



Algemene Cel Drugsbeleid
permanente coördinatie

ALGEMENE CEL DRUGSBELEID

Realisaties 2014-2019

&

aanbevelingen voor de volgende legislatuur



Inhoudstafel

LIJST MET AFKORTINGEN	6
INLEIDING	7
HOOFDSTUK 1: Beleidsorganen: opdrachten en samenstelling.....	8
1.1 Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid.....	8
1.2 Algemene Cel Drugsbeleid.....	9
1.2.1 Samenstelling van de ACD	9
1.2.2 Werking van de ACD	11
1.3 Prioriteiten 2014-2019	12
HOOFDSTUK 2: Situatieschets	15
HOOFDSTUK 3: Resultaten van de Algemene Cel Drugsbeleid.....	18
3.1. Kadernota Integrale Veiligheid.....	18
3.1.1. Doelstelling en actie.....	18
3.1.2. Realisatie	19
3.2. Alcohol.....	20
3.2.1. Doelstelling en actie.....	20
3.2.2. Realisatie	21
3.2.3. Toekomst.....	21
3.3. Nieuwe psychoactieve stoffen	22
3.3.1. Doelstelling en actie.....	22
3.3.2. Realisatie	22
3.4. Cannabis	23
3.4.1. Doelstelling en actie.....	23
3.4.2. Realisatie	24



3.4.3. Toekomst.....	24
3.5. Gokken.....	24
3.5.1. Doelstelling en actie.....	24
3.5.2. Realisatie	25
3.5.3. Toekomst.....	28
3.6. GHB en GBL.....	29
3.6.1. Doelstelling en actie.....	29
3.6.2. Realisatie	29
3.7. Risicobeperkende druggebruiksruimtes.....	30
3.7.1. Doelstelling en actie.....	30
3.7.2. Realisatie	30
3.7.3. Toekomst.....	31
3.8. Doping.....	32
3.8.1. Doelstelling en actie.....	32
3.8.2. Realisatie	32
3.9. Protocolakkoord monitoring van de overheidsuitgaven.....	33
3.9.1. Doelstelling en actie.....	33
3.9.2. Realisaties	34
3.10. Actualisatie Gemeenschappelijke Verklaring IMC Drugs van 25.01.2010.....	36
3.10.1. Doelstelling en actie	36
3.10.2. Realisaties.....	36
3.11. Betrokkenheid maatschappelijk middenveld	37
3.12. Realisaties van de CGD.....	38
3.12.1. De behandelingen met vervangingsmiddelen	38
3.12.2. Belgian Psychotropics Expert Platform (“BelPEP”)	39
3.12.2. TDI	41
3.12.3. Proefproject ‘drughulpverleningsmodel in gevangnissen’	44



3.12.4. Centrale aanmeldingspunten	47
3.12.5. Naloxone	47
3.12.6. Hervorming geestelijke gezondheidszorg	49
3.12.7. Tabak	50
3.13. Cel 'controle'	52
3.14. Cel 'Onderzoek en Wetenschappelijke Informatie'	52
3.15. Internationale dossiers	56
3.15.2. Raad van de Europese Unie: EU-drugsstrategie en actieplannen	57
3.15.3. Raad van de Europese Unie: raadsconclusies minimum kwaliteitsstandaarden 59	
3.15.4. Verenigde Naties: United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on the world drug problem 2016.....	59
3.15.5. EWDD	60
HOOFDSTUK 4: Vijftien discussiethema's voor de volgende legislatuur	63
4.1. Schadelijk alcoholgebruik	63
4.2. Crisisunits in algemene en psychiatrische ziekenhuizen voor personen met een geestelijke gezondheids- en/of middelengerelateerde problematiek	65
4.3. Geïntegreerde units in psychiatrische ziekenhuizen voor personen met een dubbele diagnose (middelengebruik en geestelijke gezondheid)	67
4.4. Risicobeperkende gebruiksruidtes	68
4.5. Psychofarmaca.....	69
4.6. Tabak	70
4.7. Testen van illegale drugs	70
4.8. Behandelingen door middel van vervangingsmiddelen	71
4.9. Gokken.....	71
4.10. Medicinaal gebruik van cannabis	71



4.11. Recreatief gebruik van cannabis	72
4.12. Preventie	72
4.13. Datacollectie en -analyse	73
4.14. Wetenschappelijk onderzoek.....	73
4.15. Samenwerking met het maatschappelijk middenveld.....	74
ALGEMENE CONCLUSIE	76



LIJST MET AFKORTINGEN

ACD : Algemene Cel Drugsbeleid

BelPEP : Belgian Psychotropics Expert Platform

BMCDDA : Belgian Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction

BEWSD : Belgian Early Warning System On Drugs

FAGG : Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

FGC : Franse Gemeenschapscommissie

GGC : Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

CGD : Cel Gezondheidsbeleid Drugs

EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

EU: Europese Unie

EWDD : Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving

IMC : Interministeriële Conferentie

NICC : Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie

NFP: National Focal Point

NPS: Nieuwe psychoactieve stoffen

UNGASS: United Nations General Assembly Special Session

TVD : Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid

INLEIDING

Het gebruik, de productie en de markt van psychoactieve stoffen (illegale drugs, alcohol, tabak, psychofarmaca) maar ook de gedragsverslavingen (zoals kansspelen en gokken) vereisen een **globale en geïntegreerde beleidsbenadering**. Dit betekent dat alle betrokken overheden zoveel mogelijk op elkaar moeten afgestemd worden om een **evenwichtig, wetenschappelijk gefundeerd en efficiënt beleid** te kunnen voeren. Deze principes staan beschreven in het samenwerkingsakkoord voor een globaal en geïntegreerd Drugsbeleid (2002, verder: het samenwerkingsakkoord)). Dit samenwerkingsakkoord is de grondlegging van de Algemene Cel Drugsbeleid (ACD) en de Thematische Vergadering Drugs van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De ACD ging officieel van start in 2008 en hield sindsdien meerdere debatten en nam verschillende politieke beslissingen.

Eén van de opdrachten van de ACD is een activiteitenverslag op te stellen. In 2018 stelden de leden voor om alle activiteiten van de hele legislatuur te bundelen in één enkel verslag. Het doel is om de **realisaties** van de ACD en de Cel gezondheidsbeleid Drugs (CGD) in de periode tussen 2014 en 2019 zo volledig mogelijk te inventariseren.

Dit verslag geeft ook een beeld van het drugfenomeen in België.

Ten slotte worden er in dit rapport **aanbevelingen** voor de volgende legislatuur geformuleerd,

Dit rapport is bedoeld als informatiebron voor de ministers en de overheden die vanaf 2019 verantwoordelijk zullen zijn voor het globaal en geïntegreerd drugsbeleid.



HOOFDSTUK 1: Beleidsorganen: opdrachten en samenstelling

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de mandaten, de samenstelling en de prioriteiten van de ACD en de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid.

1.1 Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid

De Thematische Vergadering Drugs vergadert over de thema's die zijn bepaald in het samenwerkingsakkoord uit 2002, met name:

- Het voorkomen van druggebruik ;
- Het hulpverlenings- en behandelingsaanbod ;
- Het controleren van de productie en van de handel en sluikehandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen.

