u, lezer, een boeiende ervaring wordt.

Frieda Matthys, hoofdredacteur

Nieuw: verslaving én herstel

Frieda Matthys

Verslavingszorg

Wim van den Brink

‘First things first’

Hendrik Peuskens & Koen Buntinx

Herstel na een verslaving aan illegale drugs

*Wouter Vanderplassen, Thomas Martinelli,
Lore Bellaert, Gera Nagelhout & Dike van de Mheen*

Fototentoonstelling Recovery Pathways

Jessica De Maeyer & Tijs Van Steenberghe

Terugblik op 150 jaar preventie van alcoholproblemen in Vlaanderen

Joris Casselman

1	‘Wist u dat de meeste mensen van uw leeftijd maar één keer per week alcohol drinken?’	29
2	<i>Nicole Curvers, Aude Silvestre, Johanna K.M. Elbel, Hans B. Dupont & Guido Van Hal</i>	
6	Herstel	38
	<i>Catherine Leyten</i>	
9	Behandeling met N-acetylcysteïne bij zwangerschap en zucht naar cannabis	39
	<i>Tim van Grinsven, Maarten Belgers & Boukje A.G. Dijkstra</i>	
20	IkPas en Tournée Minérale	42
	<i>Paul Van Deun</i>	
22	Abstract verpakt	46
	<i>Frieda Matthys</i>	

Essay

Verslavingszorg

Rijk verleden en hoopvolle toekomst

Wim van den Brink

Inleiding

Toen ik in 1992 – vanuit de psychiatrie – het veld van de verslavingszorg binnen kwam, ging het vooral over heroïne, HIV, open drug-scenes en liep er in Amsterdam een studie naar het effect van acamprosaat bij de behandeling van alcoholisten (zoals cliënten met een stoornis in het gebruik van alcohol toen werden genoemd). Behandelingen waren echter nog voornamelijk gebaseerd op het psychosociale model en artsen speelden een marginale rol die zich beperkte tot assistentie bij de ontgiftiging van alcoholisten en het voorschrijven van methadon.

Nu, bijna 30 jaar later, gaat het nauwelijks meer over heroïne en kunnen we – naast methadon – ook gebruikmaken van buprenorfine en heroïne op medisch voorschrift. In de kranten spreekt men al jaren niet meer over ‘junks’ die de stad met hun open drug-scenes onveilig maken, maar over criminelen die illegaal cannabis en ecstasy produceren, verkopen en exporteren. Bij de behandeling gaat het steeds minder om de opvang van oude dakloze heroïneverslaafden, maar om (relatief) jonge cannabis-, cocaïne- en gokverslaafden. Bovendien zijn er naast verpleegkundigen en psychologen steeds vaker artsen en psychiaters betrokken bij behandelingen gericht op vermindering van en het voorkomen van terugval in gebruik. Tenslotte lijken zowel de psychiatrie als de verslavingszorg zich steeds meer te realiseren dat psychiatrische comorbiditeit de regel en niet de uitzondering is en dat beide stoornissen aandacht verdienen. Wat zit er achter deze (en andere)

veranderingen en wat betekent dat voor de toekomst van de verslavingszorg?

Ik bespreek hier kort vier ontwikkelingen: (1) een veranderde kijk op het gebruik van middelen; (2) een veranderde kijk op verslaving en daarmee een uitbreiding van het behandelarsenaal; (3) het verlaten van abstinentie als het enige behandeldoel en een toegenomen aandacht voor de inzet van interventies gericht op schadebeperking; en (4) steeds meer aandacht voor de verslaafde als mens met behalve een verslaving ook andere problemen en mogelijkheden en een – vaak onuitgesproken – behoefte aan sociale participatie en zingeving (functioneel en persoonlijk herstel).

Veranderde kijk op het gebruik van middelen

Ik ben opgegroeid met het gegeven dat drinken en roken deel uitmaakten van normaal menselijk gedrag dat verder ook niet ter discussie stond. Sinds de jaren 60 van de vorige eeuw ontstond er een nieuw soort gebruik van middelen: gebruik als bewust norm-overschrijdend gedrag, als een vorm van protest. Het ging daarbij vooral om cannabis en later (sinds de jaren 70) ook heroïne. Sinds het eind van de jaren 90 lijkt het gebruik van psychoactieve middelen (opnieuw) steeds vaker een deel van de leefstijl te worden, waarbij de gebruiker dikwijls goed geïnformeerd is over de risico's (van Amsterdam e.a., 2010). Dat is mogelijk geworden omdat onderzoek heeft laten zien dat sommige middelen (o.a. cannabis, ecstasy, ketamine, psychedelica) minder gevaarlijk zijn dan andere middelen (o.a. alcohol, tabak, cocaïne, heroïne), omdat bezit en gebruik van deze middelen niet langer bestraft worden en er mogelijkheden

Wim van den Brink is emeritus hoogleraar Verslavingszorg, Amsterdam UMC.

zijn gecreëerd om sommige van deze middelen te kopen zonder tussenkomst van criminele producenten en verkopers (coffeeshops); een ontwikkeling die zich – ook in andere landen en soms zelf sneller dan in Nederland – lijkt voort te zetten. Ondertussen is er in Nederland ook een discussie op gang over wat nu de beste – wetenschappelijk gefundeerde – politieke oplossing voor de maatschappelijke omgang met ecstasy zou moeten zijn (Van Amsterdam e.a., 2020).

Een recente ontwikkeling is ten slotte dat ‘drugs’ steeds vaker genoemd worden als geneesmiddelen van de (nabije) toekomst, zoals psilocybine en ketamine bij de behandeling van (therapieresistente) depressie, ecstasy (MDMA) bij PTSS en GHB bij alcoholafhankelijkheid (Van den Brink e.a., 2020). Al met al gaan we steeds meer op zoek naar wat wel de ‘sweet spot’ van het drugsbeleid wordt genoemd, met als doel optimale effecten van het beleid op zowel volksgezondheid, criminaliteit en economie/ecologie: sterker reguleren van thans legale gevaarlijke drugs (alcohol, tabak) en minder verbieden en beter reguleren van de productie en verkoop van minder gevaarlijke drugs (cannabis, ecstasy).

Deze ontwikkeling heeft zeker ook invloed gehad op de manier waarop er thans naar verslaving wordt gekeken: niet alle drugs zijn kennelijk even verslavend, niet iedereen is even gevoelig voor de ontwikkeling van een verslaving en bepaalde drugs zouden ook nog eens – zonder veel risico – als medicijn kunnen worden ingezet. Maar wat is verslaving dan?

Veranderde kijk op verslaving en breder behandelarsenaal

Verslaving wordt thans algemeen gezien als een psychiatrische stoornis met een breed scala van biopsychosociale oorzaken, zoals genetische kwetsbaarheid, blootstelling tijdens de zwangerschap, problemen tijdens de geboorte, vroege traumatisering of verwaarlozing en sociale ‘pech’. De laatste jaren is er echter steeds meer bekend geworden over het relatief grote belang van biologische factoren en de rol van hersenaandoeningen als oorzaak en/of als gevolg van het overmatig gebruik van middelen. Men spreekt daarom ook wel van verslaving als (ook) een ‘hersenziekte’ (Leshner 1997).

Die veranderde kijk op verslaving heeft ervoor gezorgd dat we ons bij de behandeling van verslaafden nu niet meer hoeven te beperken tot sociale interventies, maar steeds meer gebruik kunnen gaan maken van (nieuwe), bewezen-effectieve vormen van psychotherapie (o.a. acceptance and commitment therapy: act), nieuwe medicijnen (o.a. nalmefeen bij alcoholafhankelijkheid en varenicline bij tabaksverslaving) en nieuwe vormen van neuromodulatie/hersenstimulatie (o.a. transcraniële hersenstimulatie: TMS).

Verder heeft recent genetisch onderzoek ons geleerd dat verslaving en andere psychiatrische stoornissen (depressie, ADHD) sterk genetisch gekoppeld zijn (Abdellaoui e.a. 2021) en dat genetische variaties mogelijk voorspellend zijn voor het behandel-effect van bepaalde medicijnen tegen verslaving (Dom e.a. 2018). Verslaving is daarmee een ‘gewone’ psychiatrische stoornis geworden waarbij artsen/psychiaters – naast psychologen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers – vanuit een nogal marginale positie een steeds prominentere rol zijn gaan vervullen. Het is daarom goed dat er in de (postacademische) opleiding van Nederlandse verslavingsartsen steeds meer aandacht is gekomen voor de psychiatrie en binnen de opleiding van Nederlandse psychiaters steeds meer aandacht voor verslaving.

Ook op het niveau van de behandelorganisatie worden voorzichtig vorderingen gemaakt bij de integratie van beide velden (o.a. dubbeldiagnose klinieken, FACT). Tegelijkertijd is de aandacht door deze ontwikkeling wel erg sterk komen te liggen op klinisch herstel (mate van gebruik, symptomen) en lijkt er minder aandacht te zijn voor andere aspecten; een ontwikkeling die recent een sterke tegenreactie heeft opgeroepen: de roep om meer aandacht voor functioneel en persoonlijk herstel (zie later).

Van abstinentie naar (ook) schadebeperking

In 1992 lag de nadruk bij de behandeling van verslaafden – behalve de methadon-behandeling – nog heel sterk op het bereiken van volledige en langdurige abstinentie. Dat lang niet alle patiënten dat wilden en dat het lang niet voor alle patiënten mogelijk bleek te zijn, was kennelijk minder belangrijk.

Met de komst van HIV/AIDS in 1985 werd de bestaande methadonbehandeling aangevuld met een spuitomruilprogramma om verspreiding van HIV ten gevolge van AIDS te voorkomen; een belangrijke volgende stap in wat vanaf dat moment ‘schadebeperking’ (harm reduction) is gaan heten. De behandeling van ‘alcoholisten’ bleef voorlopig echter nog gericht op volledige abstinentie. Langzamerhand kwamen er echter gedragstherapeuten die zich – in overleg met de patiënt – richtten op ‘gecontroleerd’ drinken. Deze ontwikkeling werd verder gestimuleerd door de registratie van nalmeleen, een geneesmiddel dat alleen hoeft te worden ingenomen in alcohol-risicosituaties en expliciet tot doel heeft overmatig (!) gebruik te voorkomen (Mann e.a. 2016).

Naast deze meer bekende voorbeelden zijn er nog minder bekende initiatieven die zich expliciet richten op schadebeperking, zoals het gebruik van (relatief hoge doseringen) medische GHB bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid (van den Brink e.a., 2018), het gestructureerd verstrekken van alcoholische consumpties aan dakloze alcoholisten (den Blijker, 2010) en het vervangen van cannabis met een hoog THC-gehalte door (medicinale) cannabis met een veel lager THC-gehalte aan patiënten met schizofrenie en comorbide cannabisafhankelijkheid (Schipper e.a. 2018; Van Amsterdam e.a. 2018). Het gaat hier dus lang niet altijd om het bereiken van klinisch herstel (abstinentie), maar om interventies gericht op verbetering van het functioneren en op persoonlijk herstel.

Van klinisch herstel (abstinentie) naar functioneel en persoonlijk herstel

Klinisch herstel (minder gebruik/abstinentie, minder symptomen) sluit aan bij het denken van artsen en psychologen; dit is waar ze in opgeleid zijn en hier kunnen ze bij helpen. Voor veel patiënten is klinisch herstel echter niet haalbaar en ook als dat wel het geval is, leidt dat lang niet altijd tot een maatschappelijk actief en betekenisvol bestaan.

Een al lang bestaande vorm van herstelgericht werken is natuurlijk het werk van de AA (Alcoholics Anonymous) en de NA (Narcotics Anonymous) die volledig uitgaan van ‘eigen kracht’. De formele start van de herstelbeweging in Nederland is het in 2008

door de cliëntenorganisatie Het Zwarte Gat geïnitieerde ‘Handvest van Maastricht’. Hierin kwam de cliëntenbeweging met de instellingen overeen dat er vanaf nu gewerkt zou worden aan de ontwikkeling en implementatie van herstelondersteunende zorg (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017). Het gaat daarbij om het op gang brengen van een ‘een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven’ (Anthony, 1993) via de volgende herstelprocessen (CHIME): (1) *Connectiveness*: verbondenheid met anderen en meedoen in de samenleving; (2) *Hope and optimism*: hoop: doorbreken van stilstand door verkennen en oprekken van grenzen; (3) *Identity*: identiteit: herdefiniëren van verslaving en ontwikkelen van een positief zelfbeeld; (4) *Meaning of life*: betekenisgeving: toekennen van nieuwe betekenissen aan gebeurtenissen uit verleden en aandacht voor zingeving; en (5) *Empowerment*: grip op het eigen leven via persoonlijke groei, opnemen van taken en rollen, keuzes kunnen maken (Leamy, 2011).

Naast aandacht voor nieuwe interventies betekent dit ook veranderingen in de attitude van en de rolverdeling tussen hulpverleners en cliënten. Hulpverleners worden coaches die de cliënt ondersteunen en vooral (ook) kijken naar de mogelijkheden van de cliënt in een gelijkwaardige relatie. Tenslotte is herstelondersteuning – net als in de (vroegere) therapeutische gemeenschap – onlosmakelijk verbonden met inzet van ervaringsdeskundigheid. Over de (kosten)effectiviteit van deze nieuwe interventies is nog maar weinig bekend en er valt nog veel te leren en misschien ook wel te veranderen.

Hoopvolle toekomst

In dit korte overzicht heb ik kort een aantal ontwikkelingen beschreven die de verslavingszorg de afgelopen 25 tot 30 jaar heeft doorgemaakt. Uit al deze ontwikkeling komt hoop misschien wel als meest centrale thema naar voren. Gerechtigdige hoop op nog meer inzicht in de processen die ten grondslag liggen aan verslaving en daarmee de basis vormen voor de ontwikkeling van nieuwe interventies en het gericht toepassen van reeds bestaande interventies bij bepaalde patiënten (gepersonaliseerde behandeling), gerechtigdige hoop op een

rationeler drugsbeleid dat minder persoonlijke en maatschappelijke schade zal veroorzaken, gerechtvaardigde hoop op een beter en meer betekenisvol bestaan voor patiënten via een drastisch vernieuw-

de zorg en ten slotte ... gerechtvaardigde hoop voor de toekomst van het splinternieuwe *Tijdschrift Verslaving & Herstel*. Ik wens de redactie veel plezier en veel succes.

Referenties

- Abdellaoui A, Smit DJA, Brink W, van den Denys D, Verweij KJH. Genomic relationships across psychiatric disorders including substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* (in druk). doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125732>
- Den Blijker (2010) <https://www.trouw.nl/nieuws/een-pul-bier-hoort-er-hier-ook-bij-b8aa8940/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Dom G, van den Brink W, Schellekens A. Gepersonaliseerde behandeling bij stoornissen in het gebruik van alcohol en tabak [Personalised treatment of disorders in the use of alcohol and nicotine]. *Tijdschr Psychiatr*. 2018;60(3):166-173. Dutch. PMID: 29521404.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6):445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733. PMID: 22130746.
- Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*. 1997 Oct 3;278(5335):45-7. doi: 10.1126/science.278.5335.45. PMID: 9311924.
- Mann K, Torup L, Sørensen P, Gual A, Swift R, Walker B, van den Brink W. Nalmefene for the management of alcohol dependence: review on its pharmacology, mechanism of action and meta-analysis on its clinical efficacy. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016 Dec;26(12):1941-1949. doi: 10.1016/j.euroneuro.2016.10.008. Epub 2016 Nov 12. PMID: 27842940.
- Schipper R, Dekker M, de Haan L, van den Brink W. Medicinal cannabis (Bedrolite) substitution therapy in inpatients with a psychotic disorder and a comorbid cannabis use disorder: A case series. *J Psychopharmacol*. 2018 Mar;32(3):353-356. doi: 10.1177/0269881117735684. Epub 2017 Oct 17. PMID: 29039260.
- van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco, and illicit drugs for the individual and the population. *Eur Addict Res*. 2010;16(4):202-7. doi: 10.1159/000317249. Epub 2010 Jul 2. PMID: 20606445.
- van Amsterdam J, Vervloet J, de Weert G, Buwalda VJA, Goudriaan AE, van den Brink W. Acceptance of pharmaceutical cannabis substitution by cannabis using patients with schizophrenia. *Harm Reduct J*. 2018 Sep 20;15(1):47. doi: 10.1186/s12954-018-0253-7. PMID: 30236118; PMCID: PMC6149068.
- van Amsterdam J, Peters GJ, Pennings E, Blickman T, Hollemans K, Breeksema JJ, Ramaekers J, Maris C, van Bakkum F, Nabben T, Scholten W, Reitsma T, Noijen J, Koning R, van den Brink W. Developing a new national MDMA policy: Results of a multi-criteria decision analysis (MD-MCDA). *J Psychopharm* (in druk). doi: 10.31219/osf.io/txy5z
- van den Brink W, Addolorato G, Aubin HJ, Benyamina A, Caputo F, Dematteis M, Gual A, Lesch OM, Mann K, Maremmi I, Nutt D, Paille F, Perney P, Rehm J, Reynaud M, Simon N, Söderpalm B, Sommer WH, Walter H, Spanagel R. Efficacy and safety of sodium oxybate in alcohol-dependent patients with a very high drinking risk level. *Addict Biol*. 2018 Jul;23(4):969-986. doi: 10.1111/adb.12645. PMID: 30043457.
- Vanderplasschen W, Vander Laenen F (red.) (2017). *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg*. Praktijk en beleid. Den Haag: Uitgeverij Acco.

Essay

‘First things first’

Het belangrijkste eerst

Hendrik Peuskens & Koen Buntinx

Als voorbeeld van een krachtige slogan figureert ‘First things first’ als een houvast en richtsnoer in zelfhulp en in therapeutische begeleidingen. Het gewicht van deze oneliner wordt overwogen vanuit zelfhulp- en therapeutisch perspectief.

‘First things first’. Geen passender slogan voor een eerste nummer van een nieuw tijdschrift over verslaving en herstel. In de zelfhulpwereld gaan dergelijke krachtige oneliners al decennialang mee. Wat is er belangrijker dan te leren van de mensen voor wie we zorg opnemen en ons oor te luister te leggen bij ervaringsdeskundigen? Verbinding maken tussen professionele therapie en ervaringen vanuit zelfhulpgroepen versterkt die professionele aanpak. Het verhoogt de kwaliteit door nog meer diepgang en een meerdimensionele aanpak. Zelfhulpgroepen die oog en oor (blijven) hebben voor de wetenschap en aanpak van professionele therapie staan sterker in hun proces van begeleiding en advies inzake het geestelijk groeiproces van lotgenoten. De verbinding van beiden is een win-win.

‘First things first’ wordt in zelfhulpgroepen gebruikt om aan te duiden dat nuchterheid de eerste en de belangrijkste opdracht dient te zijn. Het duikt op in het *‘Big Book’* van de AA en in allerlei publicaties van AA en van het bredere gamma van 12-stappen georiënteerde zelfhulpgroepen.

Zo’n slogan is helpend bedoeld, geeft houvast en biedt een shortcut om in heel wat situaties naar een

heldere doelstelling te leiden [1]. In de woorden van de ervaringsdeskundige klinkt het als volgt.

Zelfhulpgroepen maken onderscheid tussen ‘droog’ en ‘nuchter’ zijn. De eerste opdracht is ‘droog’ worden (blijven) om uit de vicieuze cirkel te geraken van verslaving, roes, machteloosheid en stuurloosheid. Hoofdvoorwaarde hiervoor is aanvaarden dat verslaving een alles vernietigende, ongeneeslijke ziekte is. Dat dit probleem enkel kan aangepakt worden door te kiezen voor abstinentie en onvoorwaardelijk open te staan voor hulp via professionele therapie en/of zelfhulp. Na het ‘droog zijn’ is het de uitdaging om door te groeien tot stabiele nuchterheid, van fysiek clean zijn te evolueren tot geestelijk nuchter. Dit vereist echt veranderen van ingesteldheid (mindset) en levenswijze met anders voelen, denken en handelen. Evolueren van ‘moeten’ naar ‘willen’ veranderen, van ‘niet mogen’ naar ‘niet willen’ gebruiken. Moeten is een negatieve (dikwijls wel noodzakelijke) kortetermijnmotivatie, ‘opgelegd’ vanuit de omgeving (sociale druk) en/of fysieke aandoeningen (lever, pancreas ...). Willen is een positieve langetermijnmotivatie, gebaseerd op de overtuiging dat echt nuchter worden niet enkel noodzakelijk is, maar tevens zal resulteren in een ander (beter) leven. Het is het onvoorwaardelijk aanvaarden van en geloven in het principe (de oplossing) van nul-tolerantie, van non-gebruik.

Voor mensen met verslaving betekent *‘First things first’* dat andere problemen niet kunnen worden opgelost zonder nuchterheid. Wanneer zij zich te zeer verliezen in het zoeken naar verklaringen voor hun gebruik of herval, hun gebruik rationaliseren als een logisch gevolg van onheil of samenloop van omstandigheden, dan wordt deze slogan gebruikt om

Hendrik Peuskens is als psychiater verbonden aan het PK Alexianen Tienen en aan UPC KU Leuven.
Koen Buntinx is ervaringsdeskundige.

lotgenoten te herinneren aan het essentieel belang van nuchter zijn ondanks eender wat.

Een uitschuiver of een herval wordt gekaderd als een situatie waarin gebruikers deze notie uit het oog zijn verloren en hebben toegelaten dat andere moeilijkheden op de voorgrond kwamen. Zelfhulpgroepen moedigen aan om bij een uitschuiver of herval snel en eerlijk te bekennen en te bespreken. Snelheid en eerlijkheid zijn cruciaal omdat iedere herval een verhoogd risico inhoudt op nefast, definitief en onherstelbaar afglijden. Bij tijdig ingrijpen kan eruit worden geleerd en hierdoor verrijkend en versterkend zijn. Indien aangewezen, kan (weer) een beroep gedaan worden op professionele begeleiding/therapie. Therapie en zelfhulp, hand in hand, in tandem, elkaar versterkend.

Voor diegenen die van nuchterheid een doel maken, wordt het bereiken en behoud van abstinentie een troost, een succes op zich.

Dergelijk succes is een bron van erkenning en wordt in abstinentie-gerichte groepen bekrachtigd, waardoor het kan uitgroeien in diepere dimensies van hoop-optimisme (hooptimisme), fierheid, vertrouwen, moed en extra energie. En zelfs wanneer tegenspoed het leven lijkt te blijven domineren, blijft verbondenheid in abstinentie een ondubbelzinnige troost onder lotgenoten.