De ACD wordt belast met volgende opdrachten :

1. “Een gedetailleerde, volledige en bijgewerkte inventaris laten opmaken van alle bij de drugproblematiek betrokken actoren.
2. Gemotiveerde maatregelen voorstellen om alle gevoerde of geplande acties van de bevoegde openbare diensten en besturen en van de ondertekenende partijen op elkaar af te stemmen en om de doeltreffendheid van die acties te vergroten.
3. Gemotiveerde adviezen en aanbevelingen uitbrengen over de realisatie van de afstemming van het drugbeleid.
4. Samen met het Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, een evaluatie maken van :
 - a) de kwaliteit van de gegevens en de informatie die door de ondertekenende partijen en de openbare diensten en besturen aan de ACD bezorgd.
 - b) de snelheid van uitwisseling van informatie tussen de overheden, de bevoegde organismen en de Algemene Cel.
5. Samenwerkingsakkoorden of protocollen voorbereiden en voorstellen ter uitvoering van geïntegreerde acties.



6. De rapporten voor de Interministeriële Conferentie en voor de internationale instanties voorbereiden.

7. Het stimuleren van overleg en het voorstellen aan de Interministeriële Conferentie van een gezamenlijk Belgisch standpunt op Europese en internationale drugsfora.

8. Het formuleren van aanbevelingen en voorstellen met betrekking tot de inhoud en de uitvoering van de beleidsnota's inzake drugs opgesteld door de ondertekenende partijen.”

De nominatieve samenstelling van de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid, die is goedgekeurd op 9 oktober 2015, is als bijlage I toegevoegd. Deze leden werden door hun respectieve regeringen aangewezen.

Het aantal stemmen per bevoegdheidsniveau is als volgt:

- 17 stemmen voor het federale niveau ;
- 17 stemmen voor alle deelgebieden; voor de deelgebieden gebeurt de verdeling van de stemmen als volgt:
 - o 7 stemmen voor de Vlaamse Regering
 - o 2 stemmen voor de regering van de Federatie Wallonië-Brussel
 - o 3 stemmen voor de regering van het Waals Gewest
 - o 1 stemmen voor de regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
 - o 2 stemmen voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie
 - o 1 stem voor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
 - o 1 stem voor de regering van de Duitstalige Gemeenschap.

De Thematische Vergadering Drugs wordt altijd voorgezeten door de federale minister van volksgezondheid.

1.2 Algemene Cel Drugsbeleid

De ACD ondersteunt de Thematische Vergadering Drugs. De opdrachten, de samenstelling en de werking van deze Cel worden conform het samenwerkingsakkoord bepaald en geïmplementeerd.

1.2.1 Samenstelling van de ACD

De samenstelling van de ACD wordt in artikel 9 van het samenwerkingsakkoord bepaald. Het gaat om 17 leden voor de federale regering en 18 leden voor de deelgebieden, waaronder 7 leden die voorgelegd worden door de Vlaamse Regering, 2 leden die voorgelegd worden door



de regering van de Federatie Wallonië-Brussel, 3 leden die voorgelegd worden door de regering van het Waals Gewest, 1 lid die voorgelegd wordt door de regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2 leden die voorgelegd worden door het College van de Franse Gemeenschapscommissie, 2 leden die voorgelegd worden door het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie die samen 1 stem hebben en 1 lid die voorgelegd wordt door de regering van de Duitstalige Gemeenschap. Al deze vertegenwoordigers zijn stemgerechtigd.

De coördinator en de adjunct-coördinator maken ook deel uit van de ACD, maar hebben raadgevende stem. De Thematische Vergadering Drugs heeft Prof. Dr. Brice De Ruyver, gewoon hoogleraar aan het “Institute for international Research on Criminal Policy” aan de Universiteit Gent en lid van het “Scientific Committee van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving”, als coördinator aangewezen. Hij zat de ACD voor sinds haar oprichting in 2010 tot in 2017. Op 2 juli 2017, na het plotse overlijden van Prof. Dr. De Ruyver, is Prof. Dr. Etienne De Groot door de Thematische Vergadering Drugs benoemd als nieuwe coördinator van de ACD.

Prof. Dr. De Groot is jurist, arts en al sinds 1999 rechter bij het Grondwettelijk Hof en Voorzitter emeritus van het Hof sinds 17 februari 2018. Hij is ook lid van de adviescommissie voor bio-ethiek als Nederlandstalige magistraat (sinds 2000) en als arts lid van de Federale controle en evaluatiecommissie euthanasie (sinds 2007). Hij bekleedde in het verleden politieke functies zoals die van burgemeester en Vlaams en federaal parlementslid.

Prof. Dr. Charles Kornreich werd als adjunct-coördinator aangewezen. Hij is psychiater en diensthoofd in het « UVC Brugmann »; hij heeft een ruime wetenschappelijke en praktische ervaring op het vlak van de verslavingszorg. Hij vervult de functie voor de tweede keer.

De rol van de coördinator is de volgende :

- vertegenwoordigt, samen met de assistent-coördinator en zijn medewerkers, de permanente coördinatie van de ACD;
- is voorzitter van de ACD en de assistent-coördinator in de andere taalkundige rol;
- brengt jaarlijks verslag uit over het werk van de ACD bij de interministeriële conferentie;
- zorgt voor de permanente coördinatie (de voorbereidende werken, het secretariaat en de uitvoering van de opdrachten van de ACD);
- samen met de adjunct-coördinator is hij de contactpersoon voor de interministeriële conferentie;
- bereidt het ontwerp van de begroting en de rekeningen voor ter goedkeuring door de ACD en de Interministeriële Conferentie.

Conform het protocolakkoord betreffende het huishoudelijk reglement van de ACD, is hun mandaat geldig voor een maximale (hernieuwbare) periode van vier jaar.

De nominatieve samenstelling van de ACD is als bijlage II toegevoegd. De vertegenwoordigers worden door de betrokken regeringen benoemd.

1.2.2 Werking van de ACD

De coördinatie van het Belgische drugsbeleid gebeurt door de ACD. Het is de taak van de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid om een definitieve beslissing over de dossiers te nemen die de ACD haar voorlegt. De activiteiten van de Cel hebben betrekking op illegale drugs, tabak, alcohol, (gok)spelen en psychoactieve stoffen.

Het secretariaat (of permanente coördinatie) wordt door de Cel Drugs van de FOD VVVL verzekerd.

De ACD bestaat ook uit verschillende werkcellen: de cellen “Gezondheidsbeleid Drugs”, “Controle” en “Onderzoek en wetenschappelijke informatie”.

De werkzaamheden in de ACD gebeuren in een open sfeer. De documenten van de ACD waarover de leden van de ACD beschikken, zijn vertrouwelijk, tenzij anders beslist door de ACD. De basisdocumenten van de ACD en van de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid zijn integraal beschikbaar op <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan>.



1.3 Prioriteiten 2014-2019

In artikel 5 van het protocolakkoord betreffende het huishoudelijk reglement van de ACD wordt vermeld dat de Cel jaarlijks een beleidsplan moet opstellen met een concrete kalender. Gelet op het aantal te behandelen thema's, legt de ACD prioriteiten en een meerjarenplanning aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid voor.

Gezien de politieke context van de verkiezingen in 2014, kwam de Interministeriële Conferentie Drugs (ontbonden in 2015 en vervangen door de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid) niet bijeen in 2014 en heeft ze toen dus geen politieke prioriteiten bepaald. Het was pas tijdens de vergadering van 19 oktober 2015 dat de Thematische Vergadering Drugs de volgende prioriteiten goedkeurde, waarvan sommige tot in 2018 werden voortgezet:

- **Kadernota Integrale Veiligheid:**
“De Ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken zijn de piloten van het integraal veiligheidsbeleid in ons land. Dit veiligheidsbeleid zal worden bepaald in de kadernota integrale veiligheid. Op vraag van beide Ministers maakt de ACD een voorstel van bijdrage aan deze kadernota met betrekking het globaal en geïntegreerd drugsbeleid. Deze bijdrage krijgt vorm volgens de methodiek van de Gemeenschappelijke Verklaring van de IMC Drugs uit 2010, met name door inbreng van alle leden van de ACD. “
- **Actualisatie van de gemeenschappelijke verklaring van de interministeriële conferentie drugs van 25 januari 2010 :**
“De ACD werkt een voorstel uit van een geactualiseerde Gemeenschappelijke Verklaring, rekening houdend met de kadernota integrale veiligheid, en legt dit voor aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid.”
- **Alcohol :**
“Volgend op de vraag van de IMC Volksgezondheid van 29 juni 2015 betreffende het alcoholplan, werkt de ACD een voorstel uit van een globaal en geïntegreerd alcoholbeleid en legt dit voor aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid.”
- **Nieuwe psychoactieve stoffen :**
“De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid geeft in 2016 prioriteit aan het opstellen en publiceren van het uitvoeringsbesluit van de Wet van 7 februari 2014 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en



antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen.”

- **Cannabis :**

“De Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid neemt kennis van het technisch rapport van maart 2015 van de werkgroep cannabisbeleid van de ACD, getiteld ‘Cannabisbeleid in België : analyse en aandachtspunten’. De ACD onderzoekt mogelijke beleidsimplicaties en legt deze voor aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC.”

- **Tabak :**

“De ACD voert een discussie met betrekking tot het tabaksbeleid, met prioritaire focus op de e-sigaret. De e-sigaret is een relatief nieuw product dat heel wat vragen opwerpt in het kader van het te voeren gezondheidsbeleid rond tabak. De potentiële antwoorden op die vragen verdelen experts. In het najaar van 2015 wordt een update verwacht van het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de e-sigaret. In ongeveer dezelfde periode zal er ook specifieke regelgeving van kracht worden.

De discussie wordt gevoerd op het niveau van de CGD, die haar bevindingen terugkoppelt naar de ACD.”

- **Gokken :**

“Om te voorkomen dat het aantal gokverslaafden verder groeit, dringt een beleid rond gokverslaving dat zowel voorziet in maatregelen inzake preventie, alsook inzake de reductie van de marketing en van het aanbod zelf, zich op. Informatie en preventie volstaan immers niet. Dit impliceert interministerieel en interkabinetair overleg met de verschillende bestuursniveaus, en met de bevoegde Ministers die een rol kunnen spelen op het vlak van het aanbod, met inbegrip van kwesties zoals marketing en prijzen. De ACD ontwikkelt een beleidsvoorstel met betrekking tot gokverslaving en legt dit voor aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid.”

- **GHB en GBL :**

“De ACD onderzoekt de omvang en de specificiteit van de problematiek van GHB en GBL en doet desgevallend voorstellen aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid.”



- **Druggebruikersruimtes:**

“De ACD onderzoekt de haalbaarheid en randvoorwaarden voor de implementatie van gebruikersruimtes in België, met specifieke aandacht voor de behoeften, en organisatorische, budgettaire en wettelijke aspecten. De ACD legt haar bevindingen voor aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC.”

- **Doping, onder ander in de sport**

“De ervaring leert dat de jarenlange en talloze controles op en bestraffen van dopinggebruik in de recreatieve sport (zeker in de fitness) het gebruik weinig of niet doen afnemen en dus eerder de symptomen dan de oorzaken van het probleem lijken aan te pakken.

Gezien doping in de brede context (het ongeoorloofd gebruik van prestatiebevorderende middelen) bovendien niet alleen een probleem vormt binnen de sport, maar binnen de samenleving als geheel (om bv. een getraind ‘strandlichaam’ te bekomen, voor examens, om alert te blijven op het werk...), vereist dit een multidisciplinaire aanpak.

Om tot een optimale bestrijding van doping te komen, zou het nuttig zijn deze problematiek transversaal te bespreken binnen de ACD, zodat de federale en regionale experts en beleidsverantwoordelijken inzake gezondheid, onderwijs en sport, de nationale antidopingorganisaties (NADO’s), politie en parket door samenwerking de meest efficiënte preventie tot stand kunnen brengen”.

Deze lijst was niet exhaustief; m.a.w. indien dit wenselijk of nuttig is, konden de leden van de ACD en/of de werkcellen van de ACD steeds wijzigingen in de prioriteiten en/of de voorgestelde planning voorstellen.

In volgend hoofdstuk volgt een korte situatieschets van de drugproblematiek in ons land.

De activiteiten van de ACD over deze thema’s worden beschreven in hoofdstuk 3.



HOOFDSTUK 2: Situatieschets

De risico's en schade van psychoactieve stoffen, zoals alcohol en drugs, zijn zorgwekkend.

De meest recente **gezondheidsenquête** dateert van 2018 maar de eerste resultaten hiervan worden verwacht tegen eind 2019. Voorlopig kan dus enkel gerefereerd worden naar de cijfers van de voorgaande editie (2013)¹ waaruit bleek dat **14% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar dagelijks en 6% overmatig² alcohol drinkt. Het percentage wekelijkse binge drinkers³ bedroeg tot 8,5 %**. Naast gezondheids- en economische schade kan schadelijk alcoholgebruik leiden tot criminaliteit en geweld. De beschikbaarheid van alcoholhoudende dranken in België is relatief groot. Uit voornoemde enquête bleek ook dat 2,6 % van de 15-64-jarigen de maand voorafgaand aan het interview cannabis gebruikte. 21% van deze groep gebruikte intensief cannabis, d.w.z. minstens op 20 van de 30 dagen. Het langdurig gebruik van cannabis heeft onder meer gevolgen voor de ademhalingswegen, psychomotorische functies, en kan leiden tot psychotische stoornissen en afhankelijkheid.

Het aantal cliënten dat in 2017 in behandeling ging voor opiaten is gedaald sinds 2014, terwijl het aantal cliënten voor cocaïne duidelijk is gestegen. Het aantal cliënten dat in behandeling ging voor een problematiek gerelateerd aan cannabis bleef vrijwel stabiel. Opmerkelijk is dat onder de cliënten die voor het eerst in behandeling ging, meer dan de helft dit deed naar aanleiding van een problematiek met cannabis.

In 2014 konden de Belgische overheidsdiensten zo'n 1250 cannabisplantages ontdekken en ontmantelen, waarvan 592 met meer dan 50 planten. **Sindsdien werden er jaarlijks een gelijkaardig aantal plantages ontdekt**. In 2017 waren er dat 1234, waarvan 65% gecategoriseerd kunnen worden als micro, mini of zelfs kleine plantages (: tot 249 planten). Er wordt geschat dat het onbekende aantal plantages ook oploopt tot 50 – 65%. De productie van cannabisplanten is verspreid over gans België, maar kent een hot spot in de grensregio's met Nederland.

Jaarlijks worden er ook **steeds een aantal ontdekte productiesites en dumpingplaatsen van synthetische drugs ontdekt**. In 2017 werden 9 (conversie)laboratoria, 7 opslagplaatsen en 24 dumpingplaatsen ontmanteld. Deze laatste worden opnieuw voornamelijk in de grensregio's met Nederland aangetroffen en het is niet altijd duidelijk of dumpings gelinkt zijn met

¹ Sciensano, Health Interview survey

² Meer dan 14 glazen per week voor vrouwen, en meer dan 21 glazen per week voor mannen.