'First things first' klinkt als een waarschuwing voor de verregaande dwaalsporen die therapeuten met hun cliënten durven te bewandelen. Los van hoe ze ooit ontstaan is, leeft verslaving voort als een zelfstandige aandoening, die niet opgelost raakt door enkel het verleden te onderzoeken of te herwerken. Zelfhulpgroepen focussen vooral op de toekomst, op geestelijke groei, op anders (beter) gaan voelen, denken, handelen, leven ...

Zoeken naar de oorzaak, werken met een zuiver psychodynamische aanpak, een queeste naar voorheen onbewust inzichten, zal daarom niet voldoen. Eerder werkzaam zijn cognitief gedragstherapeutische elementen zoals herkennen en aanpakken van triggers en valkuilen, en het ontwikkelen van vaardigheden om anders te reageren in verleidelijke situaties.

Co-morbide problemen zoals depressie, angstproblemen, stemmingswisselingen en slaapstoornissen zijn niet zelden een gevolg van lang bestaand versla-

vingsgedrag, en niet de oorzaak. Heel wat dergelijke klachten verdwijnen – verdampen als het ware – wanneer de detox is afgewerkt en nuchterheid geïnstalleerd raakt. Eén en ander vraagt zorgvuldige diagnostiek en behandelaars moeten bij hun aanpak de rol van middelengebruik zorgvuldig overwegen.

De ondertoon van *'First things first'* is fundamenteel positief – zelfs optimistisch: wanneer je de nuchterheid volhoudt, volgt de rest. Heel wat mensen met een verslaving die in rustiger vaarwater komt, merken dat hun situatie en hun welbevinden verbetert. Sommigen ontwikkelen een nieuwe manier van omgaan met de lotgevallen van het leven, vinden een balans tussen veranderen en aanpakken.

Toch is deze insteek omzichtig te gebruiken.

Wanneer welbevinden uitblijft, klinkt daaronder soms een impliciet verwijt, met name 'nog onvoldoende veranderd te zijn'. Daardoor kan begrip en respect voor de moeilijke omstandigheden en precarie psychische toestand van een persoon gemist worden. Mogelijk draagt dit bij aan de belangrijke *dropout* in zelfhulpgroepen.

Een te 'gratis' gebruik van deze slogan riskeert het belang van ernstige psychiatrische co-morbiditeit en van andere psychosociale problemen te miskennen die bij herval een rol kunnen spelen. Het ontbreken van mogelijkheden om in basisbehoeften te voorzien, het ontberen van woonst, woning of sociale steun [2], zijn zulke belangrijke randvoorwaarden. Volgens sommigen zo belangrijk dat kan getwijfeld worden aan de voorrang van nuchterheid vóór al het andere. Benaderingen zoals *'housing first'*, waarbij mensen met een verslaving op een succesvolle manier eerst in een aantal andere basisbehoeften geholpen worden, getuigen van een zinvolle omkering van prioriteiten.

Of het eerste en het enige spoor de nuchterheid is, dan wel of ook matiging haalbaar is en kan volstaan, wordt al tientallen jaren bediscussieerd. In ieder individueel verhaal is de doelstelling in het beste geval het resultaat van een weloverwogen zelfonderzoek. Hier zijn deelnemers aan abstinentie-gerichte zelfhulpgroepen, bevolkt door mensen die op het punt van nuchterheid zijn uitgekomen, uiteraard even overtuigd als bevooroordeeld. In de zorg voor mensen met verslavingsproblematiek zijn behandeltra-

jecten gericht op matiging in middelengebruik of op *harm reduction*, bv. door installeren van substitutie, ook erg waardevol gebleken.

Alles samen wordt in *'First things first'* een werkwoord gemist. Het hoort misschien niet als dogma noch als een 'te bereiken doel' te worden begrepen. Voor mensen die er zich achter scharen is het geen verworvenheid, maar een voortdurende toetssteen. Voor patiënten (en hun therapeuten) aan het begin van een behandeltraject verwijst het naar de hoop en

de kracht die kan gevonden worden in nuchterheid. Maar het lijkt belangrijk de slogan te hanteren als uitnodigend, inkluderend en niet als diskwalificerend. Door de verslaafde, zijn omgeving, de professionele hulpverlener en de lotgenoot in de zelfhulpgroep dient de betekenis te worden gezocht in een samenwerking en wederzijdse complementariteit. De bedoeling is immers het vertrouwen te versterken om een weg te vinden voor het hanteren van een anders verwoestende, chronische aandoening.

Referenties

- [1] Sussman S, Forster M, Grigsby T. "First Things First": What is the First Thing? *Subst Use Misuse*. 2015;50(8-9):1015-1019. doi: 10.3109/10826084.2015.1007693
- [2] Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50:370-396

Wetenschap

Herstel na een verslaving aan illegale drugs

Resultaten van de Life in Recovery survey
in Nederland en Vlaanderen

Wouter Vanderplasschen, Thomas Martinelli,
Lore Bellaert, Gera Nagelhout & Dike van de Mheen

Herstelondersteunend werken is de doelstelling van de verslavingszorg in Nederland en Vlaanderen, maar tot dusver gebeurde bij ons weinig onderzoek naar personen in herstel van een drugverslaving. Voor deze studie gebruikten we de Life in Recovery (LiR) vragenlijst om veranderingen na te gaan op belangrijke leefgebieden die beïnvloed worden door verslaving en herstel. We bekeken ook of deze samenhangen met de herstelfase waarin iemand zich bevindt: pril (<1 jaar), volgehouden (1-5 jaar) of stabiel (>5 jaar) herstel. 411 personen die van zichzelf vinden dat ze ooit een probleem hadden met illegale drugs vulden deze online survey in.

Voorliggend artikel zoomt vooral in op de relatie tussen de herstelfases en belangrijke kenmerken van herstel. Zowel abstinentie, het hebben van een dagbesteding en afwezigheid van huisvestingsproblemen en criminele betrokkenheid komen vaker voor bij personen die reeds langer in herstel zijn. De herstelfase houdt tevens verband met een duidelijke toename van het aantal herstelbevorderende factoren (herstelsterktes) en een afname van herstelbelemmerende factoren (herstelbarrières).

De onderzoekers concluderen dat herstel een niet-lineair proces is dat zich op verschillende leefgebieden afspeelt en waarbij stabiel herstel geenszins synoniem staat voor complete abstinentie.

Inleiding

Herstelondersteunend werken vormt sinds enige tijd de doelstelling van de verslavingszorg in Nederland en Vlaanderen [1]. In navolging van de deïstitutionaliseringsgolf en de opmars van de herstelbeweging in de bredere geestelijke gezondheidszorg benadrukt men hierbij het belang van de persoonlijke, doorleefde ervaringen en de eigen krachten van mensen met verslavingsproblemen. Ondanks blijvende kwetsbaarheden en problemen die zich kun-

.....

Wouter Vanderplasschen is hoofddocent en voorzitter van de Vakgroep Orthopedagogiek aan de Universiteit Gent (UGent), waar hij de onderzoeksgroep Herstel & Verslaving leidt.

Thomas Martinelli is onderzoeker bij Onderzoeksinstituut IVO in Den Haag en promovendus bij Tilburg University.

Lore Bellaert is doctoraal onderzoeker aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent (UGent) en verbonden aan de onderzoeksgroep Herstel & Verslaving.

Gera Nagelhout is chief science officer van Onderzoeksinstituut IVO in Den Haag en bijzonder hoogleraar Gezondheid en Welzijn van mensen met een lagere sociaaleconomische positie aan de Universiteit Maastricht.

Dike van de Mheen is voorzitter van Tranzo, wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van de Tilburg School of Social and Behavioral Sciences en hoogleraar Transformaties in de zorg aan Tilburg University.

Correspondentieadres: Prof. dr. Wouter Vanderplasschen, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, H. Dunantlaan 2, B-9000 Gent

nen uitstrekken over verschillende leefgebieden is herstel van verslaving mogelijk, al dan niet met professionele hulp. De herstelbeweging in Nederland gaat terug naar de oprichting van Het Zwarte Gat, een overkoepelende nationale cliëntenraad voor de verslavingszorg [2]. Hun kritiek op de organisatie en kwaliteit van de verslavingszorg leidde tot het Handvest van Maastricht (2010), waarin zorgorganisaties en cliëntenraden afspraken om meer in te zetten op cliëntenparticipatie, het bevorderen van maatschappelijk herstel en kwaliteit van leven en het beter benutten van ervaringskennis [3].

Waar herstelondersteunend werken in Nederland reeds rond 2010 ingang vond en in belangrijke mate ingegeven werd door cliëntenraden en herstelgroepen, kwam de herstelbeweging in Vlaanderen pas vanaf 2015 op gang. De verplichte afbouw van bedden in psychiatrische ziekenhuizen en de overheveling van de meeste bevoegdheden inzake verslavingszorg naar de Vlaamse overheid waren toen de aanleiding voor een conclaaf en visietekst over een meer herstelgerichte verslavingszorg [4]. Academics, praktijkwerkers en beleids mensen namen hierin het voortouw, met inbreng van ervaringsdeskundigen en patiënten- en familie-vertegenwoordigers. Zowel in Nederland als in Vlaanderen vormt herstel aldus een belangrijk thema in verslavingszorg en -beleid, maar dit concept is tot op heden beperkt theoretisch en empirisch onderbouwd.

Noch in de internationale literatuur, noch in ons taalgebied bestaat er eenduidigheid over de definitie van herstel. Veelal valt men hiervoor terug op één van de allereerste definities van het Amerikaanse Betty Ford Institute: ‘Recovery is a voluntarily maintained lifestyle characterized by sobriety, personal health, and citizenship’ [5]. Echter, de nadrukkelijke focus op abstinentie roept ook heel wat vragen en soms zelfs weerstand op, wat tot veel verschillende invullingen van herstel heeft geleid, zonder één algemeen aanvaarde definitie.

Naast herstel van middelengebruik staan gezondheid, welbevinden en maatschappelijke participatie centraal in de meeste definities. Van der Stel [6] leverde een belangrijke bijdrage aan dit debat in de Lage Landen door vier dimensies van herstel te onderscheiden.

Naast het herstel van typische symptomen van middelenaafhankelijkheid (klinisch herstel), houdt herstel ook verband met het terugwinnen van sociale, cognitieve en motorische vaardigheden (functioneel herstel). Persoonlijk herstel vormt de motor van het herstelproces en verwijst naar veranderingen in waarden, attitudes en gedrag die gepaard gaan met een meer kwaliteits- en betekenisvol leven. Maatschappelijk/sociaal herstel verwijst tot slot naar de belangrijke relationele dimensie van herstel, die plaatsvindt met de steun van anderen [7]. We dienen herstel te zien als een holistisch en niet-lineair veranderingsproces dat van persoon tot persoon verschilt, vaak moeizaam verloopt (terugval is eerder regel dan uitzondering) en vele jaren nodig heeft om tot stabiel herstel te komen [8].

In een poging om het verloop van het herstelproces en de vatbaarheid voor terugval te duiden, onderscheidde het Betty Ford Institute Consensus Panel [5] drie fasen van herstel: vroeg/pril (early) herstel (1-12 maanden), volgehouden (sustained) herstel (1-5 jaar) en stabiel (stable) herstel (5 jaar of meer). Ondanks de breed gedragen definitie van verslaving als een chronisch recidiverende hersenziekte [9], is uit een aantal literatuurreviews gebleken dat minstens 50% van alle personen die ooit problemen ervoeren met een bepaald middel uiteindelijk tot herstel komen [10, 11]. Een recente representatieve studie in de Verenigde Staten toonde aan dat ongeveer 10% van de bevolking in herstel is van een probleem met alcohol of andere drugs en dat lang niet iedereen hiervoor een beroep doet op hulpverlening [12].

Naar analogie met herstelonderzoek over geestelijke gezondheid in het algemeen [13], kwam het onderzoek naar herstel van (alcohol)verslaving de afgelopen 10 jaar internationaal sterk op gang, met een aantal grootschalige studies in de Verenigde Staten [12, 14], Australië en het Verenigd Koninkrijk. In oktober 2017 startte een omvattend Europees onderzoek naar herstelervaringen en wegen naar herstel van drugverslaving (REC-PATH) in het Verenigd Koninkrijk, Nederland en België [15].

Dit onderzoek maakt onder meer gebruik van de Life in Recovery (LiR) vragenlijst, die voorheen ook reeds in de Verenigde Staten [16], Australië [17], het

Verenigd Koninkrijk [18] en Canada [19] gebruikt werd. De LiR survey richt zich op respondenten in verschillende fases van herstel en bestudeert belangrijke leefgebieden die beïnvloed worden door verslaving en herstel, zoals gezondheid, financiën, sociale relaties en contacten met politie en justitie. Eerdere LiR studies bereikten vooral personen in herstel van een alcoholverslaving en toonden aan dat herstel gepaard gaat met opvallende vooruitgang op elk van voornoemde leefgebieden [16-19]. In vergelijking met hun verslavingsperiode steeg bij de helft van de respondenten de betrokkenheid bij familieactiviteiten, lagen het gebruik van de spoedopnamedienst en contacten met politie en justitie tot tien keer lager, hadden tot 50% meer respondenten een vaste baan en deden vier keer zoveel personen vrijwilligerswerk [16].

Doelstelling van het onderzoek

Het blijft onduidelijk of voornoemde verbeteringen in elk van de fases van herstel in dezelfde mate voorkomen en of deze bevindingen veralgemeend kunnen worden naar personen in herstel van een drugverslaving en het Europese vasteland. Voorliggend artikel heeft dan ook de bedoeling om in te gaan op de resultaten van de LiR survey in Nederland en Vlaanderen en hoe herstel zich tijdens de onderscheiden fasen manifesteert bij personen die vroeger problemen hadden met illegale drugs. Tevens vergelijken we de aanwezigheid van herstelsterktes en -barrières, die herstel respectievelijk bevorderen en bemoeilijken, tijdens de verschillende herstelfasen. Het nagaan van gelijkenissen en verschillen tussen respondenten in Nederland en Vlaanderen is hierbij geen expliciete doelstelling, al belichten we de meest opvallende verschillen tussen respondenten uit beide landen.

Materiaal en methoden

Context van de studie

Het REC-PATH onderzoek liep van oktober 2017 tot september 2020. De LiR survey werd hierbij als rekruteringsstrategie gebruikt voor het longitudinaal onderzoeksluik, maar ook als afzonderlijk onderzoeksluik over 'leven in herstel' [15]. Het was de bedoeling om in totaal minstens 250 personen te rekruteren in elk van de deelnemende landen (Verenigd Koninkrijk, Nederland en België (Vlaande-

ren)), rekening houdend met een gelijkmatige verdeling over de verschillende fases van herstel en een genderevenwicht. Wie deelnam aan de LiR survey werd op het eind gevraagd of hij/zij/hen ook wilde deelnemen aan het ruimere REC-PATH onderzoek, dat onder meer bestond uit een uitgebreide baseline en follow-up assessment (na 12 maanden), diepte-interviews met een select aantal respondenten en een photovoice-studie met vrouwen in herstel [15]. Photovoice is een relatief nieuwe onderzoeksmethode waarbij met name kwetsbare personen hun leefwereld in beeld brengen aan de hand van fotografie en hierop reflecteren in dialoog met de onderzoekers en andere deelnemers. Voor dit onderzoek verkregen we in Nederland toestemming van de Medisch-Ethische ToetsingsCommissie van het Erasmus MC in Rotterdam (METC Erasmus MC: MEC-2017-455). In Vlaanderen gaf de Ethische Commissie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent hiervoor goedkeuring (EC/2017/56).

Dataverzameling

De Life in Recovery (LiR) vragenlijst bestaat uit 45 vragen/rubrieken die betrekking hebben op sociaal-demografische kenmerken (zoals leeftijd, gender, opleidingsniveau en burgerlijke staat), leef- en werksituatie, middelengebruik tijdens de afgelopen 30 dagen, wegen naar en tijd in herstel, en sterktes en barrières tijdens de verslavings- en herstelperiode.

Deze laatste vormen de Strengths And Barriers Recovery Scale (SABRS), die bestaat uit 32 items die peilen naar positieve en negatieve ervaringen en beschouwd kunnen worden als positief en negatief herstelkapitaal [20]. De schaal omvat 15 herstelsterktes en 17 herstelbarrières op het vlak van werk en financiën, gezondheid, contacten met politie en justitie, familie en sociale relaties en burgerschap. De items worden binair gecodeerd als aanwezig/afwezig tijdens de periode van 'actieve verslaving' en 'in herstel'. De sterkteschaal leidt tot een score tussen 0 en 15, de barrièreschaal resulteert in een score van 0 tot 17 en dit op 4 domeinen:

- Herstelsterktes tijdens de verslavingsperiode (0-15)
- Herstelbarrières tijdens de verslavingsperiode (0-17)
- Herstelsterktes tijdens de herstelperiode (0-15)
- Herstelbarrières tijdens de herstelperiode (0-17)

Voor de vertaling van de LiR vragenlijst uit het Engels werd gewerkt volgens de principes van back-translation, waarbij een native (English) speaker hielp bij de vertaling. We organiseerden een proefafname bij een beperkt aantal cliënten (van verslavingsinstellingen) die niet bij het project betrokken waren. Deze pilootstudie leidde niet tot verdere aanpassingen aan de LiR survey.

Verschillende partnerorganisaties en herstelnetwerken engageerden zich om respondenten te rekruteren. Potentiële deelnemers die aan de inclusiecriteria beantwoordden, konden de vragenlijst invullen via de projectwebsite (<https://www.rec-path.co.uk/>) en ervoor kiezen om dit in het Engels of het Nederlands te doen. Na het doornemen van de informatie over het onderzoek en na het geven van ‘informed consent’ kregen kandidaat-deelnemers toegang tot de survey. Het onderzoek werd voornamelijk online ingevuld, maar sommige respondenten beantwoordden de vragenlijst op papier omdat ze dit makkelijker vonden of geen internettoegang hadden. Deelnemers hadden gemiddeld ongeveer 20 minuten nodig om de vragenlijst online in te vullen.

Steekproef

In totaal namen in de drie landen 722 personen in herstel deel aan de LiR survey tussen januari en juni 2018 [21]. 411 deelnemers vulden de vragenlijst in het Nederlands in, verdeeld over Nederland (n=230) en Vlaanderen (n=181). Deze gemakssteekproef werd gerekruteerd via aankondigingen op sociale media (Facebook, Twitter), nieuwsbrieven, congressen, alcohol- en drugtijdschriften en flyers en posters die via diverse preventie- en hulporganisaties werden verspreid. Een gemakssteekproef (convenience sample) is een niet-representatieve steekproef, waarbij respondenten gezocht worden die gemakkelijk bereikbaar zijn voor de onderzoekers, wat vaak gedaan wordt bij moeilijk bereikbare en/of ‘verborgen’ populaties. We richtten ons in deze studie op ‘iedereen die minstens 3 maanden in herstel was van een probleem met illegale drugs of gestopt/geminderd was met problematisch middelengebruik’.

Data-analyse

In dit artikel zoomen we in op de relatie tussen de herstelfases en een aantal kenmerken van herstel die door personen in herstel vaak als belangrijk naar vo-

ren worden geschoven [23]. De herstelfase werd gemeten aan de hand van de vraag ‘Hoelang beschouw je jezelf in herstel?’ (aantal jaren/maanden). Op basis van deze vraag werd de steekproef in drie groepen ingedeeld: pril (<1 jaar), volgehouden (1-5 jaar) en stabiel herstel (>5 jaar) [5]. Huisvestingsproblemen, criminele betrokkenheid en dagbesteding werden gemeten aan de hand van een aantal dichotome items die tot een nieuwe categoriale variabele werden gecombineerd. Zodra op één van de items positief werd gescoord door de deelnemers, kreeg de nieuwe variabele de score ‘aanwezig’. De variabele ‘huisvestingsproblemen’ is gebaseerd op de variabelen ‘Had je de afgelopen 30 dagen huisvestingsproblemen?’ en ‘Liep je de afgelopen 30 dagen het risico op uithuiszetting?’. Betrokkenheid bij criminaliteit werd gemeten aan de hand van de vragen: ‘Heb je de afgelopen 30 dagen een misdrijf gepleegd?’ en ‘Kwam je de afgelopen 30 dagen in contact met politie of justitie?’. Dagbesteding is gebaseerd op volgende vragen: ‘Werkte je de afgelopen 30 dagen voltijds/deeltijds?’, ‘Volgde je de afgelopen 30 dagen een opleiding aan de hogeschool of universiteit of een andere vorm van onderwijs?’ en ‘Deed je de voorbije 30 dagen vrijwilligerswerk?’. Middelengebruik werd gemeten door te bevragen hoeveel dagen de respondenten de afgelopen 30 dagen één van de volgende middelen hadden gebruikt: alcohol, heroïne, cocaïne, crack, amfetamines, ecstasy/MDMA, cannabis, methadon, buprenorfine en/of andere middelen.

Deze variabelen werden omgezet in 4 nieuwe dichotome variabelen: ‘recent alcoholgebruik’, ‘recent gebruik van cannabis’, ‘recent gebruik van hard drugs’ en ‘abstinentie van elk van deze middelen’. De behandelgeschiedenis werd in kaart gebracht aan de hand van de vraag: ‘Deed je ooit een beroep op of zocht je hulp bij één van de volgende diensten/organisaties?’: 1) 12-stappen zelfhulpgroep; 2) andere vormen van zelfhulp (niet gebaseerd op het 12-stappenprogramma); 3) residentiële behandeling (detox, rehabilitatie- of TG-programma); 4) ambulante hulpverlening; en 5) enige andere vorm van hulp of ondersteuning (bv. via kerk of moskee).

De data werden verwerkt en geanalyseerd aan de hand van SPSS 26. We maakten gebruik van χ^2 -toetsen voor het testen van statistische verschillen tussen beide

landen en voor het vergelijken van herstelindicatoren tussen de drie herstelfases in geval van categoriale variabelen. Daarnaast vergeleken we het aantal herstelsterktes en -barrières tijdens de verslavings- en herstelperiodes en andere continue variabelen aan de hand van t-toetsen. Voor het analyseren van verschillen in herstelsterktes en -barrières tussen herstelfases maakten we gebruik van variantieanalyse. Voor meer geavanceerde statistische analyses en vergelijkingen tussen de betrokken landen verwijzen we naar eerder verschenen internationale publicaties over dit onderzoek [21, 22].

Resultaten

Beschrijvende gegevens over de LiR deelnemers in Nederland en Vlaanderen zijn terug te vinden in tabel 1. Hoewel we een gelijkaardige rekruteringsstrategie toepasten in beide landen, valt op dat de sociaal-demografische kenmerken van Nederlandse en Vlaamse respondenten in een aantal opzichten verschillen. Zo werden in Nederland meer vrouwen in herstel van een drugverslaving gerekruteerd dan in Vlaanderen (41.3 vs. 26.5%) en lag ook de gemiddelde leeftijd van respondenten er hoger (40.1 vs. 35.5 jaar). In Nederland participeerden meer deelnemers met een hoog opleidingsniveau (HBO) dan in Vlaanderen (40.9 vs. 25.4%). De meeste respondenten rapporteerden dat ze ooit een probleem ervoeren met tabak (74.2%), cocaïne (67.9%), cannabis (63.7%), alcohol (66.2%) en amfetamines (53.8%). Problemen met andere middelen werden door minder dan de helft van de respondenten gerapporteerd. Deze percentages lopen opvallend gelijk tussen Nederland en Vlaanderen, behalve voor heroïne (17.4 vs. 29.3%), amfetamines (47.8 vs. 61.3%) en alcohol (71.7 vs. 59.1%). Ze maken duidelijk dat de meeste respondenten in herstel problemen hadden met meer dan één middel. Verder bleek de gemiddelde beginleeftijd voor het gebruik van illegale drugs in beide landen nagenoeg identiek (16 jaar).

In beide gebieden bestaat de steekproef voor ongeveer 45% uit personen in volgehouden herstel (1-5 jaar), terwijl in Vlaanderen meer respondenten in pril herstel bereikt werden (31.5 vs. 16.5%) en meer mensen in stabiel herstel aan het onderzoek deelnamen in Nederland (24.3 vs. 37.8%). Het gebruik van

ambulante (72%) en residentiële verslavingszorg (76.9%) en andere dan 12-stappen zelfhulpgroepen (27.3%) loopt sterk gelijk tussen respondenten in beide landen, maar opvallend meer Nederlandse respondenten maakten ooit gebruik van zelfhulpgroepen gebaseerd op het 12-stappenprogramma (bv. AA en NA) (72.6 vs. 26.5%) en ook het gebruik van andere vormen van ondersteuning (bv. geloofsgemeenschap of buitenlands verblijf) lag een stuk hoger in de Nederlandse steekproef (17.4 vs. 6.6%).

Tabel 2 vergelijkt personen in verschillende herstelfases op een aantal indicatoren die in herstelonderzoek en door personen in herstel als belangrijk worden ervaren [23]. Zowel abstinentie als dagbesteding, huisvestingsproblemen en criminele betrokkenheid blijken significant samen te hangen met de herstelfase waarin iemand zich bevindt. Huisvestingsproblemen en betrokkenheid bij misdrijven komen niet vaak voor, maar worden significant vaker gerapporteerd door personen in pril herstel in vergelijking met personen die langer in herstel zijn. Het hebben van een dagbesteding (bv. betaalde baan, opleiding of vrijwilligerswerk) komt vaker voor bij personen in volgehouden en stabiel herstel. Volledige abstinentie tijdens de laatste 30 dagen komt significant vaker voor bij personen in volgehouden herstel (73.5%) dan bij personen in pril (65.3%) en stabiel herstel (59.5%). Dit geldt zowel voor alcohol, cannabis als andere illegale drugs, met dat verschil dat alcoholgebruik vaker gerapporteerd wordt door personen in stabiel herstel, terwijl het gebruik van cannabis en harddrugs vaker voorkomt bij personen in pril herstel.

Vervolgens onderzochten we verschillen in herstelsterktes en -barrières tussen de verslavings- en herstelperiode (cf. tabel 3). Hieruit blijkt een significante toename van herstelsterktes en een duidelijke afname van herstelbarrières tijdens de herstelperiode in vergelijking met de verslavingsperiode. Echter, zowel tijdens de verslavings- als herstelperiode zijn deze sterktes en barrières aanwezig en beide staan niet gelijk met de aanwezigheid van uitsluitend barrières of sterktes. De aanwezigheid van herstelsterktes ligt beduidend hoger bij personen in stabiel herstel, terwijl ook de toename van deze sterktes het grootst is bij deze groep (zie tabel 4). Het valt verder op dat personen in stabiel herstel van zichzelf vinden dat

Tabel 1. Kenmerken van de steekproef, onderverdeeld naar respondenten in Nederland en Vlaanderen (n=411)

	Totaal n=411	Nederland n=230	Vlaanderen n=181	p-waarde χ^2
Gender				p = 0.002
Man	65.2	58.7	73.5	
Leeftijd	38.08	40.1	35.5	p < 0.001 ^a
<i>Gemiddelde (SD)</i>	(10.6)	(11.2)	(9.1)	
Opleidingsniveau				p < 0.001
Lager	65.9	59.1	74.6	
Hoger	34.1	40.9	25.4	
Burgerlijke staat				p = 0.020
Alleenstaand	47.9	40.9	56.9	
Samenwonend	19.2	20.9	17.1	
Getrouwd	12.9	14.8	10.5	
Gescheiden	23.1	16.5	31.5	
Ander	5.6	7.4	6.0	
Probleemmiddel (ooit)				
Alcohol	66.2	71.7	59.1	p = 0.007
Heroïne	22.6	17.4	29.3	p = 0.004
Cocaïne	67.9	67.4	68.5	p = 0.810
Crack cocaïne	23.4	23.9	22.7	p = 0.764
Amfetamines	53.8	47.8	61.3	p = 0.006
Ecstasy/MDMA	42.6	45.2	39.2	p = 0.223
Cannabis	63.7	66.1	60.8	p = 0.266
Methadon	11.7	11.3	12.2	p = 0.790
Buprenorfine	3.2	2.6	3.9	p = 0.469
Tabak	74.2	71.3	77.9	p = 0.129
Voorgescreven medicatie	31.6	29.6	34.3	p = 0.310
Ander	21.9	20.9	23.2	p = 0.570
Herstelfase				p < 0.001
Pril (<1 jaar)	23.1	16.5	31.5	
Volgehouden (1-5 jaar)	45.0	45.7	44.2	
Stabiel (>5 jaar)	31.9	37.8	24.3	
Leeftijd eerste illegaal druggebruik	16.0	16.2	15.7	p = 0.308 ^a
<i>Gemiddelde (SD)</i>	(5.0)	(5.6)	(4.1)	
Ooit hulp gezocht/gekregen van ...				
12-stappen zelfhulpgroep (ja)	52.3	72.6	26.5	p < 0.001
Andere vorm van zelfhulp (ja)	27.3	29.6	24.3	p = 0.235
Residentiële behandeling (ja)	76.9	77.8	75.7	p = 0.610
Ambulante hulpverlening (ja)	72.0	73.0	70.7	p = 0.602
Andere ondersteuning (bv. kerk of moskee) (ja)	12.7	17.4	6.6	p = 0.001
Had/was je voor je herstel?				
Stabiele huisvesting (nee)	47.0	45.7	48.6	p = 0.586
Betrokken bij criminele feiten (ja)	53.0	50.0	56.9	p = 0.164
Werk of studies (ja)	44.8	41.7	48.6	p = 0.164

^a One-way ANOVA analyse

Noot: Alle getallen zijn percentages tenzij anders gespecificeerd.

ze significant minder herstelsterktes hadden tijdens hun actieve verslavingsperiode en ook meer barrières naar herstel ervaren in die periode dan personen in pril en volgehouden herstel.

Tabel 2. Huisvestingsproblemen, criminele betrokkenheid, dagbesteding en middelengebruik tijdens de 30 dagen voorafgaand aan de LiR naar fase van herstel (n=411)

Herstelfase	Pril (n=95)	Volgehouden (n=185)	Stabiel (n=131)	p-waarde χ^2
Huisvestingsproblemen	11.6	2.7	1.5	p < 0.001
Had je de afgelopen 30 dagen huisvestingsproblemen? (ja)	8.4	2.7	1.5	P = 0.016
Liep je de afgelopen 30 dagen het risico op uithuiszetting? (ja)	7.4	1.1	0.8	p = 0.002
Criminaliteit	27.4	14.1	11.5	p = 0.003
Heb je de afgelopen 30 dagen een misdrijf gepleegd? (ja)	12.6	7.6	9.2	p = 0.383
Kwam je de afgelopen 30 dagen in contact met politie of justitie? (ja)	14.7	7.6	3.1	p = 0.005
Dagbesteding	52.6	82.2	86.3	p < 0.001
Werkte je de afgelopen 30 dagen voltijds? (ja)	18.9	29.2	33.6	p = 0.050
Werkte je de afgelopen 30 dagen deeltijds? (ja)	10.5	25.9	33.6	p < 0.001
Volgde je de afgelopen 30 dagen een opleiding [...] of een andere vorm van onderwijs? (ja)	11.6	28.1	29.0	p = 0.004
Deed je de voorbije 30 dagen vrijwilligerswerk? (ja)	26.3	44.9	43.5	p = 0.007
Middelengebruik tijdens de afgelopen 30 dagen				
Alcoholgebruik (ja)	27.4	18.9	32.1	p = 0.025
Harddruggebruik (ja)	13.7	7.6	9.2	p = 0.252
Cannabisgebruik (ja)	15.8	10.8	13.7	p = 0.471
Abstinent van alcohol, illegale drugs en substitutiemedicatie (ja)	65.3	73.5	59.5	p = 0.030

Noot: Alle getallen zijn percentages tenzij anders gespecificeerd.

Tabel 3. Herstelsterktes en -barrières tijdens de periode van 'actieve verslaving' en 'in herstel' (n=411)

	Verslavingsperiode	Herstelperiode	Paired t-test, p-waarde
Aantal herstelsterktes	5.5 (SD = 2.8)	10.6 (SD = 2.7)	28.69, P < 0.001
Aantal herstelbarrières	8.2 (SD = 3.0)	3.0 (SD = 2.1)	32.13, P < 0.001

Tabel 4. Herstelsterktes en -barrières naar fase van herstel (n=411)

	Pril (n=95) M (SD)	Volgehouden (n=185) M (SD)	Stabiel (n=131) M (SD)	F-waarde, significantie-niveau
Herstelsterktes tijdens actieve verslavingsperiode	5.8 (2.7)	5.7 (2.7)	4.9 (3.1)	
Herstelbarrières tijdens actieve verslavingsperiode	8.1 (3.2)	8.0 (3.0)	8.4 (2.7)	0.63, P = 0.534
Herstelsterktes tijdens herstelperiode	9.3 (2.7)	10.7 (2.4)	11.4 (2.6)	19.82, P < 0.001
Herstelbarrières tijdens herstelperiode	3.3 (2.0)	2.8 (1.9)	3.0 (2.3)	1.84, P = 0.160
Toename in herstelsterktes	3.4 (3.1)	5.0 (3.4)	6.5 (3.7)	22.74, P < 0.001
Afname in herstelbarrières	-4.8 (3.5)	-5.2 (3.1)	-5.4 (3.3)	1.06, P = 0.349

Discussie

De resultaten van deze eerste grootschalige bevraging van herstelervaringen bij 411 personen in herstel van een verslaving aan illegale drugs in Nederland en Vlaanderen wijzen er in de eerste plaats op dat herstel mogelijk is, zelfs na een jarenlange verslaving en problemen met verschillende middelen.

Dit onderzoek toont verder aan dat het herstelproces zich op verschillende leefgebieden afspeelt [8, 17, 21], waarbij vooruitgang op één leefgebied niet noodzakelijk gepaard gaat met winst op andere leefgebieden. Eerder kwalitatief onderzoek wees reeds op het idiosyncratische karakter van herstel en het feit dat het herstelproces voor elk individu anders verloopt [24]. In het algemeen wijzen onze bevindingen erop dat personen in meer langdurig, stabiel herstel (>5 jaar) vaker een dagbesteding hebben, minder huisvestingsproblemen ervaren en minder betrokken zijn bij criminaliteit. Tijdens de fase van ‘pril herstel’ dienen de veranderingen in levenswijze zich nog te consolideren, terwijl ‘volgehouden’ en ‘stabiel’ herstel samengaan met minder herstelbelemmerende factoren en meer positieve evoluties op elk van deze leefgebieden. Naar analogie met Amerikaanse onderzoekers die spreken over ‘stabiel’ herstel en minder kans op herval zodra men 5 jaar of langer in herstel is [25], blijkt ook uit deze studie dat personen in stabiel herstel het hoogst scoren op de meeste herstelindicatoren. De kenmerken van de groep in ‘volgehouden’ herstel sluiten hier nauw bij aan. Het is evenwel opvallend dat het abstinentiepercentage het laagst ligt bij de groep in ‘stabiel’ herstel en dat ook deze respondenten het vaakst (32.1%) aangeven de afgelopen maand alcohol te hebben gedronken. Dit toont aan dat (stabiel) herstel niet noodzakelijk gepaard hoeft te gaan met geheelonthouding en dat sociaal/gecontroleerd drinken en gebruik mogelijk is bij personen in stabiel herstel na een drugverslaving. Het valt verder op dat personen in volgehouden herstel het minst recent middelengebruik rapporteren, wat laat vermoeden dat personen in deze fase zeer omzichtig omgaan met middelengebruik. Personen die reeds langer in herstel zijn, lijken op dit vlak steviger in hun schoenen te staan. Het feit dat ruim 10% van de respondenten zichzelf omschreven als ‘in herstel’ en de afgelopen maand cannabis of andere illegale drugs gebruikten en dat ruim een kwart van

hen de afgelopen 30 dagen alcohol dronk, laat zien dat de klassieke invulling van herstel als ‘totale abstinentie’ niet voldoet [26].

Meer (longitudinaal) onderzoek is nodig naar de frequentie van en motieven voor middelengebruik tijdens elk van de herstelfasen om aldus de impact ervan op welbevinden en eventueel herval na te gaan, maar ook kwalitatief onderzoek naar ‘lived experiences’ inzake gecontroleerd alcohol- en ander middelengebruik kan leren hiermee gepast en herstelondersteunend om te gaan binnen zowel de formele als informele zorg (oa. zelfhulp).

De resultaten van deze cross-sectionele LiR survey tonen verder aan dat personen in herstel er op verschillende leefgebieden op vooruit gaan in vergelijking met de periode dat ze problemen hadden met het gebruik van illegale drugs. De vraag stelt zich of dit een gevolg is van hun herstel of eerder dat hun verbeterde leefsituatie en toename van herstelsterktes en afname van herstelbarrières op het vlak van relaties, gezondheid, werk, financiën en maatschappelijke participatie bijdragen aan het initiëren en volhouden van herstel. Deze laatste interpretatie sluit aan bij ‘desistance’ theorieën die stellen dat bepaalde levensgebeurtenissen en transities (bv. samenwonen, het vinden van werk) de groei van herstelkapitaal stimuleren [27, 28]. Er is echter meer en grondiger onderzoek nodig om de richting van dit verband uit te klaren, alsook onderzoek naar hoe herstel doorheen de tijd wordt volgehouden (of niet) als gevolg van veranderingen op andere leefgebieden. Het longitudinaal onderzoek dat deel uitmaakt van de REC-PATH studie en waarvoor de LiR als rekruteringsstrategie dienst deed, zal alvast toelaten om laatstgenoemde vraag deels te beantwoorden [15].

Het hebben van meer herstelsterktes en minder -barrières hangt duidelijk samen met de herstel-fase waarin iemand zich bevindt. Vooral het aantal herstelsterktes ligt significant hoger bij personen in stabiel herstel in vergelijking met personen in volgehouden herstel, die op hun beurt beter scoren dan personen in pril herstel. Bij personen in stabiel herstel valt ook de grootste toename in herstelsterktes op in vergelijking met de verslavingsperiode. Dit suggereert enerzijds dat herstel een gradueel,

zij het niet-lineair proces is waarbij herstelsterktes toenemen en herstelbarrières afnemen. Anderzijds lijkt het ervaren van substantiële herstelbarrières niet samen te hangen met minder kans op herstel. Hier stelt zich de vraag of personen in stabiel herstel effectief meer herstelbarrières ervaren tijdens hun actieve verslavingsperiode, of er eerder sprake is van een ‘recall bias’ waarbij respondenten zich deze periode minder goed herinnerden omdat dit bij hen reeds langer geleden was, dan wel of ze hun toenmalige problemen overschatten op basis van hun huidige situatie.

In alle geval wordt duidelijk dat herstelbelemmerende factoren niet geheel verdwijnen zodra men in herstel is. De ondersteuningsnaden van personen in herstel evolueren en herstel blijft een fragiel proces dat snel kan omslaan, zelfs lang nadat herstel is ingezet [23]. Dit roept dan ook de vraag op of er vanuit de verslavingszorg niet meer moet ingezet worden op continuïteit van zorg en ‘recovery check-ups’, waarbij verslavingszorgmedewerkers op regelmatige basis en proactieve wijze contact blijven houden na een initiële behandeling. Onderzoek wijst er immers op dat dergelijke vormen van zorgcontinuïteit bijdragen tot behandel-effectiviteit en herstel in het algemeen [1]. Anderzijds maakten informele gesprekken met Nederlandse en Vlaamse deelnemers aan het onderzoek het belang duidelijk van een hulplijn of vorm van ondersteuning wanneer men een ‘terugval voelt aankomen’. Meestal komt die hulp nu pas op gang zodra men effectief teruggevallen is. Onze bevindingen tonen duidelijk aan dat het herstelondersteunend werken nog beter uitgebouwd kan worden, waarbij de stem van personen met doorleefde ervaringen en dit soort onderzoek richtinggevend moeten zijn.

Beperkingen van het onderzoek

Tot slot dienen we een aantal beperkingen van deze studie te vermelden. Vooreerst maakten we gebruik van een gemakssteekproef, wat een belangrijke verklaring kan zijn voor de opvallende sociaal-demografische verschillen tussen Vlaamse en Nederlandse respondenten (op vlak van leeftijd, gender, opleidingsniveau). Tevens bereikten we in Nederland opvallend meer mensen in ‘stabiel herstel’ of die ooit deelnamen aan 12-stappen groepen.

Deze vaststelling lijkt in belangrijke mate samen te hangen met het feit dat de herstelbeweging in de Nederlandse verslavingszorg reeds langer bestaat en dat er veel meer en beter georganiseerde herstelgroepen en -netwerken zijn voor druggebruikers dan in Vlaanderen, waardoor deze personen ook makkelijker bereikt konden worden voor dit onderzoek. In Vlaanderen werden meer respondenten gerekruteerd via de hulpverlening, wat resulteerde in een jongere gemiddelde leeftijd, een lager opleidingsniveau, meer mannen en minder personen in stabiel herstel.

Ten tweede is deze steekproef allicht niet representatief voor de populatie van mensen in herstel in Nederland en Vlaanderen. We rekruteerden bijvoorbeeld weinig respondenten die volledig op eigen kracht herstelden, zonder gebruik te maken van professionele hulp of zelfhulp, wat op basis van recent Amerikaans onderzoek een belangrijke weg naar herstel lijkt te zijn [12]. Op het vlak van middelengebruik zien we veel gelijkenissen met de voornaamste probleemmiddelen waarvoor mensen zich aanmelden voor behandeling, wat een indicatie is dat onze steekproef een beeld geeft van personen in herstel, of minstens deze die met hulpverlening in contact komen. Enkel personen met een heroïneverslaving waren relatief ondervertegenwoordigd in deze sample, wat erop kan wijzen dat de rekruteringsstrategie minder geschikt was om deze groep te bereiken. Het zou ook kunnen dat het herstelproces bij afhankelijkheid van opiaten moeizamer verloopt of dat mensen zichzelf niet ‘in herstel’ zien als ze substitutiemedicatie gebruiken.

Een derde beperking betreft de zelfselectie van mensen ‘in herstel’, waardoor vragen gesteld kunnen worden bij de invulling van herstel door bepaalde respondenten. Tegelijk is dit een sterkte van het onderzoek, waardoor we zicht krijgen op de diversiteit die schuilgaat onder de noemer ‘herstel’. Het uitgangspunt was dat mensen in herstel zijn als ze zichzelf als ‘in herstel’ identificeerden [15]. Deze invulling laat alvast zien dat de term veel breder wordt ingevuld dan klassiek gedacht of vooropgesteld. Ten slotte kregen we door deze cross-sectionele survey enkel zicht op de leefsituatie en het middelengebruik tijdens de voorbije 30 dagen, maar gezien het dynamische

karakter van herstelprocessen is het aangewezen dit over een langere termijn te bestuderen, bv. de laatste 6 of 12 maanden.

Conclusie

Ondanks de typering van verslaving als een chronisch recidiverende hersenziekte blijkt herstel wel degelijk mogelijk en bereikten we met deze survey heel wat personen ‘in herstel’ van een drugverslaving. Net als eerdere Angelsaksische onderzoeken met de LiR vragenlijst bij personen met een alcoholverslaving wijzen de resultaten van deze bevraging in Nederland en Vlaanderen op de grote veranderingen die plaatsvinden tussen de verslavings- en herstelperiode en op de vooruitgang op verschillende leefgebieden naarmate men langer in herstel is. Het is opvallend dat stabiel herstel voor de responden-

ten geenszins synoniem staat met complete abstinentie, maar gepaard kan gaan met (gecontroleerd) middelengebruik. Verder (longitudinaal) onderzoek is nodig om de aard en stabiliteit van herstel na te gaan en welke factoren hierbij een voorname rol spelen.

Dankbetuiging

Dit artikel is gebaseerd op het REC-PATH (Recovery Pathways) onderzoek, dat financieel ondersteund werd door het European Research Area Network on Illicit Drugs (ERANID). ZonMW financierde het Nederlandse luik van het onderzoek, BELSPO en FWO Vlaanderen stonden in voor de financiering van het onderzoek in België. We willen graag alle personen bedanken die de LiR-vragenlijst invulden en/of op een andere manier bijdroegen aan dit onderzoek.

Referenties

- [1] Vanderplasschen W, Vander Laenen F. Naar een herstelondersteunende verslavingszorg. *Praktijk en beleid*. Leuven: Acco; 2017.
- [2] Bellaert L, Martinelli TF, Vanderplasschen W, Best D, van de Mheen D, Vander Laenen F. Chasing a pot of gold: an analysis of emerging recovery-oriented addiction policies in Flanders (Belgium) and the Netherlands. Manuscript submitted for publication. 2020.
- [3] Stichting Het Zwarte Gat. Handvest Maastricht: herstel als leidend principe in de verslavingszorg. 2010. Available from: https://hetzwartegat.nu/wp-content/uploads/2015/09/Handvest_Maastricht.pdf.
- [4] Vlaamse Regering. Visienota: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met een verslavingsprobleem. 2015. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Visietekst%20verslavingszorg%2030.10.2015.pdf>.
- [5] Betty Ford Institute Consensus Panel. What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007;33(3):221-8.
- [6] van der Stel J. Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen: 20 kernvragen. Den Haag, Nederland: Boom Lemma Uitgevers; 2012.
- [7] Price-Robertson R, Obradovic A, Morgan B. Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*. 2017;15(2):108-20.
- [8] White WL. Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007;33(3):229-41.
- [9] van den Brink W. Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*. 2005;2(1):47-53.
- [10] Sheedy CK, Whitter M. Guiding principles and elements of recovery-oriented systems of care: What do we know from the research? *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*. 2013;9(4):225-86.
- [11] SAMHSA. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. 2013. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresults2012/NSDUHresults2012.pdf>.
- [12] Kelly JF, Bergman B, Hoepfner BB, Vilsaint C, White WL. Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017;181:162-9.
- [13] van Weeghel J, van Zelst C, Boertien D, Hasson-Ohayon I. Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2019;42(2):169.
- [14] Witkiewitz K, Montes KS, Schwebel FJ, Tucker JA. What Is Recovery? *Alcohol Research: Current Reviews*. 2020;40(3).
- [15] Best D, Vanderplasschen W, Van de Mheen D, De Maeyer J, Colman C, Vander Laenen F, et al. REC-PATH (Recovery Pathways): Overview of a four-country study of pathways to recovery from problematic drug use. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2018;36(4):517-29.