³ Het gebruik van zes of meer glazen alcohol tijdens een zelfde gelegenheid.

laboratoria in België of Nederland gezien het productieproces veelal wordt opgesplitst naar verschillende locaties.

Nieuwe psychoactieve stoffen (NPS)⁴ blijven opduiken op de Europese drugmarkt. Tegen het einde van 2017 werden in totaal meer dan 670 NPS gemeld in de Europese lidstaten via het EU Early Warning System, waarvan 51 stoffen pas voor de eerste keer werden gerapporteerd. In België werden in 2017 in totaal 91 soorten NPS gevonden. Het was voornamelijk in 2015 en 2016 dat het aantal gerapporteerde NPS soorten zowel in België als algemeen in Europa piekte. De aantallen blijken in 2017 gedaald, maar er is een duidelijke stijging in het aangetroffen aantal en aantal types synthetische opioïden. Dit vormt een ernstig aandachtspunt op het vlak van gezondheidsrisico's en -schade.

In 2017 werd 41,16 ton cocaïne in beslag genomen door de Belgische overheden in de havens en luchthavens van het land. Dit is een stijging van bijna 4,5 keer de hoeveelheid ten opzichte van 2014. Er is in deze periode een stijging van het aantal feiten voor het bezit en de verkoop van cannabis en cocaïne, terwijl deze met betrekking tot heroïne en amfetamines licht is gedaald.

De **verkoop van drugs via het internet** neemt toe. Het gebruik van anonieme netwerken en virtuele betaalplatformen maken het onderzoek moeilijk. Van de 491 commerciële sites die op het “darknet” geïdentificeerd zijn, verkoopt 98% illegale middelen. Drugs vertegenwoordigen 60% van het aanbod.

Het **gebruik van doping** door amateurs en recreatieve sporters neemt steeds meer toe, en ook de handel in dopingproducten is een belangrijke inkomstenbron geworden voor criminele groeperingen⁵. Dit geldt onverminderd ook voor de zogenaamde “voedselcriminaliteit” waar fraude wordt gepleegd met de kwaliteitswaarborgen van de voedselketen.

Ook andere vormen van schadelijk gedrag zoals **gokverslaving**, gameverslaving en misbruik van psychoactieve medicatie blijven problematisch.

⁴ Het gaat hier om de psychoactieve stoffen of psychoactieve producten die niet in de wet betreffende de verdoovende middelen van 1921 gereguleerd zijn. Ze worden gemaakt om de effecten van bestaande drugs na te bootsen en om de regelgeving te omzeilen.

⁵ Zie Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa Doc. 13852 “Rethinking the anti-doping strategy” van 8 juli 2015. Het antidopingbeleid is een bevoegdheid van de gemeenschappen. Zowel de Vlaamse als Franstalige nationale antidopingorganisatie (NADO) hebben een samenwerkingsprotocol met de procureurs-generaal van de Hoven van Beroep dat toelaat onderling informatie uit te wisselen met betrekking tot dopingbestrijding.



De SOCOST studie⁶ brengt de **sociale kost** voor verschillende substanties (illegale drugs, alcohol, psychoactieve medicatie en tabak) en voor verschillende domeinen (gezondheid, criminaliteit en verkeer) in kaart voor het jaar 2012:

- de directe kosten worden geraamd op 2,87 miljard euro. De gezondheidszorg is verantwoordelijk voor 2 miljard euro of 69% van de directe kosten, naast 784 miljoen euro (27%) voor de strafrechtsbedeling en ongeveer 100 miljoen euro (3,5%) voor verkeersongevallen. Het grootste aandeel van deze directe kosten kan worden toegeschreven aan alcohol (45%) en tabak (25%);
- de indirecte kosten worden geschat op 1,76 miljard euro. Het productiviteitsverlies wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door gezondheidsproblemen gerelateerd aan middelenmisbruik (1,5 miljard euro of 85%). Alcohol (45%) en tabak (42%) brengen de grootste indirecte kosten met zich mee;
- de ontastbare⁷ kosten geven tenslotte het verlies aan levenskwaliteit weer, gemeten in 'verloren gezonde levensjaren'. Naar schatting zijn in België meer dan 500.000 gezonde levensjaren verloren gegaan door legale en illegale drugs in het jaar 2012. Alcohol en tabak hebben met 91% de grootste impact.

⁶ The social cost of legal and illegal drugs in Belgium : final report (SOCOST) Vander Laenen, Freya ; Lievens, Delfine; Pauwels, Lieven et al. Brussels : Belgian scientific Policy, 2017

⁷ Ontastbare kosten komen voort uit pijn, lijden en verloren leven(skwaliteit). Dit zijn niet-financiële welvaartskosten aangezien ze geen impact hebben op de middelen van de maatschappij. In de SOCOST-studie, worden de ontastbare kosten beperkt tot het verlies aan levensjaren (en kwaliteit) en dit werd geraamd aan de hand van het concept 'disability-adjusted life years' (DALYs).



HOOFDSTUK 3: Resultaten van de Algemene Cel Drugsbeleid

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de belangrijkste thema's die zijn besproken in de ACD met telkens een beschrijving van de doelstelling en acties en de concrete realisaties. Voor sommige dossiers zijn individuele standpunten van ministers voor toekomstig beleid toegevoegd. Deze standpunten engageren de Ministers enkel in hun individueel mandaat tijdens de lopende legislatuur. Ze engageren dus geen huidige regeringen, noch toekomstige ministers of regeringen.

3.1. Kadernota Integrale Veiligheid

3.1.1. Doelstelling en actie

De ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken zijn de piloten van het integraal veiligheidsbeleid in ons land. In de Kadernota Integrale Veiligheid worden diverse onveiligheidsverschijnselen (die onder meer verband houden met drugs) opgesomd waarvoor een geïntegreerde en integrale behandeling noodzakelijk is. In 2015 hebben de bevoegde ministers de voorgaande kadernota geactualiseerd.

In september 2015 heeft de vertegenwoordiger van het kabinet Justitie aan de ACD gevraagd om hem tegen eind oktober 2015 een tekst over het geïntegreerde en algemene drugsbeleid voor te leggen met het oog op een integratie ervan in de Kadernota Integrale Veiligheid.

Bedoeling was dat de ACD in dit document de lijst van haar prioriteiten in het kader van een globaal en geïntegreerd beleid voor de komende jaren zou opstellen en deze kort zou becommentariëren.

In 2017 werd de permanente Coördinatie van de ACD als rapporteur in het kader van de cluster 'drugs' van de monitoring van de Kadernota Integrale Veiligheid aangewezen.

Het document 'Drugsbeleid' voor de Kadernota Integrale Veiligheid werd opgesteld door het secretariaat van de ACD en vervolgens besproken en goedgekeurd tijdens de vergadering van de ACD van oktober 2015.

De kadernota bevestigt *grotendeels de visie en acties van vorige beleidsdocumenten*. De strategische visie wordt gedefinieerd als volgt:

'De federale regering en de Algemene Cel Drugsbeleid beschouwen het gebruik van psychoactieve stoffen, zoals alcohol, illegale drugs, maar ook gedragsverslavingen, zoals gokken en gamen, in de eerste plaats als een volksgezondheidsfenomeen. Dit gedrag bestaat in verschillende gradaties, gaande van riskant of problematisch tot misbruik of afhankelijkheid. Het drugsbeleid in België zal zich verder ontwikkelen binnen het Europees drugsbeleid en de internationale drugsconventies op het niveau van de Verenigde Naties.'



Het drugsbeleid in België moet globaal en geïntegreerd zijn. Dit betekent dat zij zich zowel zal richten op de aanbodzijde (door in te werken op de beschikbaarheid, prijs, reclame, ...) als de vraagzijde (door middel van preventie, hulpverlening, ...). Dit vereist een inclusie en samenwerking van alle relevante beleidsactoren en –niveaus onder coördinatie van de Algemene Cel Drugsbeleid en de Thematische Vergadering Drugs van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De regering en de Algemene Cel Drugsbeleid bevestigen het mandaat van deze beide organen.

We onderlijnen het belang van de lokale overheden, onder meer in het uitvoeren van alternatieve gerechtelijke maatregelen en het inspelen op de specificiteit van de lokale noden. Preventie, vroegdetectie en –interventie, schadebeperking, hulpverlening, nazorg en maatschappelijke integratie zijn essentiële pijlers van het drugsbeleid. Deze weerspiegelen het continuüm waarlangs het middelengebruik of de gedragsverslaving zich kan ontwikkelen. Deze pijlers moeten dus op een gelijkwaardige manier worden uitgebouwd binnen een kader van geïntegreerde zorg en zorgcontinuïteit.

Het bezit van drugs is verboden en het gebruik van drugs in de publieke ruimte kan niet het voorwerp uitmaken van een gedoogbeleid. De prioriteit inzake strafrechtelijke vervolging van druggerelateerde feiten wordt niettemin gegeven aan de productie en de handel in illegale drugs. Probleemgebruikers worden zoveel als mogelijk naar de drughulpverlening doorverwezen.

De opsluiting van de gebruiker, die geen ander crimineel feit heeft gepleegd, wordt dus beschouwd als een ultimatum remedium. Een strafrechtelijke benadering moet gradueel en proportioneel worden opgevat, waarbij de gevangenisstraf enkel wordt voorbehouden voor de meest ernstige of herhaalde feiten. Het drugsbeleid moet zich baseren op beschikbare objectieve en wetenschappelijke gegevens, die voldoende aan de praktijk werden onderworpen en hierin ingebed zijn. De beeldvorming van het druggebruik en van de drugsmarkten vraagt verdere investeringen. Op het vlak van epidemiologie is een inhaaloperatie nodig'.

De nota bevat concretere actiepunten in het domein van het drugsaanbod, de vraag naar drugs en het wetenschappelijk onderzoek.

3.1.2. Realisatie

Het document 'Drugsbeleid' dat is opgenomen in de Kadernota Integrale Veiligheid is sinds juni 2016 beschikbaar op https://justitie.belgium.be/nl/nieuws/andere_berichten_29. De resultaten van de monitoring van de cluster drugs van de Kadernota Integrale Veiligheid werden tijdens de vergadering van 29 mei 2017 besproken. De Kadernota loopt af einde 2019.



3.2. Alcohol

3.2.1. Doelstelling en actie

In 2008 hebben de ministers bevoegd voor Volksgezondheid een gemeenschappelijke verklaring over het toekomstige alcoholbeleid ondertekend.

De ministers hebben zich ertoe verbonden om:

- de kwalijke gevolgen die gepaard gaan met alcohol te voorkomen en te beperken;
- een risicovol, problematisch, overdreven en onaangepast alcoholgebruik en niet enkel de verslaving bestrijden;
- een beleid voeren dat gericht is op risicodoelgroepen en risicosituaties.

Deze Verklaring was het eerste beleidsdocument in ons land waarin de federale overheid samen met de Gemeenschappen en de Gewesten een gemeenschappelijke en duidelijke beleidslijn op het vlak van alcohol definieert.

Deze Verklaring heeft aanleiding gegeven tot talrijke beleidsmaatregelen, waaronder de wijziging van de wetgeving betreffende de verkoop en de terbeschikkingstelling van alcoholische dranken aan minderjarigen.

In juni 2015 heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid aan de ACD gevraagd om een alcoholbeleid te ontwikkelen. *"Bedoeling is om een interministerieel overleg te voeren teneinde een overlegde en gemeenschappelijke strategie uit te werken tegen een schadelijk alcoholgebruik en hierbij de verschillende bepalende factoren van de problematiek te verduidelijken die door de WGO bepaald zijn."*

De ACD heeft deze opdracht aan een ad hoc werkgroep « alcohol » toevertrouwd die werd voorgezeten door het secretariaat van de ACD. De ad hoc werkgroep was samengesteld uit de administraties en vertegenwoordigers van de eerste Minister, de bevoegde ministers voor Gezondheid, Justitie, Binnenlandse Zaken, Economie, Begroting, Werkgelegenheid, Mobiliteit en Sciensano. De volledige sector, zowel vertegenwoordigers van de alcoholproducenten, jeugdverenigingen, verenigingen die actief zijn rond verslavingen, consumentenverenigingen, ... werden geraadpleegd tijdens een specifieke vergadering.

Er is ook een mailadres gecreëerd (alcoholplanalcohol@health.belgium.be) zodat alle belanghebbenden rond de alcoholproblematiek konden reageren op het voorstel voor de alcoholstrategie.



3.2.2. Realisatie

De werkgroep is het eens geworden over alle maatregelen betreffende het terugdringen van de vraag naar alcohol, maar vond geen akkoord over de maatregelen om het alcoholaanbod te verminderen. De onderhandelingen werden voortgezet op ministerieel niveau en de discussies werden tijdens de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid van 27 maart 2017 stopgezet zonder Consensus.

Desondanks hebben de leden van de TVD een reeks acties geïmplementeerd, zoals versterkte controles en de voortdurende aanpassing van de wetgeving inzake verkoop van alcohol aan minderjarigen, een sensibiliseringscampagne voor professionals uit de gezondheidszorg over de risico's die samenhangen met alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en borstvoeding periode, de deelname van de FOD Volksgezondheid aan de Jury voor Ethische Praktijken inzake reclame, het project liaison alcohol op spoed en maatregelen op het vlak van preventie en gezondheidspromotie.

In Wallonië werd ook een verbod op de verkoop van alcohol in benzinestations langs autosnelwegen ingevoerd (in het kader van de contracten met de beheerders van deze stations), alsook een nieuw decreet over 'gemeenschapshuizen' (maisons d'hébergement collectif) met vaak preciaire doelgroepen die elders worden geweigerd (bv. mensen met een alcoholprobleem die niet wensen te ontwennen).

Vlaanderen organiseerde na afloop van het Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015 een nieuwe gezondheidsconferentie in 2016, waaruit het strategisch plan "de Vlaming leeft gezonder in 2025" voortvloeyde. Op www.preventiemethodieken.be is een overzicht te vinden van alle methodieken die vanuit de Vlaamse overheid worden aangeboden aan intermediairs.

3.2.3. Toekomst

De minister van Volksgezondheid van het Waals Gewest wenst in de toekomst maatregelen om de beschikbaarheid van alcohol in te perken. Dit impliceert eveneens een verbod van reclame op alle alcoholhoudende dranken, met een bijzondere waakzaamheid voor het naleven van het verbod van marketing naar jongeren toe. De minister is ook voorstander van een etikettering voor zwangere vrouwen en pleit voor een vermelding van de energiewaarde. Tenslotte vraagt zij een verduidelijking van de wetgeving op de verkoop van alcohol aan minderjarigen door een duidelijke vermelding van de alcoholpercentages. Het bepalen van de alcohollimieten moet besproken worden met de preventie- en gezondheidssector.