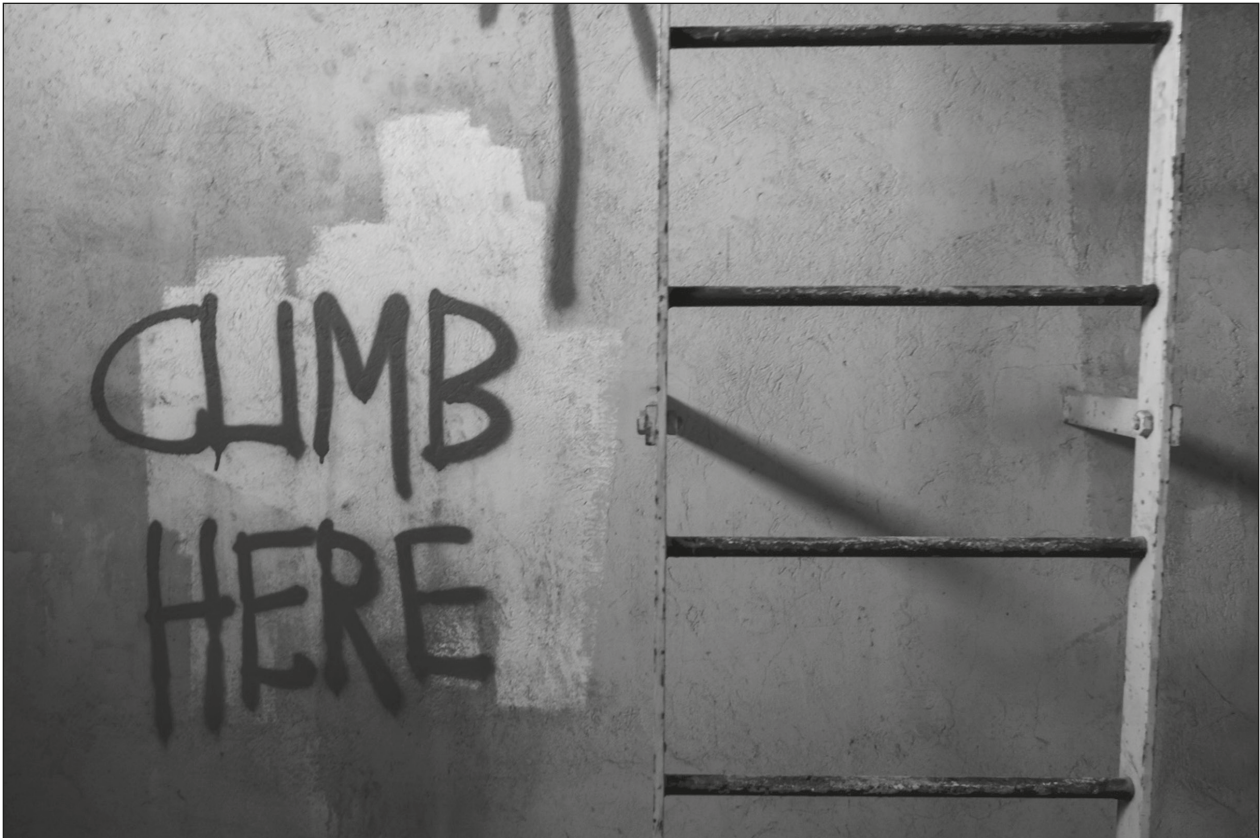
- [16] Laudet A. Life in recovery survey. 2013. Available from: <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/22Life-in-Recovery22-Report-on-the-Survey-Findings.pdf>.
- [17] Best D. Australian Life in Recovery Survey. 2015. Available from: <https://southpacificprivate.com.au/wp-content/uploads/2015/05/Life-In-Recovery-SurveyV1-8IntPrint.pdf>.
- [18] Best D, Albertson K, Irving J, Lightowlers C, Mama-Rudd A, Chaggar A. The UK Life in Recovery Survey 2015: the first national UK survey of addiction recovery experiences. 2015. Available from: <https://shura.shu.ac.uk/12200/1/FINAL%20UK%20Life%20in%20Recovery%20Survey%202015%20report.pdf>.
- [19] McQuaid R, Malik A, Moussouni K, Baydack N, Stargardter M, Morrisey M. Life in recovery from addiction in Canada. 2017. Available from: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Life-in-Recovery-from-Addiction-Report-2017-en.pdf>.
- [20] Best D, Vanderplasschen W, Nisic M. Measuring capital in active addiction and recovery: The development of the Strengths And Barriers Recovery Scale (SABRS). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2020;15.
- [21] Martinelli TF, Nagelhout GE, Bellaert L, Best D, Vanderplasschen W, van de Mheen D. Comparing three stages of addiction recovery: long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2020;27(5):387-96.
- [22] Martinelli TF, van de Mheen D, Best D, Vanderplasschen W, Nagelhout GE. Are members of mutual aid groups better equipped for addiction recovery?: European cross-sectional study into recovery capital, social networks and commitment to sobriety. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2020.
- [23] Laudet AB, White W. What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010;38(1):51-9.
- [24] Dekkers A, De Ruyscher C, Vanderplasschen W. Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction Research & Theory*. 2020;28(6):526-36.
- [25] Hser Y-I. Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study. *Journal of Addictive Diseases*. 2007;26(1):51-60.
- [26] Witkiewitz K, Tucker JA. Abstinence Not Required: Expanding the Definition of Recovery from Alcohol Use Disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2020;44(1):36-40.
- [27] Best D, Colman C. Let's celebrate recovery. Inclusive Cities working together to support social cohesion. *Addiction Research & Theory*. 2019;27(1):55-64.
- [28] Sampson RJ, Laub JH. A life-course view of the development of crime. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 2005;602:12-45.

Praktijk

Fototentoonstelling Recovery Pathways

Het dagelijks leven van vrouwen en de betekenis van
middelengebruik

Jessica De Maeyer & Tijs Van Steenberghe



Hoe vind je je weg weer terug in de samenleving na een intense periode van druggebruik? Wat brengt het teweeg in je relaties met familie en vrienden? Waarom slagen sommige mensen erin om weer aansluiting te vinden en waarom blijven anderen vastzitten in hun situatie? Waar kunnen mensen terecht met hun verhaal? Hoe komt het dat vrouwen meer psychische problemen ondervinden dan mannen? Welke impact heeft stigma op de zoektocht van mensen?

Jessica De Maeyer is coördinator aan het onderzoekscentrum EQUALITY ResearchCollective, HOGENT.

Tijs Van Steenberghe is sociaal werker en onderzoeker bij EQUALITY ResearchCollective.

Het veranderen van (problematisch) druggebruik is een complex en ingewikkeld proces. Een grote diversiteit aan factoren beïnvloeden de loop van dit proces. Zo zien we dat het komen tot verandering een intens samenspel is van onder andere persoonlijke, relationele en maatschappelijke factoren. Actueel wordt er meer en meer gesproken over 'herstel' als een manier om dat intense samenspel te begrijpen.

Het toenemend belang van herstel toont aan dat we blijvend op zoek willen gaan naar hoe mensen een betekenisvol leven kunnen uitbouwen. Herstel is dan ook voor iedereen anders. Herstel is echter niet alleen een persoonlijk proces, maar wordt sterk bepaald door de aan- of afwezigheid van een ondersteunend netwerk en de manier waarop een samenleving al dan niet bijdraagt tot herstel.

'Recovery pathways' is het resultaat van een participatief photovoice project waarbij acht vrouwen hun dagelijks leven in beeld brachten. Door de deelnemers van het project een camera aan te reiken, nodigden we hen uit hun persoonlijke ervaringen in beeld te brengen en moedigden we hen aan om te reflecteren over hun eigen identiteit en positie in de samenleving. Het vertrekpunt zijn hun ervaringen met het komen tot verandering in relatie tot het gebruik van illegale middelen. Ze leggen bloot wat verandering voor hen betekent en wat ervoor nodig is om die verandering vast te houden. Er wordt hierbij bijzondere aandacht gegeven aan de betekenis van vrouw zijn en de samenhang met andere aspecten van hun identiteit. De beelden en verhalen geven een inkijk in hoe hun levens kleur krijgen en hoe dit zich verhoudt tot structurele dynamieken in onze samenleving.

Samen met het Museum Dr. Guislain is een tentoonstelling ontwikkeld die in 2021 door Vlaanderen zal reizen (<https://www.museumdrguislain.be/>).

Naast de reizende tentoonstelling werd samen met de vrouwen een website ontwikkeld die een inzage biedt in hun beelden en verhalen rond herstel: Photovoicingrecoverypathways.com

Dit project maakt deel uit van de internationale REC-PATH studie (Recovery pathways and societal responses in the UK, Netherlands and Belgium, 2017-2020). Meer informatie is te vinden op de website www.rec-path.co.uk.



Essay

Terugblik op 150 jaar preventie van alcoholproblemen in Vlaanderen

Joris Casselman

In de loop van de afgelopen 150 jaar kende de preventie van alcoholproblemen in Vlaanderen een indrukwekkende metamorfose. Opmerkelijke ontwikkelingen deden zich voor op het einde van de negentiende eeuw, tijdens het interbellum, tijdens de naoorlogse periode van 1945 tot 1979, in de loop van de jaren 1980 en 1990 en sinds de millenniumwisseling. En toch zijn enkele belangrijke knelpunten tot op heden hardnekkig blijven bestaan.

Inleiding

Het verhaal van 150 jaar preventie en hulpverlening van alcoholproblemen in Vlaanderen is samengevat in mijn boek 'Van jeneverellende tot Tournée Minérale' [1]. In dit artikel komen enkel de meest opvallende ontwikkelingen van de preventieve aanpak aan bod.

De keuze om 150 jaar terug te gaan in de tijd is het resultaat van een zoektocht naar de oorsprong van een moraliserende en stigmatiserende benadering van alcoholproblemen. Op het einde van de negentiende eeuw bereikte deze wijze van kijken naar alcoholproblemen immers een hoogtepunt. In 1868 deed er zich in ons land een significante gebeurtenis voor die kan gelden als startpunt van een terugblik op 150 jaar preventie van alcoholproblemen in Vlaanderen.

In de epiloog vermelden we zes knelpunten die tot op heden hardnekkig zijn blijven bestaan en dit ondanks de enorme metamorfose die de preventie van alcoholproblemen in Vlaanderen heeft gekend tijdens de voorbije 150 jaar.

'Drankbestrijding' op zijn Belgisch (1868-1914) [2]

'Jeneverellende bij de arbeiders'

Wie het alcoholgebruik op het einde van de negentiende eeuw voor het eerst bestudeert, is verwonderd dat alleen jenever als 'alcoholduivel' gedemoniseerd werd en niet bier of wijn [3]. In die tijd was het alcoholgehalte van bier wel zeer laag en bier was een alternatief voor bezoedeld water. Wijn was duur en enkel welstellende burgers gebruikten wijn vooral in de privésfeer. Opvallend is ook dat veel artsen bier of wijn voorschreven als remedie voor specifieke gezondheidsproblemen. Volledigheidshalve vermelden we dat men ook absint demoniseerde. Maar slechts een handvol intellectuelen en kunstenaars gebruikte absint [4].

Een tweede opvallende vaststelling is dat vrijwel uitsluitend arbeiders die jenever dronken, gestigmatiseerd werden als zedeloze wezens die zichzelf en hun gezin in de vernieling dronken. 'Eigen schuld, dikke bult' dus. Nochtans zijn er voldoende aanwijzingen voor het feit dat alcoholproblemen ook in hogere sociale lagen van de bevolking voorkwamen; maar die bleven onder de radar. Arbeiders in Vlaan-

Joris Casselman is psychiater en emeritus hoogleraar, KU Leuven.

deren leefden destijds in erbarmelijke woon- en werk-omstandigheden. Dit noemde men *'la question sociale en Flandre'*. Het ging uiteraard over een amalgaam van sociale problemen, maar men verengde dit vaak tot de zogenaamde 'jeneverellende bij de arbeiders'. Men beschouwde het aanvankelijk enkel als een individueel probleem van de arbeiders zelf. Maar toen vanaf het einde van de jaren 1880 massale arbeidersstakingen uitbraken, ervaarde men het in toenemende mate als een ernstige sociale bedreiging [5].

Jenever was in België ruim beschikbaar. In 1868 kende ons land 117 industriële stokerijen, 299 landbouwstokerijen en ongeveer 100.000 herbergen. Bovendien maakten stokers en brouwers deel uit van de lokale politiek en zij drongen zelfs door tot in het Belgisch Parlement. Ook al in die tijd moest de volksgezondheid soms wijken voor de economie [6]. Vaak minimaliseerde men de bijdrage van de industrialisering tot de jeneverellende bij de arbeiders. Hoogstens gaf men toe dat de welvaart creërende industrialisering spijtig genoeg gepaard ging met ongewilde sociale neveneffecten.

1868: *'Il faut uniquement moraliser le peuple'*

De overheid nam een aarzelende en ambivalente houding aan en beperkte zich aanvankelijk tot het installeren van een paar commissies om de alcoholkwestie te bestuderen. Walthère Frère-Orban (1812-1896), destijds minister van Justitie, introduceerde in 1868 in het Belgisch Parlement een lijvig commissierapport: *'De l'abus des boissons enivrantes'* [7]. Het alcoholprobleem bij de arbeiders kwam uitvoerig aan bod. Maar het rapport eindigde met een opmerkelijk besluit, dat wel helemaal in de lijn lag van het doctrinair liberale credo *'laissez faire, laissez passer'* van Walthère Frère-Orban. De boodschap was: *'il faut uniquement moraliser le peuple'* en bovendien liet de overheid deze taak vooral over aan het vrij initiatief.

'Explosie van drankbestrijding' op zijn Belgisch

De nieuwe burgerij ging gretig in op de suggestie van de overheid. De initiatiefnemers waren vooral artsen, geestelijken en onderwijzers. In Vlaanderen kwamen overwegend katholieke verenigingen tot stand in concurrentie met een beperkt aantal zogenaamde 'neutrale' verenigingen. In navolging van wat in Frankrijk bestond, namen drie artsen het initiatief om in Brussel in 1878 een eerste nationale en

'neutrale' antialcoholische vereniging op te richten: de *Association belge contre l'abus des boissons alcooliques*, meer bekend vanaf 1894 als *Ligue Patriotique contre l'Alcoolisme*. Op korte tijd ontstond er een indrukwekkende waaier van nationale, regionale en lokale verenigingen. Enkele pioniers in Vlaanderen waren het *Sint-Jansgenootschap* in Sint-Truiden (1886), de *Brugschen Onthoudersbond* (1891) en *Sobrietas* in Antwerpen (1906), later als federatie per bisdom georganiseerd. Een 'neutrale' tegenhanger met een beperkt aantal lokale vestigingen ontstond vanuit het IOGT (Internationale Orde der Goede Tempeliers). De IOGT-afdelingen vereisten van hun leden een totale geheelonthouding. De meeste katholieke verenigingen waren eerder matigheidsverenigingen. Hun leden legden jaarlijks een gelofte af waarbij zij plechtig verklaarden zich tijdens het komende jaar te onthouden van het gebruik van jenever en slechts matig bier en wijn te gebruiken. Elk jaar konden de leden hun gelofte hernieuwen en kregen dan elk jaar een indrukwekkend diploma. De antialcoholische verenigingen maakten gebruik van alle mogelijke informatiemiddelen van die tijd, zoals ledenbladen, affiches, brochures, pamfletten, heiligenkalenders en postkaarten. Inhoudelijk kwam het neer op zeer moraliserende, afschrikwekkende boodschappen. Ter gelegenheid van een nationaal congres in 1905 stelde men vast dat er in België 672 officieel geregistreerde antialcoholische verenigingen voor volwassenen actief waren en bovendien nog eens 3.968 lokale kernen in scholen. Er waren opvallend meer verenigingen gelokaliseerd in het noorden dan elders in het land.

Specifieke vormen van hulpverlening waren niet beschikbaar. In het kader van een algemeen overheidsbeleid van Sociaal Verweer kwamen hardleerse alcoholisten terecht in de gevangenis, een krankzinnigengesticht of een kolonie voor landlopers.

De twee wereldoorlogen en het interbellum (1914-1945) [8]

Afwisselend afname en toename van alcoholgebruik

Door de uitzonderlijke levensomstandigheden tijdens de twee wereldoorlogen kende het officieel per capita alcoholgebruik in België een spectaculaire

neergang. De vraag en het aanbod van alcoholische dranken stortten in. Maar de omvang van fraude en sluikhandel is wel moeilijk in te schatten. Tijdens het interbellum nam de productie van alcoholische dranken en het per capita alcoholgebruik opnieuw sterk toe, om dan tijdens de Tweede Wereldoorlog weer in elkaar te stuike.

Het officieel aantal opnamen van drankzuchtigen in enkele bekende krankzinnigengestichten en in de kolonies voor landlopers vertoonde een gelijklopende afname en toename en opnieuw afname zoals dit het geval was voor het per capita alcoholgebruik.

De antialcoholische verenigingen

De vooroorlogse antialcoholische verenigingen kenden tijdens beide wereldoorlogen een abrupte neergang. Maar tijdens het interbellum trad er een forse heropflakking op van een strijdvaardige drankbestrijding, gevoed door een uitgesproken morele benadering zoals tijdens de vooroorlogse periode.

Overheidsbeleid: korte drooglegging in 1918 en wet Vandervelde van 1919

Op het einde van de Eerste Wereldoorlog kende het alcoholpreventiebeleid van de overheid een opmerkelijke trendbreuk. De regering in ballingschap vreesde dat na de bevrijding het drankmisbruik in ons land opnieuw zou oplaaien. De jonge socialistische voorman Emile Vandervelde (1866-1938), die al vanaf 1914 was opgenomen in de oorlogsregering, was een uitgesproken voorstander van een strenge alcoholwetgeving. Dit maakte deel uit van zijn streven naar een ontvoogding van de arbeidersklasse.

Dit zal aanleiding geven tot de fameuze wet Vandervelde van 1919 [9, 10]. Wat weinig mensen weten, is dat de wet van 1919 al in 1918 was voorafgegaan door een andere wet die een echte drooglegging van jenever oplegde. Deze wet bleef slechts gedurende iets minder dan één jaar in werking. Want ondanks het hevig verzet van Emile Vandervelde werd de wet van 1918 in 1919 door het Parlement fel afgezwakt. Emile Vandervelde was er trouwens helemaal niet mee opgezet dat de wet van 1919 (en niet de wet van 1918) de geschiedenis inging als 'zijn' wet.

De zogenaamde wet Vandervelde van 1919 bleef vooral gericht op het beperken van de beschikbaarheid van sterkedranken maar hield ook een fors

fiscaal luik in. Sterkedranken mochten niet meer in het openbaar worden verbruikt en de aankoop ervan was enkel mogelijk in drankwinkels met een officiële vergunning. Opmerkelijk was dat enkel de aankoop van twee liter ineens toegestaan was omdat men dacht dat dit voor arbeiders te duur zou zijn.

Vaak beweert men dat de wet Vandervelde van 1919 ervoor gezorgd heeft dat de 'jeneverellende van de arbeiders' in onze streken is verdwenen. Toch is het zo dat het jenevergebruik al vanaf 1895 in vrije val was. Een degelijk onderzoek uitgevoerd in 1993 bracht dit duidelijk in kaart [11]. Dit neemt uiteraard niet weg dat zonder de wet Vandervelde het jenevergebruik na de Eerste Wereldoorlog hoogstwaarschijnlijk opnieuw fors zou toegenomen zijn. In de abrupte daling van het jenevergebruik vanaf 1895 zijn meerdere factoren van invloed geweest. Om dit te verduidelijken is meer historisch onderzoek nodig.

Naoorlogse periode met nieuwe nationale en lokale organisaties (1945-1979) [12]

Toename van alcoholgebruik

Het totale per capita alcoholgebruik in België vertoonde vooral vanaf de jaren 1960 een duidelijke stijging. Het gebruik van bier nam zeer duidelijk toe en het bieralcoholgehalte werd opgedreven. Ook het gebruik van wijn en sterkedranken nam in dezelfde periode toe, weliswaar in veel mindere mate. Het welvaartsniveau en de koopkracht van de bevolking steeg progressief terwijl gelijklopend de beschikbaarheid van alcoholhoudende dranken sterk toenam.

Veranderende perceptie van alcoholproblemen

In medische kringen beschouwde men alcoholisme in toenemende mate als een ziekte. Daartoe hebben de introductie in ons land van de AA in 1953, het levenswerk van Jellinek [13] en de Wereldgezondheidsorganisatie bijgedragen. Naast alcoholverslaving en verschillende minder ernstige graden van alcoholafhankelijkheid ging er ook meer aandacht naar een aantal andere alcoholproblemen die frequent voorkomen en wel vaak maar niet altijd samengaan met alcoholafhankelijkheid, zoals onder meer alcoholgebruik in het verkeer, op het werk en bij geweld.

Het ziektemodel werd aangevuld met psychologische, sociale en maatschappijkritische verklaringmodellen. Men stelt het weleens voor alsof een nieuw opkomend model een vorig model vrijwel volledig van de kaart veegt, terwijl het voor de dagelijkse praktijk tot op heden zeer belangrijk is om een gelaagd model te hanteren. Daarbij houdt men tezelfdertijd rekening met drie M's. Dit staat ten eerste voor het Middel alcohol, de mogelijke schadelijke gevolgen en de ruime beschikbaarheid, ten tweede voor de Mens als individuele gebruiker met bepaalde kwetsbaarheden en ten derde voor het Milieu of de sociale context op micro-, meso- en macroniveau [14].