Deze voorstellen worden gesteund door het Franstalig Lid van het Verenigd College van de GGC, belast met het gezondheidsbeleid en de minister, Collegelid van de FGC, belast met Gezondheidsbeleid.

Vanuit Vlaanderen wordt benadrukt dat een bevoegdheid-overstijgende samenwerking cruciaal is voor het toekomstig preventief beleid. De effectiviteit van preventieve maatregelen verhoogt immers wanneer op andere bevoegdheidsdomeinen ook acties ondernomen worden die het gevoerde preventieve beleid ondersteunen, met name m.b.t. marketing, beschikbaarheid en prijssetting.

3.3. Nieuwe psychoactieve stoffen

3.3.1. Doelstelling en actie

Het gaat hier om de psychoactieve stoffen of psychoactieve producten die niet in de wet betreffende de verdovende middelen van 1921 gereguleerd zijn. Ze worden gemaakt om de effecten van bestaande drugs na te bootsen en om de regelgeving te omzeilen. De term omvat een ruim gamma synthetische en plantaardige stoffen, waaronder de "research chemicals", de "party pills", de "herbal highs", enz. Deze producten worden over het algemeen op het internet of in "smart/head shops" verkocht. Ze worden aan het publiek voorgesteld via agressieve marketingstrategieën en in sommige gevallen uitgewerkt aan de hand van foutieve informatie over de ingrediënten. De markt van de nieuwe psychoactieve stoffen wordt gekenmerkt door de snelheid waarmee de producenten de reglementering proberen te omzeilen door een aanhoudend aanbod aan nieuwe alternatieven voor de stoffen die aan een controle onderworpen zijn.

3.3.2. Realisatie

De wet werd op 10.3.2014⁸ gepubliceerd.

De wet bevat verschillende principes en wijzigingen, onder meer:

- een aanpassing van de wet aan de zeer snelle evolutie van de drugsmarkt;
- een beter gebruik van de verzamelde informatie over drugs die circuleert, in het bijzonder over de nieuwe stoffen;
- de generieke strafbaarstelling van nieuwe stoffen;

⁸ Wet tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen



- de strafbaarstelling van de voorbereidende handelingen;
- de toevoeging van verzwarende omstandigheden in geval van vereniging met het oog op het plegen van inbreuken op het vlak van de precursorenwetgeving;
- de verplichte vernietiging van illegale stoffen, grondstoffen en materiaal die hebben gediend of bestemd waren voor de vervaardiging van drugs.

Sindsdien werden het FAGG, Sciensano en het Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC) aangewezen om de uitvoeringsbesluiten terzake op te stellen. De IMC heeft aan de ACD gevraagd om dit dossier te blijven opvolgen. Voor de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is de opstelling en de publicatie van het uitvoeringsbesluit van de wet van 7 februari 2014 prioritair.

Het FAGG heeft in partnerschap met Sciensano en het NICC een ontwerp van koninklijk besluit opgesteld dat werd voorgelegd aan de interkabinettenwerkgroepen die vanaf september 2016 zijn georganiseerd. Het koninklijk besluit werd op 26 september 2017 gepubliceerd. Dit nieuwe wetgevende kader voor de verdovende middelen en de psychotrope stoffen maakt een betere bescherming van de volksgezondheid mogelijk. Er werden twee vroegere koninklijke besluiten in één koninklijk besluit geïntegreerd. Krachtens de nieuwe wetgeving zullen de douanes, de politie en justitie efficiënter kunnen ingrijpen tegen nieuwe psychoactieve stoffen. In het kader van de noodhulp zullen verdovende middelen en psychotrope stoffen sneller en efficiënter kunnen worden verzonden⁹.

http://www.etaamb.be/nl/koninklijk-besluit-van-06-september-2017_n2017031231.html

De ontwikkelingen m.b.t. het KB werden gepresenteerd in de ACD maar werden niet ter discussie gebracht.

3.4.Cannabis

3.4.1. Doelstelling en actie

Eén van de opdrachten van de ACD en de IMC is: ‘gemotiveerde maatregelen voorstellen om alle gevoerde en geplande acties van de bevoegde openbare diensten en besturen en van de ondertekenende partijen (i.e. de regeringen) op elkaar af te stemmen en om de doeltreffendheid van die acties te vergroten’.

⁹ www.fagg-afmps.be



Het is in het kader van deze opdracht dat de ACD in 2014 een analyse heeft uitgevoerd van het cannabisbeleid in België. De analyse richt zich uitsluitend op cannabis als illegale stof voor recreatief gebruik. Het rapport behandelt dus niet het gebruik van medicinale cannabis.

De analyse werd uitgevoerd door een ad hoc werkgroep “Cannabis”, die in de schoot van de ACD werd opgericht. Deze werkgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de departementen Justitie, Federale Politie, Volksgezondheid, ...

3.4.2. Realisatie

Het rapport, inclusief de beleidsaanbevelingen die erin geformuleerd worden, werd in 2015 gepresenteerd tijdens de eerste vergadering van de (inmiddels nieuw samengestelde) ACD.

De Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid heeft kennis genomen van het technisch rapport van maart 2015 van de werkgroep cannabisbeleid van de ACD, getiteld ‘Cannabisbeleid in België: analyse en aandachtspunten’.

In 2017 heeft het FAGG een [FAQ's](#) over medische cannabis opgesteld in samenwerking met justitie om te antwoorden op de talrijke vragen van burgers en de verenigingen van gezondheidsberoepen.

De FAQ's kunnen worden geraadpleegd op:

https://www.fagg.be/nl/MENSELIJK_gebruik/bijzondere_producten/speciaal_gereguleerde_stoffen/verdovende_middelen/faq_cannabis

3.4.3. Toekomst

De minister, Collegelid van de COCOF, belast met Openbaar Ambt en Gezondheidsbeleid en de Lid van het Verenigd College van de GGC, belast met Gezondheidsbeleid, Openbaar Ambt, Financiën, Begroting, Patrimonium en Externe Betrekkingen wensen het debat inzake de legalisering van cannabis op gang te brengen, zowel voor medisch als voor recreatief gebruik.

3.5. Gokken

3.5.1. Doelstelling en actie

De gokverslavingsproblematiek werd door het Kabinet van de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin aangebracht in het begin van de legislatuur. De ACD en de TVD hebben vervolgens gezamenlijk beslist om deze problematiek prioritair te maken.



Bedoeling was dat de ACD tegen eind oktober 2016 een beleidstekst over de kans- en gokspelen zou uitwerken en dit voorstel aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid zou voorleggen.

Hiertoe werd een ad hoc werkgroep "gokken" opgericht die is samengesteld uit vertegenwoordigers van de Nationale Loterij, Justitie (Kansspelcommissie), ... Er werd ook een beroep gedaan op externe experts/actoren.

3.5.2. Realisatie

De werkgroep werd in 2015 opgericht en heeft, in een eerste fase, een synthesesnota opgesteld.

Deze synthesesnota is aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid van 24 oktober 2016 voorgelegd. Tijdens deze vergadering werd vervolgens beslist dat de ACD een gecoördineerde visie over het beleid op het vlak van kans- en geldspelen in België zou formuleren en deze aan de volgende Thematische Vergadering Drugs zou voorleggen.