Nieuwe nationale en lokale organisaties

Na de Tweede Wereldoorlog kreeg het NCA (Nationaal Comité tegen het Alcoholisme) via overheidssteun een centrale rol toebedeeld voor de preventie van alcoholproblemen. Bijzondere aandacht ging onder meer naar een jaarlijkse schooldag met een bijhorende brochure voor de leerkrachten, de toegang tot de media, de alcoholwetgeving, het toenemend belang van alcohol en verkeer en het opbouwen van internationale contacten. De Volksbond tegen Drank- en Drugmisbruik leverde in de jaren 1970 een originele aanvullende bijdrage tot de alcoholpreventie. Beide nationale organisaties waren ook sterk betrokken bij de preventie van andere drugproblemen.

Op lokaal vlak bleven in Vlaanderen de organisaties Sobriëtas en IOGT actief via vrijwilligerswerk. De categoriale ambulante consultatiebureaus voor alcoholisme ontwikkelden aanvankelijk een bescheiden preventieve werking. Zij waren verenigd in de NFKAT (Nationale Federatie van Konsultatiebureaus en instellingen voor de zorg voor Alcoholisten en andere Toxikomanen). In 1975 werden de consultatiebureaus geïntegreerd in algemene diensten voor geestelijke gezondheidszorg met naast een hulpverlenende opdracht ook een expliciete preventieve opdracht. Dit was een eerste aanzet om preventie en hulpverlening meer als een continuüm op te vatten. Vanaf de jaren 1960 en 1970 ontstonden ook de eerste categoriale residentiële ontwenningcentra. Het stigma van alcoholproblemen en het daaraan gekoppeld therapeutisch pessimisme verminderde echter nauwelijks.

Hoewel de productie en de verkoop van alcoholische dranken aanzienlijke deviezen bleef opleveren voor de Belgische schatkist, bleef de overheidson-

dersteuning voor de preventie van alcoholproblemen vrij beperkt. Door een ontoereikende handhaving van de wet Vandervelde brokkelde deze af tot een eerder folkloristische aangelegenheid, maar bleef toch overeind tot in 1983.

Toen eind jaren zeventig in België een tweede staats hervorming in voorbereiding ging, plande men een overheveling van de bevoegdheid voor preventie in de gezondheidszorg naar Vlaanderen. De nationale subsidiëring van het NCA voor 1980 verviel. Bij wijze van overgang ontstond er in 1979 een (nationaal) Overlegcomité over alcohol en andere drugs met het jaar daarop een opsplitsing in een Nederlandstalig en een Franstalig overlegcomité. Deze overlegcomités hadden tijdens hun korte bestaan meer aandacht voor een positieve preventieve benadering van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).

Professionalisering van de alcoholpreventie (1980-1999) [15]

Gebruik en beschikbaarheid van alcohol

In de twee laatste decennia van de twintigste eeuw vertoonde het per capita alcoholgebruik in ons land een continue daling. Alleen het wijngebruik nam lichtjes toe.

Door de expansie van de export kon de totale productie van bier fors toenemen. De schaalgrootte van de brouwerijbedrijven nam toe maar hun aantal nam af. De beperkte toename van de inlandse productie van wijn werd aangevuld met een invoer die groter was dan voorheen. De productie van sterkedrank nam duidelijk af. De alcoholindustrie deed volop een beroep op intensieve en meer eigentijdse marketing en reclame.

Perceptie van alcoholgebruik en alcoholproblemen

Alcohol bleef als genotmiddel breed maatschappelijk aanvaard en ook de stigmatisering van ernstige alcoholproblemen bleef stevig overeind. Op vlak van wetenschappelijke perceptie kondigden neurowetenschappers een veelbelovend hersenmodel voor verslaving aan dat vooral na de millenniumwisseling duidelijk meer opgang zal kennen. Een multimodaal gelaagd model bleef belangrijk voor de praktijk van de categoriale preventie en hulpverlening.

Overheid, VAD en het lokale werkveld

In uitvoering van de tweede staats hervorming verwierf Vlaanderen in 1980 de bevoegdheid voor gezondheidspreventie. In 1982 ontstond de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD). Alle voorzieningen die actief waren op het vlak van preventie en/of hulpverlening van alcohol en andere drugs in Vlaanderen sloten aan bij deze nieuwe organisatie [16]. Tot en met 1987 was de overheidssteun karig. Maar daarna kon de alcoholpreventie meesurfen in het kielzog van de veel grotere aandacht voor illegale drugs. Zo startte in 1988 een innovatief preventieproject voor alcohol en andere drugs. Twee stafleden bij VAD verzorgden de coördinatie en coaching van twee preventiewerkers per Vlaamse provincie. Elke provinciale preventiewerker was werkzaam in een ambulante centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Dit betekende een belangrijke doorbraak voor een categoriale preventieve werking in Vlaanderen. Hoewel de maatschappelijke aandacht voor illegale drugs groter was dan voor legale drugs (alcohol en psychoactieve medicatie), kon de alcoholpreventie in Vlaanderen toch progressief evolueren van overwegend vrijwilligerswerk naar toenemende professionalisering. Centraal daarbij stond een door gezondheids promotie gestuurde integrale benadering en het gelijktijdig betrekken van verschillende maatschappelijke sectoren, zoals onderwijs, gezondheidszorg, welzijnszorg, bijzondere jeugdzorg en arbeidsmilieu. Belangrijke aandachtspunten waren het opzetten van specifieke werkgroepen, het verzorgen van vormingsprogramma's en het uitrollen van een aantal campagnes met bijhorende preventiematerialen [17].

Een tweede belangrijke ontwikkeling was de oprichting van de Druglijn door VAD in 1994. Wat in aanvang een anonieme telefonische infolijn voor alcohol en andere drugs was, gericht op de algemene bevolking, verwierf snel een belangrijke plaats op het kruispunt van informatieverstrekking, specifieke preventie en advies bij doorverwijzing naar de hulpverlening.

Het aantal lokale preventiewerkers voor alcohol en andere drugproblemen nam vooral toe in de loop van de jaren negentig. De subsidiërende instanties waren verschillende overheden op federaal, provinciaal, Vlaams en lokaal vlak. De aandacht bleef toch duidelijk minder gaan naar alcohol en psychoactieve medicatie dan naar illegale drugs.

Het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid (BIVV) organiseerde een aantal preventieve acties specifiek gericht op alcohol en verkeer. Regelmatige controles door de wegpolitie waren bedoeld om de bevolking te sensibiliseren. In 1995 startte in ons land een eerste Bob-campagne waarbij chauffeurs die geen alcohol gebruikt hebben, feestvierders veilig thuis afleveren. De jaarlijkse Bob-campagnes kenden bij ons veel succes en verschillende landen in de EU namen vanaf 2001 de campagne over met steun van de Europese Commissie.

Van de millenniumwisseling tot Tournée Minérale (2000-2018) [18]

Alcoholgebruik en de alcoholindustrie

Sinds de millenniumwisseling daalde in ons land het per capita alcoholgebruik voor bier en in zeer geringe mate voor wijn, terwijl sterkedranken een lichte stijging kenden. Dit neemt niet weg dat bepaalde risicogroepen en risicosituaties meer in beeld kwamen, zoals bij voorbeeld indrinken en piekdrinken bij jongeren, uitgaanders, festivals, vrouwen en ouderen.

In het kader van de globalisering boemde de expansie van de alcoholindustrie die ook forse middelen investeerde in reclame met extra aandacht voor bevolkingsgroepen waarbij nog afzetwinst te boeken valt.

Perceptie van alcoholproblemen

Alcohol bleef een ambivalent statuut behouden als breed maatschappelijk aanvaard genotmiddel en tegelijk bijzonder toxische stof. Vanuit wetenschappelijke hoek kwamen een hersenmodel [19, 20] en een herstelmodel [21] meer dan voorheen op de voorgrond. Binnen de categoriale preventie en hulpverlening bleef een multimodaal of gelaagd model centraal staan.

Alcoholpreventie: een combinatie van verschillende preventiestrategieën

In de alcoholpreventie in Vlaanderen sinds de millenniumwisseling vallen twee zaken op. Ten eerste: naast illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen kreeg alcohol opnieuw meer aandacht. Ten tweede: men streefde meer naar een evenwicht-

ge mix van klassieke *health promotion* maatregelen en beperkende maatregelen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is altijd richtinggevend geweest voor wat de rol van nationale overheden zou moeten zijn bij de alcoholpreventie. Sinds geruime tijd pleit de WGO ervoor dat alle lidstaten, waaronder België, een globaal nationaal alcoholplan zouden opstellen met de inbreng van verschillende beleidsdomeinen. De WGO heeft in 2010 haar oproep nadrukkelijk herhaald. [22]. Opvallend is dat van alle mogelijke strategieën op vlak van alcoholpreventie een aantal beperkende maatregelen als meest kosteneffectief bovenaan op de lijst zijn komen te staan: het opdrijven van de kostprijs, het reguleren tot verbieden van reclame, het verhogen van de beginleeftijd voor het gebruik van alcohol en een sterke beperking tot nul-tolerantie van alcoholgebruik in het verkeer.

In ons verdeeld land zijn onze negen ministers voor volksgezondheid er echter tot op heden niet in geslaagd om een ontwerp van een nationaal alcoholplan goed te keuren [23]. Nochtans blijkt uit een grondig onderzoek dat de totale sociale kost van alcohol in ons land voor het jaar 2012 al geschat werd op €2,1 miljard [24]. Er is wel enige aandacht voor alcoholpreventie. De Vlaamse overheid subsidieert VAD als Vlaams expertisecentrum voor alcohol, maar ook voor illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen. Alle overheden zorgen voor de tewerkstelling van een aantal preventiewerkers, wat afstemming en coördinatie absoluut noodzakelijk maakt. Enkele specifieke preventieprojecten en onderzoeksprojecten werden mogelijk via Vlaamse, nationale en internationale financiering.

Bij dit alles hebben belangrijke ICT-ontwikkelingen nog meer dan voorheen een enorme impact gehad. We beperken ons tot enkele opvallende voorbeelden: de laagdrempelige informatieverstrekking via drukbezochte websites van VAD en alle categoriale voorzieningen die lid zijn van deze koepel. De Druglijn breidde uit van enkel telefoonlijn tot ook mailen, chatten, online kennistests en zelfhulpprogramma's. De gespecialiseerde bibliotheken en documentatiecentra zijn verregaand gedigitaliseerd.

Alcohol krijgt recent meer aandacht. De hernieuwde oproep door de WGO om een globaal nationaal alcoholplan op te stellen en vooral ook uit te voeren kan gelden als een *wake up call*. Van alle contacten bij de Druglijn kwam alcohol progressief meer

naar voor als meest besproken product: van 12% in 1994 tot 30% in 2017. *Tournée Minérale* is een sensibiliseringscampagne van de algemene bevolking die alcoholgebruik enorm op de kaart heeft gezet. Het is een jaarlijkse campagne sinds 2017, op touw gezet door de Stichting tegen Kanker in samenwerking met VAD/Druglijn. Deze campagne, ondersteund door een grote mediacampagne, was meteen een schot in de roos. In 2017 waren er 122.460 deelnemers die zich verbonden om gedurende de maand februari geen alcohol te gebruiken. In het kielzog van *Tournée Minérale* brachten zelfs enkele bierproducenten alcoholvrije bieren versneld op de markt. Een ander succesvolle campagne *Te Gek!?* koos in 2020-2021 als jaarthema alcohol-, andere drugproblemen en gokproblemen met stigmatisering als een opvallend campagnepunt.

Tot slot is en blijft een belangrijk aandachtspunt het zo naadloos mogelijk laten aansluiten van de preventie op de hulpverlening. Als brugfunctie kreeg vroeghulp duidelijk meer aandacht. Vroeghulp is een preventieve zorgvorm met vroegtijdige detectie en hulpverlening. De waaier van hulpverlenende voorzieningen breidde zich fors uit. Zo beschikt Vlaanderen momenteel over een indrukwekkend gamma van voorzieningen gaande van zelfhulp, vroeghulp, crisisopvang, verschillende vormen van ambulante hulp, dagverblijf, nachtverblijf, volledige hospitalisatie en een variëteit van nabehandelingsopties.

Epiloog: metamorfose en hardnekkige knelpunten

De preventie van alcoholproblemen in Vlaanderen kende in de loop van de voorbije 150 jaar een enorme metamorfose en toch zijn enkele knelpunten hardnekkig blijven bestaan.

Ten eerste heeft alcohol een ambivalent statuut als breed maatschappelijk aanvaard genotmiddel en tegelijk onderschatte toxische stof. Ten tweede moeten de belangen van de volksgezondheid vaak wijken voor economische belangen van de productie en distributie van bier, wijn en sterkedranken. Ten derde is, ondanks de ontwikkeling van een multimodale benadering van alcoholproblemen binnen de categoriale sector, de moraliserende manier van kijken naar alcoholproblemen daarbuiten nog breed verspreid. Ten vierde blijft er binnen de samenleving

onenigheid bestaan over de optimale mix van preventieve maatregelen. Ten vijfde heeft stigmatisering van mensen met alcoholproblemen onder meer tot gevolg dat velen niet tijdig of helemaal niet in contact komen met een aangepaste zorgvorm. Ten zesde

blijft meer wetenschappelijk onderzoek nodig, onder meer over de aard en de omvang van alcoholproblemen, over de preventieve en hulpverlenende aanpak ervan en over stigmatisering die met de beeldvorming van alcoholproblemen gepaard gaat.

Referenties

- [1] Casselman J. Van jeneverellende tot Tournée Minérale: 150 jaar aanpak van alcoholproblemen in Vlaanderen (1868-2018). Oud-Turnhout – 's-Hertogenbosch: Gompel&Svacina; 2019.
- [2] Casselman J. Jeneverellende bij de arbeiders en explosie van de drankbestrijding (1868-1914). In Casselman (2019) op. cit., 21-97.
- [3] Scholliers P. 'Een vijand dien men kennen moet'. Jenever in België in de 19^{de} en vroege 20^{ste} eeuw. In Van Schoonenberghe E. Jenever in de Lage Landen. Brugge: Stichting Kunstboek; 1996, 138-156.
- [4] Nys L. Groene toverdrank of gebottelde epilepsie? In Tollebeek JG, Vanpaemel G, Wils K (Eds.). Degeneratie in België 1860-1940. Leuven: Universitaire Pers; 2003, 155-181.
- [5] Vleugels A. Narratives of drunkenness: Belgium 1930-1914. Brookfield: Pickering & Chatto; 2013.
- [6] Hames G. Alcohol in world history. New York: Routledge; 2012.
- [7] Frère-Orban W. De l'abus des boissons enivrantes. Renseignements déposés à la Chambre des Représentants. Bruxelles: Hayez; 1868.
- [8] Casselman J. Neergang tijdens de twee wereldoorlogen en heropflakking tijdens het interbellum (1914-1945). In Casselman (2019) op. cit., 99-141.
- [9] De Ruyver B. De alcoholwet Vandervelde in historisch en ideologisch perspectief. Tijdschrift voor sociale wetenschappen; 1982, 27: 342-369.
- [10] De Ruyver B. Strafrechtelijke politiek gevoerd onder de socialistische ministers van Justitie E. Vanderdervelde, P. Vermeulen en A. Vanckx. Antwerpen: Kluwer en Arhem: Gouda Quint; 1988.
- [11] Mommens TE. De Belgische voedingsnijverheid tijdens de negentiende eeuw. 1. De bier- en jeneverindustrie (1910-1913). Leuven: Centrum voor Economische Studiën; 1993.
- [12] Casselman J. Nieuwe nationale en lokale organisaties (1945-1979). In Casselman (2019) op. cit., 143-219.
- [13] Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Haven: College and University Press; 1960.
- [14] Van Dijk WK. Alkoholisme, een veelzijdig verschijnsel. Tijdschr. Alc. Drugs, 1976; 2 (1): 26-32.
- [15] Casselman J. Van de Papenest 78 tot de vooravond van de millenniumwisseling (1980-1999). In Casselman (2019) op. cit., 221-293.
- [16] Bossaerts B. (Red.) Gezondheid! Twintig jaar Vereniging voor Alcohol en andere drugproblemen (1982-2002). Brussel: VAD; 2002.
- [17] Geirnaert M. Preventie van alcohol- en andere drugproblemen in Vlaanderen: een integrale benadering. In Mensink C., Spruit IP (Eindred.). Verslaving 1998. Over gebruik en zorg. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1999, 139-153.
- [18] Casselman J. Van de millenniumwisseling tot Tournée Minérale. (2000-2018). In Casselman (2019) op. cit., 295-385.
- [19] Volkow ND, Koob GF, McLellan, AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction, New England Journal of Medicine, 2016; 374 (4), 363-371.
- [20] Van Deun P. Het gekaapte brein. Verslavingsgedrag beter begrijpen. Kalmthout: Pelckmans Pro; 2018.
- [21] Vanderplasschen W, Vander Laenen F (Red.). Naar een herstelondersteunende verslavingszorg. Leuven: Acco; 2017.
- [22] WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010.
- [23] Kramer R, De Donder E, de Duve M, Van Havere T, Geirnaert M, Matthys F, De Corte T. Naar een integraal alcoholbeleid in België. Tijdschr Gezondheidswet; 2020, 98, 118-121.
- [24] Lievens D, Vander Laenen F, Verhaeghe N, Schils N, Putman K, Pauwels L, Hardyns W, Annemans L. The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. Antwerpen, Apeldoorn, Portland: Maklu; 2016.

Wetenschap

‘Wist u dat de meeste mensen van uw leeftijd maar één keer per week alcohol drinken?’

De Social Norms toegepast op 55-plussers in de grensstreek van Nederland, Duitsland en België

Nicole Curvers, Aude Silvestre,
Johanna K.M. Elbel, Hans B. Dupont & Guido Van Hal

Mensen zijn sociale wezens. We kijken naar anderen om voor onszelf te bepalen wat normaal is. Maar het beeld dat we van anderen hebben, klopt vaak niet. Zeker bij alcohol. Men overschat vaak het ongezonde gedrag en onderschat gezond gedrag van peers (vergeleken met zichzelf). Van dit verschil in idee en werkelijkheid wordt gebruikt gemaakt in het hier beschreven SNA-project in de Euregio Maas-Rijn (EMR).

Een veelvoorkomend type interventie onder volksgezondheidsprofessionals is de Social Norms Approach (SNA). Uitgangspunt hierbij is dat gezondheidsgedrag wordt bepaald door onder andere sociale normen. SNA is een methode die gebruikt kan worden in de context van verslavingspreventie (alcoholpreventie). SNA is gebaseerd op het idee dat de sociale norm van invloed is op het vormen van sociaal gedrag. Mensen schatten de sociale norm vaak verkeerd in, door ze te overschatten of te onderschatten, wat kan leiden tot ongezondere keuzes.

Door middel van SNA wil men mensen informeren over het werkelijke gedrag binnen een sociale groep en daarmee de sociale norm van mensen beïnvloeden. Om effectief te zijn, moet de boodschap met behulp van SNA door de doelgroep als relevant en gerelateerd aan de normen van hun groep worden ervaren. Om dit te bereiken moeten deze gegevens afkomstig zijn van de doelgroep zelf. De demografische ontwikkelingen leiden in de EMR tot een groeiend aantal ouderen met aan alcohol gerelateerde gezondheidsproblemen. Daarom is er in onze regio bij een groot aantal 55-plussers (n=3.122) een online enquête afgenomen om het daadwerkelijke gebruik en het verwachte gebruik van peers in kaart te brengen.

55-plussers in de EMR overschatten het verwachte alcoholgebruik van anderen in vergelijking met het werkelijke gebruik. De Duitse regio's overschatten gemiddeld het alcoholgebruik van anderen (in vergelijking met het eigenlijke gebruik) in grotere mate dan de Nederlandse en Belgische regio's waar geen significante verschillen tussen de regio's werden gezien. Oudere senioren (75+) overschatten minder dan jongere senioren (55-74). Vrouwen overschatten meer dan mannen.

Nicole Curvers is medewerker Beleid & Onderzoek, GGD Zuid Limburg.

Aude Silvestre is verbonden aan het Département des Sciences de la Santé Publique, ULiège.

Johanna K.M. Elbel is verbonden aan de Universiteit Maastricht.

Hans B. Dupont is specialismeleader Preventie, Mondriaan, instelling voor GGZ, Heerlen.

Guido Van Hal is hoogleraar en onderzoeksleider Sociale Epidemiologie en Gezondheidsbeleid, Universiteit Antwerpen.

Deze resultaten zijn gebruikt om de belangrijkste social-norm-boodschap voor onze regio te creëren: *‘Wist u dat de meeste mensen van uw leeftijd maar één keer per week alcohol drinken?’* Deze boodschap wordt dit jaar (2021) gebruikt in een grote campagne in de EMR gericht op de directe doelgroep en haar intermediairen.

Inleiding

Gedragveranderingsinterventies kunnen gebaseerd zijn op verschillende theorieën en verschillen mede hierdoor in hun aanpak. Een veelvoorkomend type interventie onder volksgezondheidsprofessionals is de Social Norms Approach (SNA)[1]. Op basis van Ajzen (1991) [2] stelt deze aanpak dat gezondheidsgedrag onder andere wordt bepaald door sociale normen. De basis van de sociale normen theorie (SNA) is dat het gedrag en de houding van een individu worden beïnvloed door zijn perceptie van de houding en het gedrag van zijn peers/leeftijdgenoten, dat wil zeggen de perceptie van de normen [3].

We kunnen in sociale normen twee soorten onderscheiden:

- beschrijvende sociale normen (gedrag): de perceptie van een individu van de hoeveelheid en de frequentie van de consumptie van een middel (bv. alcohol) door peers
- injunctieve sociale normen (attitude): de perceptie van het individu van de goedkeuring van een middel (bv. alcohol) door peers [4]

Beide normen dragen bij aan het vormgeven van het eigen gedrag van een individu. Deze percepties zijn meestal foutief: ongezond gedrag wordt eerder overschat in vergelijking met het eigen gedrag, en gezond en beschermend gedrag wordt onderschat [1]. Individuen overschatten bijvoorbeeld eerder het gebruik van alcohol, cannabis en tabak door leeftijdsgenoten [5,6,7] en onderschatten het gebruik van groenten en fruit door leeftijdsgenoten [8] of het gebruik van zonnebrandcrème [9], in vergelijking met het eigenlijke gebruik.

Misvatting over sociale normen kan er dan toe leiden dat het individu denkt dat deze houdingen en gedragingen sociaal wenselijk zijn, wat er op zijn beurt toe kan leiden dat het individu deze gedragingen en houdingen overneemt om zich te conformeren aan wat als de sociale norm van zijn groep wordt ervaren [1]. Deze wens om zich te conformeren aan de sociale

normen van de groep is groter indien het individu zich sterk identificeert met de andere leden van de sociale groep (peers) waartoe hij behoort.

Het doel van de Social Norms Approach is dan ook om die misvattingen te corrigeren door feedback en informatie te geven over daadwerkelijk gerapporteerde normen [9,10,11]. De SNA-boodschap legt de nadruk op het positieve en beschermende gedrag en de houding van de doelgroep, met als doel de doelgroep te overtuigen om gezondere keuzes te maken [10].

Kortom, SNA is gebaseerd op:

- gedrag en attitudes die worden beïnvloed door de manier waarop de normen worden waargenomen en geïnterpreteerd;
- mensen die normen meestal verkeerd opvatten (over- of onderschatten);
- deze verkeerd begrepen normen die vervolgens ongezonde en minder gezonde keuzes vergroten;
- de noodzaak om acties te ontwikkelen die meer beschermend en positief gedrag bevorderen om deze verkeerde percepties te corrigeren [1,10].

SNA-interventies

Gedragveranderingsinterventies volgens het SNA-model zijn gebaseerd op drie aannames: normperceptie bepaalt het gedrag, misverstanden komen vaak voor en bevorderen ongezond gedrag (zoals alcoholgebruik), en het aanpakken van dergelijke misverstanden kan dat verminderen. De strategie om verkeerd begrepen sociale normen aan te pakken om het gedrag van het individu te veranderen is ontwikkeld en verspreid volgens dergelijke aannames [1]. Volksgezondheidscampagnes streven ernaar om deze misvattingen te corrigeren, wat meestal gebeurt door het bewustzijn van de werkelijke norm in een bepaalde groep van een bevolking te verhogen.

Op SNA-gebaseerde interventies zijn veelbelovend; er zijn positieve resultaten behaald in het verminderen

van het drinkgedrag [13,14] en het verminderen van de peer-percepties van normen voor alcoholgebruik [14,15]. Deze bevindingen komen echter vooral uit studies uit de Verenigde Staten, in het bijzonder uit het Amerikaanse universitaire systeem. Het bewijs van de effectiviteit van een SNA-interventie in Europa is schaars. Er is een studie uitgevoerd in Engeland [16] die een vermindering van het alcoholgebruik aantoonde bij mensen die een interventie kregen met een SNA-bericht en een studie in Nederland [17] die een toename van de fruitconsumptie toont na blootstelling aan sociale normen die gezonde voeding bevorderen. Bij het toepassen van de SNA-theorie dien je wel bepaalde valkuilen te vermijden. Zo kan bijvoorbeeld het verkeerd gebruiken van een sociale norm de gezondheid negatief beïnvloeden [18,1].

De belangstelling voor de toepassing van deze methodologie trekt echter steeds meer de aandacht van Europese onderzoekers, waaronder een team van onderzoekers onder leiding van onder andere professor McAlaney (VK) en professor Van Hal (België). In zes Europese landen en in Turkije is een grote Europese studie uitgevoerd, 'Social Norms Intervention for the Prevention of Polydrug use' (SNIPE), om de haalbaarheid te onderzoeken van een SNA-interventie in de Europese culturele context, die verschilt van die van de Verenigde Staten. Uit de resultaten van dit grote onderzoek bleek dat de respondenten hun peer-normen ten opzichte van hun eigen normen overschatten voor alcohol [6], tabak [7], niet-medische stimulerende middelen [20] en cannabis [20]. Aangezien de overschatting van het gebruik door leeftijdsgenoten ook in een EU-context lijkt te gelden, zou de volgende stap de uitvoering van concrete acties met betrekking tot het SNA zijn. Het is in deze context dat het euPrevent SNA-project plaatsvindt.

Om effectief te zijn, moet de boodschap met behulp van SNA door de doelgroep als relevant en gerelateerd aan de normen van hun groep worden ervaren [1]. De SNA-boodschap moet dus worden gepresenteerd als afkomstig van de bredere maatschappelijke groep die met de doelgroep is geassocieerd (peers), en niet worden gezien als afkomstig van een autoriteit, om veranderingen in gedrag en houding als gevolg van gehoorzaamheidsdruk of angst te voorkomen [1]. Om

ervoor te zorgen dat deze essentiële voorwaarden voor de implementatie van een kwalitatief hoogstaande SNA aanpak in onze EMR-bevolking aanwezig waren, werd een grote 'Euregionale Gezondheidsenquête' uitgevoerd.

euPrevent SNA-project

Het euPrevent SNA-project is het resultaat van een samenwerkingsverband dat al 15 jaar bestaat. Het grensoverschrijdende netwerk EuPrevent richt zich op preventie en verbetering van de volksgezondheid in de Euregio Maas-Rijn (EMR), die bestaat uit het zuidelijke deel van de Nederlandse provincie Limburg, de twee Belgische provincies Limburg en Luik, de Duitstalige gemeenschap van België (Ostbelgië) en de stadsregio Aken. Ook is de West-Eifel betrokken bij dit grensoverschrijdende project. De demografische ontwikkelingen leiden in de EMR tot een groeiend aantal ouderen, met aan alcohol gerelateerde gezondheidsproblemen.

Omdat er sprake is van vergrijzing van de bevolking, die in deze regio groter is dan gemiddeld in Duitsland, België en Nederland, heeft dit onderwerp onze extra aandacht. Het totale project richt zich op SNA met betrekking tot het gebruik van cannabis, alcohol en online games onder jongeren (12-26 jaar) en alcohol en medicijnen bij ouderen (55+ jaar). Het project ging van start op 1 september 2018 en zal doorgaan tot begin 2022.

Op basis van de resultaten van deze studie wordt momenteel een voorlichtingscampagne ontwikkeld die in de loop van 2021 in de EMR zal worden uitgezet. De campagne is gericht op het corrigeren van de eerder beschreven misvatting over sociale normen en daarmee op het bevorderen van gezonde keuzes. De campagne zal niet alleen op de directe doelgroep gericht zijn, ook intermediären als huisartsen, verpleegkundigen, apothekers en vrijwilligers worden benaderd. In dit artikel gaan wij in op het gebruik van alcohol onder 55-plussers.

Methode

Een groot deel van de Social Norms Approach bestaat uit het verzamelen van informatie over de houding en het gedrag van de doelgroep. Daarom heb-

ben we een kwantitatief cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd. Hiertoe is een gestandaardiseerde en gestructureerde vragenlijst ontwikkeld en online verspreid om te zien of er inderdaad sprake is van een over- of onderschatting. Het doel is om houdingen en gedragingen te kwantificeren. De ‘Euregionale Gezondheidsenquête’ (EHS) werd uitgevoerd in de Euregio Maas-Rijn en West-Eifel. De informatie van de EHS vormt de basis voor de preventiecampagne en de ontwikkeling van positieve boodschappen voor de doelgroep.

Studiepopulatie

De doelgroep van onze enquête bestond uit personen van 55 jaar of ouder die in de Euregio Maas-Rijn of West-Eifel wonen, en meer specifiek in Zuid-Limburg (NL), de provincie Limburg (BE), de provincie Luik, het Franstalig gedeelte (BE), de provincie Luik, Ostbelgië (BE), Städteregion Aachen (DE), Kreis Heinsberg (DE), Kreis Euskirchen (DE) en Landkreis Bitburg-Prüm (DE). Mensen met een visuele of cognitieve beperking zijn niet in deze studie opgenomen.

Onderzoek

De thema’s die in de online vragenlijst werden opgenomen waren: achtergrondinformatie van de respondenten (demografie), identificatie met de doelgroep (hoe meer een individu zich identificeert met een bepaalde groep, hoe groter de kans dat hij of zij zich onderwerpt aan de sociale norm van die groep), alcohol- en medicijngebruik (kalmeringsmiddelen, slaappillen of pijnstillers). De vragenlijst is opgesteld door de verschillende projectpartners en is gebaseerd op de vragenlijst die door het SNIPE-projectteam werd gebruikt voor vragen over de sociale norm, maar ook op gevalideerde vragen die in de Nederlandse ‘Gezondheidsmonitor’ worden gebruikt voor vragen over het middelengebruik. De vragen zijn vertaald in de landstalen van de betrokken landen, maar ook ‘cultureel vertaald’ en aangepast aan de onderwijs- en werksituatie per land. Dit leidde tot vijf versies van de vragenlijst. De vragen zijn daarna getest en gecontroleerd door de leden van de Raad van Advies van het euPrevent SNA-project.

Wervingsmethode

De steekproef voor dit onderzoek is samengesteld met behulp van een niet-waarschijnlijkheidssteek-

proefmethode die bekend staat als de ‘sneeuwbal-methode’. Op basis van de demografische informatie over het aantal 55+ burgers (1,2 miljoen in de EMR) werd een berekening van de benodigde steekproefomvang gemaakt om uitspraken over de regio te kunnen doen. Na een conservatieve powerberekening kwamen wij uit op een gewenst aantal van minimaal 300 personen per regio. De doelgroep in de Euregio Maas-Rijn en West-Eifel werd benaderd door het verspreiden van flyers, het delen van posters en links naar de vragenlijst op sociale media, het delen van de link in de professionele netwerken, het delen van de link met de leden van de Adviesraad, adverteren op sociale media en in lokale kranten, het benaderen van seniorenverenigingen en het bezoeken van bejaardentehuizen waar de senioren de vragenlijst direct op papier of een iPad konden invullen. Verder is bij het benaderen van deze doelgroepen gevraagd om ook de link zoveel mogelijk met het eigen netwerk te delen (*snowball sampling*). Het onderzoek was niet WMO-plichtig en is daarom niet voorgelegd aan de medisch-ethische toetsingscommissie.

Analyse

In totaal werden, in de onderzoeksperiode van 1 oktober 2019 tot en met 31 januari 2020, 3.991 seniorenvragenlijsten ingevuld op de website. In eerste instantie werd de dataset opgeschoond, incomplete vragenlijsten werden weggelaten, evenals mensen die niet in een EMR-regio woonden of geen 55 jaar of ouder waren (zie figuur 1). Dit leidde tot een totaal van 3.122 respondenten, met een goede verdeling over de leeftijdscategorieën (55-64; 65-75; 75+) en de verschillende regio’s.

De data zijn geanalyseerd met SPSS door middel van frequenties, custom tables en ONE WAY ANOVA. Met de ANOVA is vastgesteld of er statistisch sprake is van over- of onderschatting door de 55-plussers op basis van het verschil tussen de gepercipieerde normen en het eigenlijke gebruik en houdingen.

Wij hebben ook een risicogroep vastgesteld; dit zijn 55-plussers die een risico lopen op het ontwikkelen van problematisch drinkgedrag. De risicogroep is gebaseerd op overmatige drinkers (gestandaardiseerde norm van meer dan 21 (man) of 14 (vrouw)

glazen per week) en zware drinkers (gestandaardiseerde norm van 6 (man) of 4 (vrouw) glazen of meer per dag).

Resultaten

Alcoholgebruik

Alcoholgebruik werd gemeten aan de hand van de vraag: ‘Drinkt u alcohol (bier, wijn, cocktails, etc.)?’ De antwoordcategorieën waren: ik drink geen alcohol; ooit, maar niet in de laatste maand; één keer per week, in de laatste maand; meerdere keren per week, in de laatste maand; (bijna) iedere dag in de laatste maand.

Zoals te zien is in figuur 2 drinkt 37% van de deelnemers geen alcohol of hebben ze ooit alcohol gedronken, maar niet in de laatste maand. 28% drinkt één keer per week, in de laatste maand. Meerdere keren per week (24%) of (bijna) elke dag (11%) drinken in de laatste maand is goed voor ongeveer 35% in totaal. Dit is het hoogst in de provincie Luik en Zuid-Limburg (beide 41%), gevolgd door de provincie Limburg (33%) en de Duitse regio’s (24%). Mannen drinken vaker dan vrouwen.

Met de vraag ‘Hoe vaak denkt u dat de meesten van uw leeftijdsgenoten alcohol hebben gedronken?’

hebben we vastgesteld wat volgens hen de ‘sociale norm’ is. De antwoordcategorieën waren: nooit; ooit, maar niet in de laatste maand; een keer per week, in de laatste maand; meerdere keren per week, in de laatste maand – (bijna) elke dag in de laatste maand.

De deelnemers schatten dat 14% van hun leeftijdsgenoten nooit alcohol heeft gedronken in hun leven of ooit alcohol hebben gedronken, maar niet in de laatste maand (zie figuur 2). Zij schatten dat 40% één keer per week alcohol heeft gedronken, in de laatste maand. Bovendien denken ze dat 46% van hun leeftijdsgenoten meerdere keren per week of (bijna) elke dag in de laatste maand drinkt.

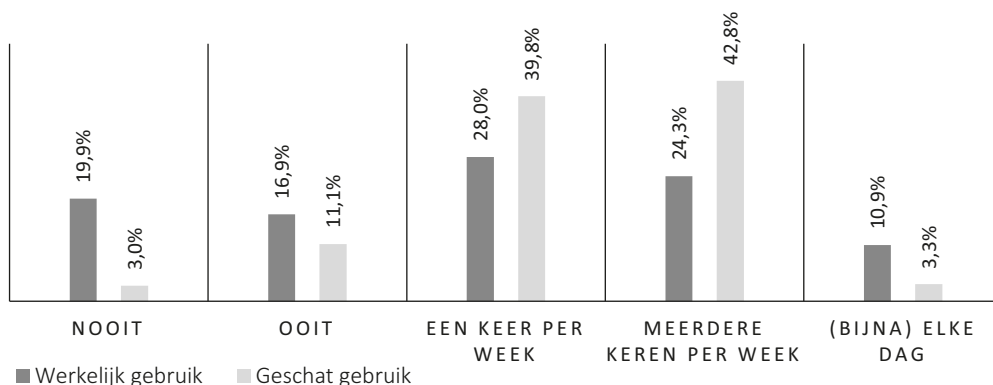
Mensen overschatten het verwachte alcoholgebruik van anderen in vergelijking met het werkelijke gebruik. De Duitse regio’s overschatten gemiddeld het alcoholgebruik van anderen (in vergelijking met het eigenlijke gebruik) in grotere mate dan de Nederlandse en Belgische regio’s waar geen significante verschillen tussen de regio’s werden gezien. Oudere senioren (75+) overschatten minder dan jongere senioren (55-74). Vrouwen overschatten meer dan mannen.

Glazen alcohol door de week en in het weekend

De hoeveelheid drank werd gemeten door middel van een matrixvraag: ‘Hoeveel drankjes drinkt u ge-



Figuur 1. Filtering van respondenten



Figuur 2. Daadwerkelijk gebruik van alcohol en geschat gebruik van alcohol door peers in de laatste maand

middeld op een dag dat u alcohol drinkt?’ De vraag werd beantwoord voor weekdays (maandag – donderdag) en weekenddagen (vrijdag – zondag). De antwoordcategorieën per weekday en weekenddag waren: 0 glazen, 1 of 2 glazen, 3 of 4 glazen, 5 of 6 glazen, 7 tot 10 glazen, 11 of meer glazen.

Zoals te zien is in figuur 3, drinkt 17% op een doordeweekse dag nul glazen en 49% drinkt 1 tot 2 glazen op een doordeweekse dag. 1,5% drinkt 7 of meer glazen op een doordeweekse dag. 20% drinkt niet. In het weekend (vrijdag – zondag) drinkt slechts 6% 0 glazen en 50% drinkt 1 tot 2 glazen (zie figuur 4). Ongeveer 20% van de 55-plussers drinkt 3 tot 6 glazen en 2,5% drinkt meer dan 7 glazen. Gemiddeld drinken de senioren 4 glazen per week.

Met de vraag ‘Hoeveel drankjes denkt u dat de meesten van uw leeftijdsgenoten drinken op een dag dat ze alcohol drinken?’ hebben we vastgesteld wat volgens hen de ‘gepercipieerde sociale norm’ is van het aantal glazen dat door de week en in het weekend door hun leeftijdsgenoten wordt gedronken. Deze vraag werd beantwoord voor: weekdays (maandag – donderdag) en weekenddagen (vrijdag – zondag). De antwoordcategorieën waren: 0 glazen, 1 of 2

glazen, 3 of 4 glazen, 5 of 6 glazen, 7 tot 10 glazen, 11 of meer glazen.

De deelnemers schatten dat 55% 1 tot 2 glazen drinkt tijdens weekdays en 38% tijdens weekenddagen. Zij schatten de hoeveelheid genuttigde drank in het weekend hoger dan ‘de echte norm’, zoals die uit het onderzoek blijkt.

Respondenten overschatten gemiddeld de hoeveelheid alcohol die wordt genuttigd in de week door anderen (in vergelijking met de door de respondenten zelf opgegeven hoeveelheid alcohol die ze drinken). Er zijn significante verschillen tussen de regio’s. De Duitse regio’s overschatten in grotere mate. Mannen overschatten de hoeveelheid drank op weekdays in grotere mate dan vrouwen. Jongere senioren (55-64 jaar) overschatten meer dan oudere senioren (65+ jaar).

Respondenten overschatten gemiddeld ook de hoeveelheid die anderen drinken op weekenddagen (ten opzichte van de door de respondenten zelf opgegeven hoeveelheid alcohol die ze drinken). De Duitse regio’s overschatten in grotere mate. Mannen overschatten de hoeveelheid drank op weekdays in grotere mate



Figuur 3. Daadwerkelijk geconsumeerde glazen alcohol en geschatte aantal glazen alcohol van peers door de week, in de laatste maand

dan vrouwen. Jongere senioren (55-64 jaar) overschatten meer dan oudere senioren (65+ jaar).

Mening over alcoholgebruik

De mening over alcoholgebruik is gebaseerd op de vraag ‘Wat vindt u van het drinken van alcohol?’. Op een schaal van 1 tot 5 werd gevraagd hoe mensen denken over alcohol. 1 betekent dat het nooit goed is om te doen en 5 betekent dat het goed is om te doen, als het niet interfereert met het dagelijks leven. De gemiddelde score is 3,1. Slechts 12,5% denkt dat het nooit goed is om te doen (zie figuur 4).

Om te bepalen wat mensen denken dat anderen denken over alcohol is gevraagd: ‘Wat denkt u dat de meesten van uw leeftijdsgenoten vinden van het gebruik van alcohol?’ Dit was ook een schaalvraag, op een schaal van 1 tot 5. 1 betekent dat het nooit oké is om te doen en 5 betekent dat het oké is om te doen, als het niet interfereert met het dagelijks leven. De gemiddelde score is 3,2. 9% denkt dat leeftijdsgenoten het nooit goed vinden om te doen.

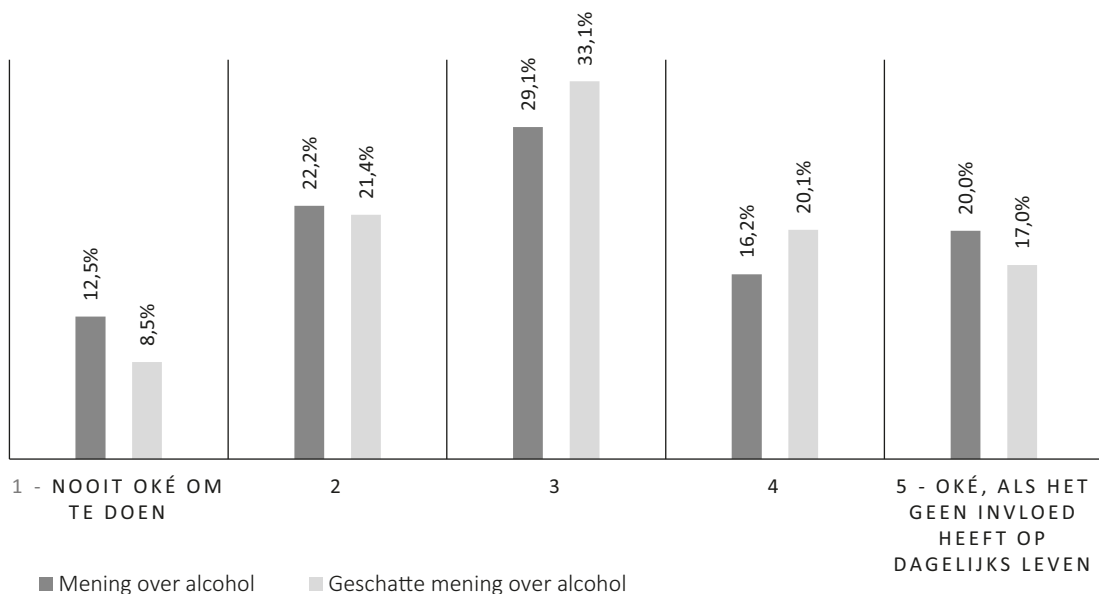
Over het algemeen overschatten de respondenten de mening van anderen over alcoholgebruik als zou dit eerder oké zijn om te doen (antwoorden 3 en 4). Er zijn verschillen tussen de regio’s in over- en onderschatting van de mening over of het oké is om alcohol te gebruiken. De provincie Luik onderschat en de Duitse regio’s overschatten in grotere mate dan de andere

regio’s. Mannen overschatten meer dan vrouwen. De oudere senioren (75+) onderschatten meer dan de jongere senioren (55-64). De risicogroep voor alcohol overschat meer dan de niet-risicogroep.

Rationale boodschap

Zoals al uit de literatuur bleek [1], dient de boodschap voor de doelgroep ‘dicht’ bij de doelgroep te staan, dus liever een gemiddelde uit je eigen stad dan uit je eigen land. Verder is het belangrijk dat de bron vertrouwd wordt, hetgeen in ons geval bereikt wordt door te refereren aan ons uitgebreide onderzoek door een samenwerking van betrouwbare partners. De boodschap moet bovendien positief geformuleerd en niet belerend zijn. Ook moet helder zijn dat je geen boodschap moet gebruiken die een negatief effect op de gezondheid kan ressorteren.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat het algemene gebruik van alcohol wordt overschat. Een belangrijke vraag, die bovendien een significant statistisch verschil opleverde tussen het daadwerkelijke gebruik en het geschatte gebruik, was de vraag hoeveel dagen per week er alcohol gedronken wordt. Op basis van deze bevinding is de belangrijkste socialnormboodschap voor onze EMR-regio gecreëerd: ‘Wist u dat de meeste mensen van uw leeftijd in onze regio hooguit één keer per week alcohol drinken?’



Figuur 4. Mening over alcoholgebruik en geschatte mening van leeftijdgenoten over alcoholgebruik

Conclusie/discussie

Op basis van eerdere studies en resultaten is gebleken dat SNA een veelbelovende preventiemethode is, mits bepaalde valkuilen worden vermeden. Hoewel onze methode het niet toelaat om keiharde wetenschappelijke conclusies te trekken, zijn de resultaten wel bruikbaar in een voorlichtingscampagne die we dit jaar gaan uitzetten. Uit ons onderzoek blijkt dat 55-plussers het gebruik van alcohol (beschrijvende sociale norm) alsook de mening dat het gebruik van alcohol oké is (injunctieve sociale norm) onder hun leeftijdsgenoten overschatten. Deze overschatting beïnvloedt het gedrag van 55-plussers. Door deze misperceptie maakt men minder gezonde keuzes. Met de opbrengsten uit dit onderzoek kunnen SNA-boodschappen worden ontwikkeld. Deze boodschappen voor de 55-plussers zullen worden verspreid door middel van een interventiecampagne om de mispercepties te corrigeren. Tevens zullen wij een training geven aan (preventie)professionals uit de regio om de SNA-methode en de SNA-boodschappen toe te passen in hun bestaande werkzaamheden en beleid.