Uit de vergaderingen met de werkgroep en na consultatie van experts werd het duidelijk dat er weinig (recente) gegevens betreffende de prevalentie van gokverslaving beschikbaar zijn. Belgische studies dateren immers uit 2006 en 2004. Vergelijken over de landen heen is bovendien niet altijd mogelijk. Het groeiend aanbod van online kansspelen zorgt er eveneens voor dat de context waarin voorgaande studies gevoerd zijn sterk veranderd is. Voor online kansspelen is er nog onvoldoende kennis beschikbaar over de impact hiervan op problematisch gokken, zeker binnen België.

Op basis van de vaststellingen in de synthesesnota is door de federale minister van Volksgezondheid, gesteund door de ACD, een adviesaanvraag over de juiste zorgen voor deze doelgroep ingediend bij de Hoge Gezondheidsraad (HGR). Dit advies werd uitgebracht in december 2017 en gaf de volgende opmerkingen en aanbevelingen¹⁰:

"Definitie van gokstoornis

De definitie van een gokstoornis werd herzien in de nieuwe versie van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Een gokstoornis wordt nu gedefinieerd als een verslaving terwijl ze vroeger werd beschouwd als een impulscontrolestoornis. Het is een combinatie van persoonsgebonden factoren, omgevingsfactoren (beschikbaarheid,

¹⁰ <https://www.health.belgium.be/nl/news/gokstoornis-belgie>



aanvaardbaarheid) en spelgebonden factoren (winst percentage, tijd tussen inzet en winst enz.) die betrokken is bij de ontwikkeling van pathologisch gokken.

De prevalentie van gokstoornis

De prevalentie van gokverslaving is moeilijk in te schatten omdat we over weinig cijfers beschikken. Het is inderdaad een aandoening die vaak verborgen blijft, waarover niet wordt gesproken en slechts weinig patiënten zoeken hulp. De cijfers waarover we beschikken wijzen op een prevalentie van 0,4 à 4,2% doorheen het leven. Vooral jongeren zijn een risicogroep.

Pathologische stoornissen gerelateerd aan gokken bij jongeren

Een verkennende studie, uitgevoerd in Brussel door de kliniek voor spelverslaving van het UVC Brugmann toont aan dat 50,1% van de jongeren in de 6 maanden voorafgaand aan de enquête ten minste één keer had deelgenomen aan een kans- of gokspel.

Dit onderzoek is gebaseerd op een steekproef van 2000 Franstalige leerlingen tussen 12 en 18 jaar.

Bovendien blijkt uit een onderzoek van de UC Leuven-Limburg dat 23,5% van de bevroegde leerlingen in Vlaanderen en 34,3% van de leerlingen in Wallonië ooit deelnam aan minstens één vorm van digitale kansspelen.

Overigens werd vastgesteld dat van de leerlingen die het afgelopen jaar aan een kansspel hebben deelgenomen, er in Vlaanderen 3,1% en in Wallonië 6,1% problematische gokkers waren. Deze studie toont ook aan dat vooral sportwedenschappen gekocht worden door minderjarigen alhoewel dit verboden is onder de 18.

Opvang van gokstoornissen

Momenteel is het aantal diensten in België dat gespecialiseerd is in gokverslaving beperkt en het aanbod is slecht gekend. Gokstoornissen veroorzaken echter ernstig leed bij de gokkers (op financieel, relationeel, sociaal en psychologisch vlak en er is meer risico op suïcide) alsook bij hun naasten en moeten daarom aangepakt worden.

Om de toegang tot de zorg te vergemakkelijken, dient het bestaande zorgaanbod versterkt te worden, de beschikbare zorgen beter gecommuniceerd te worden en vroegtijdige opsporing verbeterd te worden. Vooral het online aanbod, in combinatie met professionele hulp, kan hierbij een belangrijke rol spelen. De ondersteuning van een gokstoornis moet



multidimensionaal zijn, rekening houden met psychologische, biologische en sociale factoren en zowel motiverende gesprekstechnieken technieken als psycho-educatie omvatten.

Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad

Om het risico op problematisch gokken te verkleinen en de toegang tot de zorg te vergemakkelijken, raadt de HGR aan dat gelijktijdig en op verschillende niveaus maatregelen worden genomen. (Deze lijst is niet exhaustief. De volledige aanbevelingen staan op pagina 26 van het advies):

1. Het onderzoek in dit domein uitbreiden:

- de kennis over de problematiek verbeteren via epidemiologische en sociologische studies (met bijzondere aandacht voor online kansspelen);
- de gegevens van de operatoren moeten door onafhankelijke onderzoekers kunnen worden gecontroleerd en gebruikt.

2. Structurele maatregelen treffen in verband met het gokaanbod:

- reclame verbieden;
- de beschikbaarheid van het gokken beperken;
- het spelaanbod reguleren;
- de gokinstellingen ertoe verplichten om gokkers bij wie een gokprobleem kan worden vermoed, hierop attent te maken en hen naar de zorgverlening te verwijzen.

3. De kennis over gokverslaving en het beschikbare zorgaanbod verbeteren:

- bij eerstelijnszorgverstrekkers
- van de algemene bevolking om het taboe betreffende de gokproblematiek te verminderen.

4. Het bestaande zorgaanbod uitbreiden:

- het aanbod aan behandelingsmogelijkheden bestendigen en uitbreiden met bijzondere aandacht voor de online behandelingen.”

Om deze maatregelen te implementeren, is uiteraard samenwerking nodig tussen de verschillende sectoren (economie, justitie, onderzoek, gezondheid, sociale zaken, enz.).

Het volledig advies nr. 9396 is te vinden op de website van de Hoge Gezondheidsraad: <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9396-gokstoornis>

De visienota werd goedgekeurd op de Thematische Vergadering Drugs van 2 juli 2018. Ze is gebaseerd op de discussienota en bevat de volgende elementen:

- Omschrijving van de problematiek ;
- Huidig Belgisch beleid ;
- Prioritaire onderzoeksvragen. ;
- Preventie en hulpverlening ;
- Regulering van het aanbod.

Conclusie van de visienota:

“Gokverslaving is een probleem van volksgezondheid. Dit verontrustend probleem rechtvaardigt dan ook dat het thema als prioritair wordt behandeld door alle betrokken overheden (federaal, gemeenschappelijk, regionaal). De basis van deze nota is de absolute noodzaak om spelers te beschermen tegen de negatieve gevolgen van kansspelen en weddenschappen, met name het risico op verslaving. Bedoeling is ook om een antwoord te bieden aan de probleemgokkers. De overheden komen hiervoor met een algemene en geïntegreerde aanpak, zowel aan aanbodzijde als aan vraagzijde. Deze visienota focust op de verschillende reeds genomen initiatieven op het vlak van preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en hulpverlening, evenals op de beslissingen rond het reguleren van het aanbod. Deze acties komen de basisdoelstellingen van de nota tegemoet: een betere bescherming van de (toekomstige) speler door preventie en opvang van spel- en gokproblemen. Maar de nota verwijst ook naar elementen die ontbreken, zoals geactualiseerde prevalentieonderzoeken, geharmoniseerde registratiesystemen of kwaliteitsgegevens om het gekozen beleid te evalueren. De visienota benadrukt ook het belang van gecoördineerde acties om de doelgroep zo goed mogelijk te beschermen.”

Justitie heeft een reeks maatregelen genomen om het gokaanbod verder in te perken.

3.5.3. Toekomst

De Waalse Minister van Gezondheid, Sociale Actie, Erfgoed en Openbare Werken wensen eveneens de mogelijkheden te laten onderzoeken voor wetgeving die reclame voor gokken aan banden legt.