Met de centrale SNA-boodschap 'Weet u dat de meerderheid (64,8%) van de mensen van uw leeftijd slechts één keer per week of minder drinkt?' willen wij de gezondheid en de kwaliteit van leven verbeteren en het risico op problematisch alcoholgebruik verlagen binnen de EMR. Hiermee beschermen en bevorderen wij het positieve gedrag van onze inwoners.

Het onderzoek bevat meer dan 3000 respondenten dankzij de inspanningen van de projectpartners, maar is uitgevoerd middels *snowball sampling*. Dit kan tot gevolg hebben dat bepaalde (kwetsbare) bevolkingsgroepen wellicht ondervertegenwoordigd zijn binnen de huidige studiepoppulatie. Hiermee dient rekening te worden gehouden in de verdere uitrol van de campagne (er worden aparte tools voor kwetsbare groepen ontwikkeld) en bij de evaluatie van de resultaten. Middels vervolgonderzoek en een evaluatie kan worden bepaald of de SNA-methode een toepasbare preventiemethode is binnen de EMR voor de doelgroep 55+.

Dit project wordt ondersteund door Interreg V-A Euregio Maas-Rijn.

Referenties

- [1] Dempsey RC, McAlaney J, Bewick BM. (2018). A critical appraisal of the social norms approach as an interventional strategy for health-related behavior and attitude change. *Frontiers in Psychology*, 9(NOV), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02180>
- [2] Ajzen I (1991) The Theory of planned Behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, 179–211.
- [3] Boot CR, Dahlin M, Lintonen T, Stock C, Van Hal G, Rasmussen S, et al. (2012). A survey study on the associations between misperceptions on substance use by peers and health and academic outcomes in university students in North-West Europe. *International Journal on Disability and Human Development*, 11(3).
- [4] Helmer SM, Mikolajczyk RT, McAlaney J, Vriesacker B, Van Hal G, Akvardar Y, et al. (2014) Illicit substance use among university students from seven European countries: A comparison of personal and perceived peer use and attitudes towards illicit substance use. *Preventive Medicine*. Oct;67:204-9.
- [5] Stock C, McAlaney JC, Pischke C, Vriesacker B, Van Hal G, Akvardar Y, ... Bewick B. (2014). Student estimations of peer alcohol consumption: Links between the Social Norms Approach and the Health Promoting University concept. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(15), 52–59.
- [6] McAlaney J, Helmer SM, Stock C, Vriesacker B, Van Hal G, Dempsey RC, ... Mikolajczyk R. (2015). Personal and perceived peer use of and attitudes toward alcohol among university and college students in seven EU countries: Project SNIPE. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(3), 430–437. <https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.430>
- [7] Pischke CR, Helmer SM, McAlaney J, Bewick BM, Vriesacker B, Van Hal G, ..., Orosova O. (2015). Normative misperceptions of tobacco use among university students in seven European countries: Baseline findings of the 'Social Norms Intervention for the prevention of Polydrug use' study. *Addictive Behaviors*, 51, 158–164. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.07.012
- [8] Lally P, Bartle N, Wardle J. (2011). Social norms and diet in adolescents. *Appetite*, 57, 623–627. doi: 10.1016/j.appet.2011.07.015
- [9] Reid AE, Aiken LS. (2013) Injunctive Norm Misperceptions Motivates Behavior Change: A Randomized Controlled Sun Protection Intervention. *Health Psychology*, 32, 5, 551–560, 2013
- [10] Perkins HW (1997). 'College student misperceptions of alcohol and other drug norms among peers: exploring causes, consequences, and implications for prevention programs,' in Blume TW, Burns WD, Klawunn M, Gonzalez GM, Hansen WB, Perkins HW, et al. (eds), *Designing Alcohol and Other Drug Prevention Programs in Higher Education: Bringing Theory into Practice*, (pp. 177–206). Higher Education Center for Alcohol & Other Drug Prevention: Newton, MA.

- [11] Perkins HW. (2003). 'The emergence and evolution of the social norms approach to substance abuse prevention,' in Perkins HW. (ed), *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse: A Handbook for Educators, Counselors, and Clinicians* (pp. 3-18). Jossey-Bass: San Francisco, CA.
- [12] McAlaney J, Bewick B, Hughes C. (2011) The international development of the 'Social Norms' approach to drug education and prevention. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 18(2), 81-89.
- [13] Neighbors C, Lee CM, Lewis MA, Fossos N, Walter T (2009). Internet-based personalized feedback to reduce 21st-birthday drinking: a randomized controlled trial of an event-specific prevention intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 51-63. doi: 10.1037/a0014386
- [14] Neighbors C, Lewis MA, Atkins DC, Jensen MM, Walter T, Fossos N, ... Larimer ME. (2010). Efficacy of web-based personalized normative feedback: a two-year randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 898–911. doi: 10.1037/a0020766
- [15] Lewis MA, Patrick ME, Litt DM, Atkins DC, Kim T, Blayney JA, ..., Larimer ME. (2014). Randomized controlled trial of a web-delivered personalized normative feedback intervention to reduce alcohol-related risky sexual behavior among college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 429-440. doi: 10.1037/a00 35550
- [16] Bewick BM, Trusler K, Mulhern B, Barkham M, Hill AJ. (2008). The feasibility and effectiveness of a web-based personalised feedback and social norms alcohol intervention in UK university students: a randomised control trial. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1192-1198. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.05.002
- [17] Stok FM, De Ridder DT, De Vet E, De Wit JB. (2014). Don't tell me what I should do, but what others do: The influence of descriptive and injunctive peer norms on fruit consumption in adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 52-64. doi: 10.1111/bjhp.12030
- [18] Cislighi B, Heise L. Theory and practice of social norms interventions: eight common pitfalls. *Global Health* 14, 83 (2018).
- [19] Helmer SM, Pischke CR, Van Hal G, Vriesacker B, Dempsey RC, Akvardar Y, ... Zeeb H. (2016). Personal and perceived peer use and attitudes towards the use of nonmedical prescription stimulants to improve academic performance among university students in seven European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 128-134. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.639
- [20] Dempsey RC, McAlaney J, Helmer SM, Pischke CR, Akvardar Y, Bewick BM, ... Van Hal G. (2016). Normative perceptions of cannabis use among European university students: associations of perceived peer use and peer attitudes with personal use and attitudes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(5), 740-748. doi: 10. 15288/jsad.2016.77.740

Mijn verhaal

Herstel

Catherine Leyten

Mij werd gevraagd wat me zo al geholpen heeft tijdens mijn opname/behandeling. Hoewel ik heb ervaren dat therapie bijzonder nuttig kan zijn, blijft het toch allemaal afhangen van motivatie: iets of iemand aan wie je je kunt optrekken. Ik hoor het jullie graag zeggen: je moet het voor jezelf doen. Maar om iemand als ik, met een toch wel zeer negatief zelfbeeld aan het begin van een behandelproces, hiervan te overtuigen, moet er eerst nog heel wat water door de Schelde stromen.

Omdat ik op dat moment ook geheel vervreemd was van de mensen in mijn naaste omgeving, was het voor mij ook niet meer mogelijk om dit voor hen op te brengen. Gelukkig heb ik gedurende mijn behandeling, zowel in residentiële opname als in dagkliniek en nazorg, enkele mensen mogen ontmoeten die mij wisten te raken en zo ook te inspireren. Dat zijn hulpverleners die buiten de lijntjes kunnen kleuren en op momenten dat het aangewezen is, hun eigen kwetsbaarheid durven tonen. Personen voor wie ik het de moeite waard vond om mezelf open te stellen, belofte na te komen en niet teleur te stellen. Deze mensen waren in staat om mijn kracht weer naar boven te halen en mij uiteindelijk in mezelf te doen geloven. Ze deden me beseffen dat ik het waard was om uit deze hopeloze situatie te raken.

Helaas heb ik ook dikwijls hulpverleners ontmoet die moegestreden en uitgeblust zijn. Mensen die vastgeroest zitten in aangeleerde theorieën en daardoor belangrijke signalen missen, afstand te streng bewaken en zelfs stigmatisering in de hand werken.

Met een beetje geluk kom je in een lotgenotengroep terecht waar de interactie een positieve ontwikkeling teweegbrengt, maar voor hetzelfde geld beland je in een groep die demotiverend werkt.

Het is een proces van verbindingen maken, relaties opbouwen en engagement. Een lang traject met vallen en opstaan, al te vaak afhankelijk van toevallige ontmoetingen.

Tijdens de behandeling wordt in de terugvalpreventie altijd aangeraden om de nabijheid van product,

gebruikersvrienden en plaatsen te mijden. Een praktisch onmogelijke opdracht als je zoals ik meestal in je eentje thuis zat te drinken. Tijdens mijn opname in het ziekenhuis had ik weinig problemen. De strakke structuur en nodige aandacht in een veilig milieu geeft rust. Maar zodra ik de weekenden in mijn eigen woning mocht doorbrengen, werd het veel moeilijker. De gedachte op zich om naar huis en dus naar mijn gebruiksomgeving terug te keren, associeerde ik onmiddellijk met drinken en was voldoende om zucht op te wekken. Vermits alcohol altijd en overal gemakkelijk te verkrijgen is, bleek twee opeenvolgende dagen thuis doorbrengen zonder controle voor mij te lang om weerstand te bieden aan oude gewoontes. Ondanks het feit dat sommige weekenden wel succesvol verliepen, bleef ik in een verslavingspatroon zitten. Dit resulteerde telkens in een volledige terugval, gevolgd door een nieuwe residentiële behandeling. Bovendien begon ik de kliniek hoe langer hoe meer als mijn thuis te beschouwen. Groot was dan ook mijn paniek toen ik bij aanvang van mijn laatste opname te horen kreeg dat ik na een korte periode moest overschakelen op dagtherapie. Uiteindelijk bleek dit de enige manier om het toch al anderhalf jaar durende patroon te doorbreken. In plaats van gemakshalve te blijven gedijen in een situatie waarin alles voor mij geregeld werd, was ik verplicht om de regie in eigen handen te nemen. Hoewel ik vanaf toen dagelijks met de verleiding geconfronteerd werd, kreeg mijn huis stilaan een nieuwe invulling en associeerde ik deze plaats niet langer met alcohol.

Hoewel ik goed beseft dat elke behandeling erg individueel is, wil ik er door mijn eigen ervaringen toch voor pleiten om residentiële opnames in te korten, betere doorstroming naar dagbehandelingen uit te breiden en voldoende te voorzien in kwalitatieve nazorg. Ik kan dan ook alleen maar toejuichen dat de geplande hervormingen in de GGZ de laatste jaren in die richting gaan.

Casus

Behandeling met N-acetylcysteïne bij zwangerschap en zucht naar cannabis

Drs. Tim van Grinsven, Drs. Maarten Belgers & Dr. Boukje A.G. Dijkstra

Cannabisgebruik kan leiden tot gezondheidsschade bij zowel vrouw als ongeboren kind. Stoppen met gebruik kan echter moeilijk zijn en zucht (craving) kan dit negatief beïnvloeden. Er is geen evidence-based medicatie beschikbaar bij zucht naar cannabis, maar er zijn aanwijzingen dat N-acetylcysteïne een zuchtverminderend effect heeft. N-acetylcysteïne kan veilig gebruikt worden tijdens de zwangerschap.

Een 31-jarige zwangere vrouw met cannabis- en nicotineafhankelijkheid bleef tijdens een intramurale detoxificatie ernstige zucht naar cannabis ervaren. Patiënte ervoer een gunstig effect op deze zucht na het voorschrijven van N-acetylcysteïne en bleef abtinent van cannabis. Patiënte beviel na een voldragen zwangerschap van een gezonde baby.

Inleiding

Het gebruik van middelen tijdens de zwangerschap is een beladen onderwerp. Cannabisgebruik leidt tot een lager geboortegewicht en vaker tot plaatsing van het kind op een neonatale intensive care unit [1]. Uiteraard is het advies aan een zwangere vrouw om te stoppen met cannabisgebruik, maar bij afhankelijkheid van dat middel is dit vaak niet eenvoudig. Naast cognitieve gedragstherapie kan medicatie soms ondersteunend werken om de zucht te reduceren waardoor abstinentie beter te behouden is. Voor cannabis is hiervoor geen evidence-based middel beschikbaar, maar N-acetylcysteïne (NAC) lijkt potentie te hebben voor deze indicatie. Dit middel wordt gebruikt als slijmoplosser bij aandoeningen van de luchtwegen en als antidotum bij paracetamolintoxicaties. Bij middelenafhankelijkheid kan de corticale glutamaatbalans verstoord raken met zucht

als gevolg. De hypothese is dat NAC deze balans in positieve zin herstelt [2].

We beschrijven een 31-jarige zwangere vrouw met cannabis- en nicotineafhankelijkheid die tijdens detoxificatie vanwege ernstige zucht naar cannabis NAC voorgeschreven kreeg.

Dr. Tim van Grinsven is verslavingsarts bij KNMG, Novadic-Kentron.

Dr. Maarten Belgers is verslavingsarts bij KNMG, IrisZorg. Dr. Boukje A.G. Dijkstra is onderzoeker bij Novadic-Kentron en directeur van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA).

Casus Presentatie

Patiënte is een 31-jarige zwangere vrouw (G1Po) met een autismespectrumstoornis, post-traumatische stressstoornis, afhankelijkheid van tabak en een alcoholafhankelijkheid die volledig in remissie is. Zij heeft een actuele cannabisafhankelijkheid volgens de DSM-5, waarvoor een residentiële ontwenning geïndiceerd is. Op het moment van de opname is patiënte 18 weken zwanger en gebruikt ze 1 tot 3 gram cannabis en 10 sigaretten per dag. Er is geen sprake van medicatiegebruik voor opname. Voor de zwangerschap wordt ze opgevolgd door een gynaecoloog.

De detoxificatieopname verliep zonder complicaties of terugvallen in cannabisgebruik. Na 16 dagen werden er geen cannabinoïden meer gevonden in de urine. Vanaf het begin van de opname ondervond patiënte veel zucht naar cannabis, gemiddeld 7 tot 8 punten op een numerieke schaal van 0 tot 10, waarbij geen zucht het cijfer 0 krijgt en 10 de meest hevige zucht denkbaar. De ervaren zucht was in pieken aanwezig, met name bij emotionele momenten, en nam niet af onder de reguliere behandeling. Omdat er een duidelijke wens was om geen cannabis te gebruiken, werd na 8 weken gestart met NAC, 3xdd 200 mg gedurende de rest van de 12-weekse opname.

Binnen twee weken na het starten met NAC gaf patiënte een volledig verdwijnen van zucht naar cannabis aan en tijdens de opname was er geen terugval in cannabisgebruik (negatieve urinetesten).

Ondanks begeleiding en nicotinevervangende middelen (nicotinepleisters en zuigtabletten) bleef patiënte 3 tot 4 sigaretten per dag roken, waarop uiteindelijk besloten werd de nicotinevervangende middelen te staken. Het is onduidelijk of NAC een effect heeft gehad op de afname van het aantal sigaretten per dag.

Na gepland ontslag stopte patiënte thuis met het gebruik van NAC vanwege de kosten van het middel (50 cent tot 1 euro voor 600mg, haar dagdosering). Patiënte ondervond nog sporadisch momenten van zucht naar cannabis, maar een terugval in cannabis bleef uit. Haar (beperkte) rookgedrag bleef onveranderd. Na 39 weken en 4 dagen zwangerschap werd een gezond kind geboren.

Discussie

NAC bij cannabisafhankelijkheid

Een Cochrane review uit 2019 [3] heeft de bewijskracht onderzocht van studies naar verschillende medicamenten (waaronder NAC) op het afmaken van een behandeling en op abstinentie van cannabisafhankelijkheid. Op basis van één dubbelblind gerandomiseerde gecontroleerde trial werd geconcludeerd dat voor behandeling met NAC het wetenschappelijk bewijs zwak maar incompleet is. In een placebo-gecontroleerde trial naar het effect van NAC op zucht naar cannabis bleek er geen verschil in afname van zucht tussen de placebo- en NAC-groepen, echter werden er in de NAC-groep minder positieve urinetesten op cannabis gevonden. Het effect van NAC op abstinentie kan mogelijk niet vanuit een vermindering van zucht worden verklaard [4]. De dosering die is onderzocht in deze studies bedraagt 2400mg, hoger dan bij het gebruik als mucolyticum, maar lager dan bij inzet bij een paracetamolintoxicatie.

Risico van NAC gebruik tijdens zwangerschap

Een Canadese review [5] over toxicologie en behandeling bij zwangere vrouwen met een paracetamolintoxicatie adviseert NAC zo snel mogelijk te geven na paracetamolname. NAC passeert de placenta en heeft daarom een beschermende werking op de foetus bij paracetamolintoxicaties [6]. Een literatuurstudie uit 2003 [7] constateert op basis van artikelen tussen 1966 en 2001 dat er geen epidemiologisch onderzoek is gedaan naar de risico's tijdens zwangerschap. Recentere relevante artikelen ontbreken, maar de Teratologie Informatie Service, onderdeel van bijwerkingencentrum Lareb, concludeert dat het middel waarschijnlijk veilig gebruikt kan worden bij zwangerschap in normale doseringen tot 600mg met de indicatie mucolyticum, maar ook kan worden gebruikt in hogere doseringen bij paracetamolintoxicatie tot 150mg/kg lichaamsgewicht. Gedocumenteerde ervaringen met het gebruik van NAC tijdens de zwangerschap zijn beperkt, maar tot nu toe zijn er geen aanwijzingen voor nadelige effecten [8]. Studies waarin NAC wordt voorgeschreven bij zwangere patiënten met cannabisafhankelijkheid ontbreken.

Conclusie

Wegens de schadelijke effecten van cannabis op het ongeboren kind is het van belang dat een vrouw stopt met het gebruik van cannabis (en andere middelen) als zij zwanger is. Er is enige evidentie dat NAC effectief kan zijn bij de behandeling van cannabisafhankelijkheid. Onderzochte NAC-doseringen voor deze indicatie vallen buiten de range van vaststaand veilig gebruik tijdens de zwangerschap. In de beschreven casus van een zwangere vrouw is NAC in een lagere dosering succesvol ingezet als zuchtremmer bij cannabisafhankelijkheid en abstinentie van

cannabis werd bereikt. Tevens werd een beperking van het tabaksgebruik gezien, maar of NAC hieraan heeft bijgedragen is onduidelijk. Patiënte beviel na ruim 39 weken zwangerschap van een gezond kind. Ondanks dat een duidelijke wetenschappelijke onderbouwing tot op heden ontbreekt, kan NAC bij een zwangere vrouw met cannabisafhankelijkheid in een dosering tot maximaal 600 mg per dag overwogen worden als patiënte veel zucht blijft ervaren na het stoppen met cannabisgebruik. Dit dient wel zorgvuldig gemonitord te worden.

Referenties

- [1] Gunn JKL, Rosales CB, Center KE, Nuñez A, Gibson SJ, Christ C, Ehiri JE. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016 Apr 5;6(4):e009986.
- [2] Deepmala, Slattery J, Kumar N, Delhey L, Berk M, Dean O, Spielholz C, Frye R. Clinical trials of N-acetylcysteine in psychiatry and neurology: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015 Aug;55:294-321.
- [3] Nielsen S, Gowing L, Sabioni P, Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019 Jan 28;1:CD008940.
- [4] Roten AT, Baker NL, Gray KM. Marijuana craving trajectories in an adolescent marijuana cessation pharmacotherapy trial. *Addict Behav*. 2013 Mar;38(3):1788-91.
- [5] Zelner I, Matlow J, Hutson JR, Wax P, Koren G, Brent J, Finkelstein Y. Acute Poisoning During Pregnancy: Observations from the Toxicology Investigators Consortium. *J Med Toxicol*. 2015 Sep;11(3):301-308.
- [6] Horowitz RS, Dart RC, Jarvie DR, Bearer CF, Gupta U. Placental Transfer of N-Acetylcysteine Following Human Maternal Acetaminophen Toxicity. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1997;35(5):447-51.
- [7] Bailey B. Are there teratogenic risks associated with antidotes used in the acute management of poisoned pregnant women? *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2003 Feb;67(2):133-40.
- [8] Teratologie Informatie Service, onderdeel van Bijwerkingencentrum Lareb: <https://www.lareb.nl/tis-knowledge-screen?id=344>

Praktijk

IkPas en Tournée Minérale

Paul Van Deun

Acties over de risico's van alcohol voor het brede publiek zijn geëvolueerd van bewustwordingscampagnes naar het aanbieden van positieve ervaringen om een tijdlang geen alcohol te consumeren. De campagne ondersteunt en betreft er brede leefgemeenschappen bij. Dit gaat zowel op voor IkPas in Nederland als voor Tournée Minérale in België.

Publiekscampagnes over alcohol of tabak hadden altijd iets belerends. De bevolking wordt gewaarschuwd voor een onderschat gezondheidsrisico en niet wenselijk gedrag wordt te kijk gezet. Niet zo bij de recente matigingscampagnes 'IkPas' in Nederland en 'Tournée Minérale' in België. De campagnevoerders hebben duidelijk een andere toon gevonden, maar ze kunnen ook profiteren van de maatschappelijke trend die gezondheid meer prioriteit wil geven, volgens een interview met Rob Bovens van Tranzo voor IkPas en met Jonathan Deleener van VAD voor Tournée Minérale.

Rob Bovens beschrijft die evolutie: 'De deelnemers aan de eerste IkPas maand, in 2015, moesten zich voortdurend verantwoorden waarom ze zich het glas ontzegden. Nu moet je in januari al een goeie reden hebben om uit te leggen waarom je niet meedoet'. Voor hem is het nieuwe aan de benadering dat het publiek actief kan deelnemen aan een interventie – een tijdlang geen alcohol drinken – waar omheen een campagne is geweven om die belevenis te ondersteunen. Je kan het in groep doen, er is een app en een helpdesk en je kan nu op elk moment van het jaar starten en het zo lang plannen als je zelf wil. 'Wat begonnen is in 2015 als een bewustwordingscampagne, gericht op cultuurverandering in de samenleving, is geëvolueerd naar het aanbieden van leerervaringen die we ondersteunen via

verschillende kanalen en vormen van begeleiding, in samenwerking met de verslavingsinstellingen en de GGD. Mensen hebben daardoor niet meer het gevoel dat ze er alleen voor staan.'

Jonathan Deleener benadrukt vooral de positieve insteek van Tournée Minérale. 'In 2016, het jaar voor onze campagnestart, had VAD sterk ingezet op de bekendmaking van de nieuwe norm voor laag risico alcoholgebruik. De nadruk lag daarbij op de exponentiële toename van het ziekterisico als mensen langere tijd wekelijks meer dan die nieuwe norm zouden drinken. De reacties in de Vlaamse pers waren daarover sterk verdeeld. Het risico werd onderschreven, maar de norm werd als betuttelend ervaren. Het gezondheidsdebat beroerde het publiek. Toen VAD enkele maanden later uitpakte met de campagne 'Tournée Minerale' werd die wel meteen goed onthaald. De insteek was: ga de uitdaging aan om in de maand februari geen alcohol te drinken, zoek alternatieven en ervaar het comfort van die herwonnen nuchterheid. We hadden de bedoeling om mensen hiermee bewust te maken van hun alcoholgebruik. Een blijvende lagere consumptie was het doel.

Het eerste jaar was een groot succes en de campagne lokte vooral positieve reacties uit in oude en nieuwe media. In de daaropvolgende edities zijn we ook steeds meer gaan inzetten op een gevoel van *community*. Met gerichte materialen en acties voor allerlei sectoren, zetten we de mensen aan om mee te doen met hun sportclub, met de collega's, zelfs met de hele stad of gemeente. Zo versterkten we nog meer dat imago van

Paul Van Deun werkt als klinisch psycholoog en vrij gevestigd therapeut.

Tournée Minérale als iets wat je moet ervaren, iets waaraan je wil meedoen.’

Rob Bovens verklaart een dergelijk succes doordat je mensen handelingsperspectief geeft. Dat wil zeggen dat je de mensen de kans geeft om wat ze zouden willen veranderen ook in de praktijk te realiseren.

Een positieve toon vinden is dus belangrijk. Toch is VAD in België in zee gegaan met de Stichting tegen Kanker, een ngo die fondsen verzamelt voor kankeronderzoek. Als dat geen statement is, alcohol verbinden met het gevaar voor kanker? ‘Die samenwerking was een samenloop van omstandigheden’, aldus Jonathan. ‘Zowel de Stichting als VAD hoorden van elkaars plannen. We beseften meteen dat we sterker konden staan als we de krachten zouden bundelen. De Stichting had meer middelen en meer campagne-ervaring, VAD had de knowhow en de materialen om de alcoholpreventie te ondersteunen en het netwerk om de campagne lokaal mee uit te dragen. De informatie over de relatie van alcohol met diverse kankers kwam wel eens aan bod op de website en in de nieuwsbrieven, maar was niet de eerste boodschap. De focus lag op de winst die het oplevert om een maand niet te drinken: een betere nachtrust, meer energie, werken aan een gezond gewicht ... De campagne werd gepromoot via de naam ‘Tournée Minérale’, een begrip dat dezelfde positieve betekenis heeft in beide landstalen.’

Waarom zouden mensen eigenlijk willen meedoen aan die matigingcampagne? Het vraagt inspanning om ermee te starten en om het vol te houden. Dat werd in beide richtingen onderzocht. In een marktonderzoek naar aanleiding van Tournée Minérale werd onder andere bekeken wat de meest voorkomende redenen waren om te beslissen niét mee te doen. De antwoorden waren: ik drink sowieso niet veel, ik heb andere manieren om mijn alcoholgebruik te reguleren en ik geloof niet in de campagne. Waarom mensen dan wel meedoen? Rob Bovens zag tal van redenen voorbijkomen in enquêtes die hij bijhield en ze in drie groepen ordende. Wat overheerst, is het ‘niet pluis’ gevoel. Mensen stellen zich vragen bij alcohol. De campagne maakt die reflectie manifest. Ze kunnen uitzoeken welke rol alcohol speelt in hun leven door te ervaren wat het geeft een tijdje te

passen voor alcohol. Het is bewustwording. Dan zijn er de deelnemers die voor de ‘quick-wins’ gaan, even detoxen, afvallen, zich fitter voelen of beter slapen. Als anderen dat dan op hetzelfde moment ook doen is het leuker. Ten slotte zijn er de deelnemers die zich van hun overmatig of frequent alcoholgebruik bewust zijn en matiging willen uitproberen. Zij zijn het meest onzeker of dat wel zal lukken.

Voor elk van die categorieën deelnemers heeft IkPas voor het nieuwe decennium een aanbod. Er wordt ingezet op de leerervaringen. Een periode zonder alcohol kan je nu elk moment van het jaar starten. Informatie, ondersteuning en zelfs een helpline zijn het hele jaar beschikbaar. Je huisarts kan je nu makkelijker een periode zonder alcohol voorstellen wanneer dat nuttig wordt geacht, de patiënt wordt ondersteund. Niet omdat ‘een tijdje zonder’ iets zou oplossen, maar wel omdat deelnemers zelf kunnen ervaren wat het hen oplevert. Mensen kunnen ook kiezen voor hoelang ze willen passen. Voor blijvende gezondheidswinst zijn 30 of 40 dagen niet genoeg. En ze kunnen dit nu makkelijker in groep doen. Er worden ‘battles’ georganiseerd tussen bijvoorbeeld studentensteden, hogescholen of bedrijven, om met zo veel mogelijk in te schrijven voor de IkPas-maand januari. ‘Dry January’ is trouwens een breed bekende merknaam van de organisatie *Alcohol Change* in het VK, waarop Nederland een licentie heeft om die met IkPas te verbinden.

Er leeft wat in de Lage Landen, maar halen die campagnes ook wel iets uit? Doen er wel genoeg mensen mee, en heeft het effect op hun consumptiegedrag? Beide organisaties hebben daar onderzoeksresultaten over.

In België schreven zich het eerste jaar al 120.000 mensen in op de website. De naamsbekendheid van de campagne is met de jaren verder gestegen, tot bijna 100% van de respondenten in bevestigingen aangaf het initiatief te kennen. Het aantal inschrijvingen op de website liep met de jaren wel terug, maar dat is geen reden tot ongerustheid. ‘Tournée Minérale is een sterk merk: mensen kennen het concept, en doen dus ook vaak mee met de maand zonder alcohol zonder zich in te schrijven op de website. Daarom hebben we het aspect van registratie op de website

voor editie 2021 ook weggelaten,' zegt Jonathan. Een beslissing gebaseerd op marktonderzoek: los van de ingeschreven deelnemers schort jaar na jaar 1 op 5 landgenoten die maand effectief het alcoholgebruik op, of vermindert het. In België zijn het in meerderheid dezelfde mensen die zich elk jaar opnieuw inschrijven, in Nederland is het omgekeerd, 60% is elk jaar nieuw.

Deelnemers in beide landen werden driemaal bevraagd naar het aantal standaardglazen dat ze per week dronken, bij aanvang, na de campagneperiode en 6 maand later. In beide landen zien we duidelijk het effect in de nameting. De scope is wel verschillend. De Belgische deelnemer drinkt na 6 maanden nog gemiddeld 2 standaardglazen per week minder dan voorheen, hij of zij dronk vooraf wekelijks gemiddeld 10 glazen. De Nederlandse groep startte met een hoger wekelijks gebruik, 17 standaardglazen en ze zakte ook fors met 6 à 8 glazen minder een half jaar nadien. Er is dus een daling van 32 à 36% in de consumptie. Wie slaagde in het opzet om in de campagnemaand van het begin tot het einde geen alcohol te drinken, had op termijn een meer uitgesproken effect. 'We gaan in het vervolg deelnemers meer ondersteunen om het vol te houden, wat we alleen kunnen als ze zich registreren,' aldus Rob Bovens. 'We zagen ook meer mensen die wekelijks bewust een dag zonder alcohol inlasten. Onderzoek laat zien waarom mensen meedoen aan IkPas en met die argumenten voeden we de reclamespotjes voor het volgende jaar.' Deelnemers aan IkPas zijn daarbij gemotiveerd om mee te doen aan onderzoek over het effect van die alcoholvrije periode op alertheid, slaapervaring, enz. Diverse universiteiten gebruiken nu dat campagneplatform en bieden deelname aan lopend onderzoek aan.

Uit onderzoek blijkt, zowel in Nederland als in België, dat er in de samenleving een groeiend draagvlak is om impopulaire maatregelen rondom alcohol te accepteren. In België gaat dat bijvoorbeeld over het verhogen van de beginleeftijd van 16 naar 18 jaar. Zo werken die campagnes ook normversterkend.

Samen met alle andere campagnes en eigen aan het tijdsgewricht beweegt er iets rondom alcohol. Zoals Rob het formuleerde: 'Nu moet je je in januari

verantwoorden waarom je niet meedoet aan IkPas.' Ook in België zien we een effectverbreding doordat de horeca en ook warenhuizen alcoholvrije dranken promoten, niet alleen in de periode na nieuwjaar maar het hele jaar door. Ook de term 'Tournée Minérale' gebruiken ze als aandachtstrekker voor hun assortiment kwaliteitsvolle alternatieven voor alcohol.

Bierproducenten promoten meer dan vroeger alcoholvrije bieren; heeft dat iets met die campagnes te maken? Jonathan: 'Dat denk ik niet, de producenten hebben hun eigen economische logica. Maar Tournée Minérale heeft wel degelijk een impact. Zo viel het de vorige jaren op dat in februari in het straatbeeld alleen nog maar publiciteit te zien was voor alcoholvrije bieren. Dat heeft invloed op een publiek dat zich in die periode vragen stelt over het drinken van alcohol.' De industrie profiteert van die aandacht om haar producten te promoten maar incasseert ook een tijdelijke daling van de verkoop.

Wordt de campagne al dan niet gerecupereerd door de industrie? Jonathan: 'We zijn ons daarvoor beducht. We mogen ons op geen enkele manier laten verbinden met alcoholmerken, die ons proberen te bepraten, ook al zou dat de campagnes behoorlijk wat financiële middelen kunnen geven. Alcoholvrij bier blijft een variant van een alcoholische drank, de variant 0,0. Reclame voor die variant is reclame voor het merk, wat ook tot meer consumptie leidt van het alcoholhoudende product. De campagne zou volledig ongeloofwaardig worden.'

Zou de financiering van de campagne van de overheid moeten komen? Hopelijk staan jullie er beter voor dan onze Franse collega's die vorig jaar een vergelijkbare 'Défi de janvier' hebben opgestart met openlijke tegenwerking van hun president van de republiek. Die ngo's staan er alleen voor.

Rob: 'In Nederland worden we door het ministerie van VWS gesteund. De jaarlijkse IkPas-campagne is ook een onderdeel van het Nationale Preventie Akkoord waarbij 70 organisaties betrokken waren.' Jonathan: 'In België ontbreekt vooralsnog een nationaal alcoholplan en het staat ook niet in het nieuwe regeerakkoord. Onze inspanningen worden niet bekrachtigd door een gelijktijdig beleid rond prijs,

beschikbaarheid en publiciteit. Daarbij komt dat in België het preventiebeleid de bevoegdheid is van de regio's. Tot nog toe stond alleen de Vlaamse minister achter de campagne. Dat had tot gevolg dat in Brussel en Wallonië de preventie-organisaties de campagne niet daadwerkelijk mee ondersteunden. Dit jaar doet het Waalse *Univers Santé* wel mee, echter zonder extra financiële middelen.'

Wat is de toekomst van deze campagnes? Rob: 'Dit soort campagnes zullen moeten verzelfstandigen. De alcoholmatiging als vorm van gezondheidspromotie is een rol die wegens het maatschappelijke belang permanent moet worden gedragen door bestaande instituties die daarover gaan. We kijken daarvoor naar NGO's zoals gezondheidsfondsen voor de campagne en naar de zorgverzekeraars, voor de IkPas-interventie.' Jonathan: 'We vinden het belangrijk om onze campagneboodschappen zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen. Daarom is Tournée

Minérale met de jaren sterker gaan inzetten op de rol die bedrijven, organisaties en lokale besturen kunnen spelen. Zij kunnen gezondheidsboodschappen mee uitdragen. Hoe dichter we een preventiecampagne bij de mensen brengen, hoe groter de impact.'

Rob Bovens is coördinator van de Academische Werkplaats Verslaving en senior onderzoeker bij Tranzo, Wetenschappelijk Centrum zorg en Welzijn van Tilburg University. Hij coördineert het onderzoeksprogramma voor IkPas, dat wordt uitgevoerd door een breed samengesteld onderzoeksteam binnen Tranzo.

Jonathan Deleener is communicatieverantwoordelijke bij VAD, het Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen. VAD is ook de koepel van de Vlaamse organisaties die werken rond alcohol en andere drugs.

Referenties

- Albertella L, Van de Hooven J, Bovens R, Wiers RW (2021). Reward-related attentional capture predicts non-abstinence during a one-month abstinence challenge. *Addictive Behaviors*, 114, [106745]. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106745>
- Bovens RHLM, Schuitema A & Schmidt PM (2017). IkPas: een definitieve breuk met het verleden? (No Thanks: a definitive break with the past). *Verslaving* 13:208-222.
- Bovens RHLM, Mathijssen JJP, van de Mheen H (Tranzo). Jaarlijkse factsheets over de resultaten van IkPas in de periode 2017-2020.
- Samyn, W, Minnebo, J. Onderzoeksbureau Indiville Jaarlijkse Evaluatie Tournée Minérale. 2018, 2019, 2020.
- Thienpondt, A., Van Cauwenberg, J., & Deforche, B. (2017). Tournée minérale 2017. Finaal Rapport. Universiteit Gent.

Abstract verpakt

Frieda Matthys

Tabaksgebruik onder jongeren daalt niet verder

Het tabaksgebruik onder jongeren blijft hoog, vooral bij 15- en 16-jarigen (25%) en de 17- en 18-jarigen (39%). Het e-sigaretgebruik zit niet in de lift bij Vlaamse jongeren. In vergelijking met vorig schooljaar is er meer e-sigaretgebruik met nicotine. De leeftijd waarop voor het eerst gedampt wordt, lijkt ongeveer dezelfde als die van roken. Jongeren die meer roken, gebruiken ook meer e-sigaretten.

VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school (schooljaar 2018 – 2019) – VAD

Gebruik van roesmiddel tijdens de COVID-19-lockdown in België

Een enquête afgenomen door het UZ Brussel in april 2020 (eerste lockdown) toonde een lichte toename in het gebruik van alcohol en sigaretten.

Bij de 3.632 respondenten die de vragenlijsten volledig invulden, bleek 30% meer alcohol te consumeren, 14% dronk minder. De toename had enerzijds te maken met een gebrek aan sociale contacten en een tekort aan structuur maar veel respondenten beschouwden het eerder als een beloning na een zware dagtaak en een vorm van gezelligheid. De zelf gerapporteerde toename in alcoholgebruik ten opzichte van voor de lockdown werd vooral gezien bij jongeren. Er was ook een correlatie met het aantal jonge kinderen in huis, technische werkloosheid en thuiswerken.

Vanderbruggen et al., Self-reported Alcohol, Tobacco and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures; Results from a Web-Based Survey. *Eur Addict Res* 2020, 26: 309–15.

Cannabis heeft een negatief effect op stemmingsstoornissen bij jongeren

Jongeren met stemmingsstoornissen lopen een verhoogd risico op automutilatie en sterfte door diverse oorzaken als ze ook een stoornis in het gebruik van cannabis hebben. Terwijl cannabis vaak gebruikt wordt om de symptomen van een depressie te milderen, maakt het de prognose op langere termijn slechter.

Fontanelle et al, *JAMA Pediatr*. Published online January 19, 2021. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.5494

Medicamenteuze behandeling van amfetamine-misbruik

Het behandelen van matig tot ernstig methamfetamine-misbruik met inspuitingen van langwerkende naltrexon gecombineerd met perorale bupropion werkt beter dan placebo therapie. Het effect is beperkt (13.5 abstinentie tegenover 2.5 % in de placebogroep) maar het vergroot de behandelmogelijkheden.

Trivedi et al, *N Engl J Med* 2021; 384:140-153, January 14, 2021 DOI: 10.1056/NEJMoa2020214

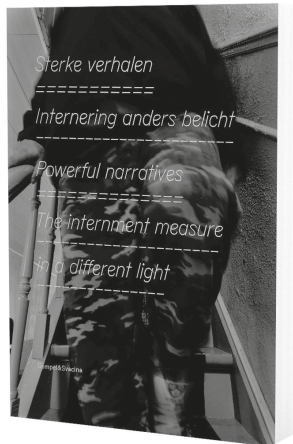
Verslaving en COVID-19

Personen met verslavingen lopen een groter risico bij elke fase van de pandemie, vooral bij een opioïdgebruiksstoornis. Nicotine zou een beschermend effect kunnen hebben via de nicotine-acetylcholinereceptor. Maar er is meer bewijs nodig om te veronderstellen dat nicotine een COVID-19-infectie kan voorkomen.

Mallet et al, *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* 106 (2021), 110070 doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110070

Frieda Matthys is professor Psychiatrie, VUB Brussel.

Natalie Aga
Kurt Audenaert
Lieven Nollet
Sara Rowaert
Els Schipaanboord
Tom Vander Beken,
Freya Vander Laenen
Wouter Vanderplasschen
Stijn Vandevelde
Sofie Van Roeyen
Ciska Wittouck



Sterke verhalen Internering anders belicht

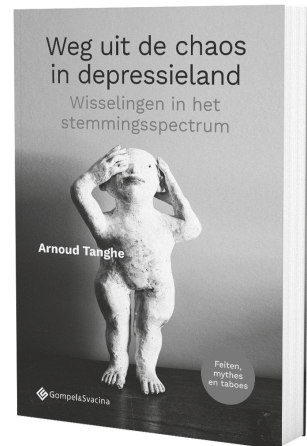
Dit boek is het resultaat van twee projecten. Een eerste project was erop gericht om gedurende vijf jaar (2014-2019) met elf onderzoekers uit drie faculteiten van de Universiteit Gent wetenschappelijk onderzoek te verrichten om sterktegerichte strategieën te ontwikkelen voor mensen onder een interneringsstatuut en hun familie. In het onderzoeksproject stond wat zij als mensen kunnen en willen centraal, eerder dan waar zij niet toe in staat zijn of welk risico zij zouden kunnen betekenen. Een tweede project werd uitgewerkt door Natalie Aga en Lieven Nollet. Zij vonden elkaar in een idee voor een bijzonder fotoproject rond mensen onder een interneringsstatuut en hun familie. Geboeid door een benadering met de klemtoon op sterktes, zag Lieven samen met Natalie mogelijkheden voor een studie met geheel nieuwe en andere beelden van mensen onder een interneringsstatuut. De meesten onder hen zitten immers niet opgesloten in een beveiligde omgeving maar proberen hun leven, vaak na een periode van fysieke vrijheidsberoving, verder te zetten en uit te bouwen.

Dit boek is dan ook zowel een verslag van een wetenschappelijk project als van een fotoproject, met één gemeenschappelijke dragende lijn: mensen onder een interneringsstatuut en hun familie zijn ook sterke mensen van wie de verhalen en beelden mogen worden gehoord en gezien.

Alle teksten zijn ook in het Engels opgenomen in het boek.

Gompel&Svacina | ISBN 978-94-6371-126-5
160 blz. | € 35,-

Arnoud Tanghe



Weg uit de chaos in depressieland Wisselingen in het stemmingspectrum

Een verziekte stemming veroorzaakt een immens aantal ziektebeelden die vaak worden ondergebracht bij de aanduiding 'depressie'. Maar vele beelden horen daar niet thuis of gaan gepaard met andere ziektebeelden. De verschillende diagnoses en behandelingen leiden dan ook tot een chaos in depressieland.

De auteur zoekt naar bredere beddingen, grotere ziektesyndromen en onderstromen. In vele gevallen kunnen psychofarmaca ingezet worden, maar dikwijls dienen ze nergens toe. Bij andere stemmingsstoornissen zijn psychosociale interventies aangewezen. In weer andere gevallen is een combinatie van pillen en praten noodzakelijk.

Het boek legt uit hoe de chaos ontstaat en in stand blijft. Het situeert daarbij onder meer de betekenis van dubbelblindstudies, uitsluitingscriteria, modediagnoses, behandelprotocollen, medicijnenstrategieën met zogenaamde nieuwe medicamenten, farmaceutische bedrijven en zo vele andere aspecten die een rol spelen.

De bedoeling is uiteraard weg te geraken uit de chaos. En dat kan, zowel op het vlak van farmacologische behandeling als op het vlak van psychosociale begeleiding.

Gompel&Svacina | ISBN 978-94-6371-214-9
315 blz. | € 34,90

Joris Casselman

Van jeneverellende tot Tournée Minérale

150 jaar aanpak van alcoholproblemen in Vlaanderen (1868-2018)

Dit boek gaat over 150 jaar preventie en hulpverlening van alcoholproblemen in Vlaanderen. Het verhaal start op het einde van de negentiende eeuw met de jeneverellende bij de arbeiders en het ontketenen van een antialcoholische kruistocht. Het verhaal eindigt in de eenentwintigste eeuw met een overzicht van de recente ontwikkelingen van de aanpak van alcoholproblemen binnen het kader van een optimale gezondheidsbevordering. In de epiloog komt de auteur tot de merkwaardige vaststelling dat ondanks een enorme metamorfose enkele fenomenen hardnekkig zijn blijven bestaan.

Gompel&Svacina | ISBN 978-94-6371-178-4 | 417 blz. | € 49,-



Tom Decorte & Letizia Paoli

De cannabiskwestie

Een multidisciplinaire groep van vijftien academici van de KU Leuven en UGent wil met dit boek het debat over het Belgische cannabisbeleid voeden. Zij leggen hun expertise samen voor een genuanceerde analyse van het huidige beleid, een vergelijking met het beleid in andere landen en een afweging van de voor- en nadelen van de verschillende mogelijke reguleringsmodellen. Ze maken daarbij een synthese van de wetenschappelijke literatuur over de eigenschappen van cannabis en de effecten van cannabisgebruik, bieden een overzicht van de prevalentie van cannabisgebruik in Europa en in België, evalueren de doeltreffendheid van het Belgische cannabisbeleid, maken een reconstructie van de evolutie van het internationale cannabisregime en verkennen welke lessen kunnen worden getrokken uit de regulering van alcohol en tabak. Na een afweging van de voor- en nadelen van de verschillende reguleringsmodellen besluiten zij het boek met een aantal aanbevelingen inzake het Belgische cannabisbeleid.

Gompel&Svacina | ISBN 978-94-6371-057-2 | 180 blz. | € 28,-