Vanuit Vlaanderen wordt benadrukt dat een bevoegdheid-overstijgende samenwerking cruciaal is voor het toekomstig preventief beleid. De effectiviteit van preventieve maatregelen verhoogt immers wanneer op andere bevoegdheidsdomeinen ook acties ondernomen worden die het gevoerde preventieve beleid ondersteunen, met name m.b.t. marketing, beschikbaarheid en prijssetting.



3.6.GHB en GBL

3.6.1. Doelstelling en actie

De opdracht voor de ACD luidde als volgt : ‘De ACD onderzoekt de draagwijdte en het specifieke karakter van de problematiek van GHB en GBL en formuleert, desgevallend, voorstellen aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid.’

Het FAGG heeft dit dossier opgestart en er werd vervolgens beslist om een multidisciplinaire werkgroep op te richten. Immers, we zien in België een toename van de vraag en het aanbod van precursoren¹¹.

3.6.2. Realisatie

Dit thema is geregeld in het koninklijk besluit houdende regeling van verdovende middelen, psychotrope stoffen van 6 september 2017. Titel 5 van het koninklijk besluit van 06.09.2017 houdende regeling van verdovende middelen en/of psychotrope stoffen bepaalt¹² dat een particulier een particulierenvergunning kan aanvragen voor het bezitten, aanschaffen en invoeren van GBL (gamma-butyrolacton) en/of 1,4-BD (1,4-butaandiol) wanneer hij/zij kan aantonen dat:

- de stoffen enkel zullen worden aangewend voor legale doeleinden;
- er geen alternatieven zijn voor deze stoffen om hetzelfde resultaat te bekomen.

Een Belgische marktdeelnemer mag slechts GBL of 1,4-BD afleveren op voorlegging van:

- deze particulierenvergunning, wanneer de afnemer een particulier is;
- een afnemersverklaring, wanneer de afnemer een andere marktdeelnemer is (geen particulier).

De afnemersverklaring moet de (gebruiks-)doeleinden duidelijk vermelden.

¹¹ Drugsprecursoren zijn chemische stoffen waarvan het gebruik legaal is maar die kunnen worden afgeleid om illegale stoffen te produceren.

¹²https://www.fagg.be/nl/MENSELIJK_gebruik/bijzondere_producten/speciaal_gereguleerde_stoffen/verdovende_middelen/particulierenvergunning

3.7. Risicobeperkende druggebruiksruimtes

3.7.1. Doelstelling en actie

De ACD heeft een ad hoc werkgroep gemandateerd om de haalbaarheid en de essentiële voorwaarden voor de implementatie van druggebruiksruimtes in België te onderzoeken. Hierbij moest bijzondere aandacht gegeven worden aan de nood aan een dergelijke ruimte, en haar de wettelijke, budgettaire en organisatorische aspecten

Om deze opdracht te vervullen, heeft de ACD deze opdracht aan een ad hoc werkgroep toevertrouwd. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de verschillende ministers en/of administraties bevoegd voor Gezondheid, Justitie en Binnenlandse Zaken, van de Eerste Minister, van Sciensano en van het College van Procureurs-generaal.

Deze heeft een synthesenota opgesteld en aan de ACD voorgelegd.

Deze nota bevat onder meer een duidelijke definitie, een omschrijving van de algemene context en van de beschikbare cijfers, een overzicht van de relevante (inter)nationale reglementering, een synthese van de evaluaties van projecten in het buitenland en van hun voornaamste resultaten en ervaringen. In een volgende fase werd de synthesenota uitgebouwd tot een visienota.

3.7.2. Realisatie

Tijdens de Thematische Vergadering Drugs van 24 oktober 2016 werd de visienota over risicobeperkende gebruiksruimtes goedgekeurd. Deze is beschikbaar op :

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/thematische-vergadering-drugs-nota-gebruiksruimtes>



Deze bevat de volgende beslissingen en actiepunten :

1. Een studie over een risicobeperkende druggebruiksruimte in België is nodig. Deze studie dient de randvoorwaarden te onderzoeken voor, onder meer, de organisatie van de ruimte en de aansprakelijkheid in geval van ongevallen. De Thematische Vergadering Drugs steunt het initiatief van de Staatssecretaris, bevoegd voor Wetenschapsbeleid, voor de financiering van een dergelijke studie.
2. De federale Ministers in de Thematische Vergadering Drugs achten, in deze legislatuur, de oprichting van een gebruiksruimte niet prioritair. De federale overheid zal geen wijziging van de wet van 24 februari 1921 ter zake initiëren of steunen.
3. De Brusselse Ministers en de Waalse Minister zullen de reflectie over de modaliteiten van een gebruiksruimte verderzetten en steunen een wijziging van de wet van 24 februari 1921

In 2018 werd een studie, gefinancierd door Belspo en verwezenlijkt door UGent, UCL en HoGent met als titel [« Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium »](#), gepubliceerd.

De samenvatting van deze studie kan worden geraadpleegd op: http://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR78_DRUGROOM_summary2018_en.pdf.

3.7.3. Toekomst

De minister, Collegelid van de FGC, belast met Openbaar Ambt en Gezondheidsbeleid wil risicobeperkende gebruiksruimtes voorzien en tevens behandelingen met diacetylmorfine aanbieden. Het zou ideaal zijn om goede praktijken te kunnen uitwisselen, en tegelijkertijd voldoende vrijheid te laten in functie van de specifieke lokale omstandigheden. Dit initiatief wordt ook ondersteund door de Waalse minister van Gezondheid, Sociale Actie, Erfgoed en Openbare Werken en het Lid van het Verenigd College van GGC, belast met Gezondheidsbeleid, Openbaar Ambt, Financiën, Begroting, Patrimonium en Externe Betrekkingen. De Waalse minister van Gezondheid, Sociale Actie, Erfgoed en Openbare Werken vroeg de Waalse regering trouwens ook om de risicobeperkende gebruiksruimtes, die in september 2018 in Luik werd geopend, te ondersteunen. Zij ondersteunt daarom ook de ad hoc wetswijzigingen ten einde een juridisch kader te bieden bij het openen van dit soort initiatieven..

De minister, Collegelid van de FGC, belast met Openbaar Ambt en Gezondheidsbeleid wil dat er op strategische locaties in Brussel boxen voor spuitenruil worden geïnstalleerd. Via deze punten kunnen gebruikers toegang hebben tot een “Steribox” die proper materiaal bevat. Dit kan georganiseerd worden in een dubbel uitwisselingsproces: ofwel via een specifiek jeton die het juiste materiaal aflevert, of via de teruggave van de gebruikte apparatuur die, eenmaal terug



ingediend, recht geeft op nieuw materiaal. Het doel is drievoudig: de toegang tot steriele injectiemateriaalapparatuur vergemakkelijken, de verslaving begeleiden om zorgoportunities te creëren, en overlast en onveiligheid te verminderen.

3.8.Doping

3.8.1. Doelstelling en actie

Om doping optimaal te bestrijden, diende deze transversale problematiek in de ACD te worden besproken. Dit maakt het immers mogelijk om de expertise van de beleidsverantwoordelijken op het vlak van gezondheid, opvoeding en sport, de Nationale Antidopingorganisaties (NADO), de Politie en de Parketten samen te leggen.

Aangezien doping in de ruime zin (het misbruik van stoffen die de prestaties verbeteren) niet alleen een probleem in de sport is, maar ook in de hele maatschappij (bv. om een gespierd “droomlichaam” te krijgen, met het oog op examens, om waakzaam op het werk te blijven, ...), was hiervoor een multidisciplinaire aanpak vereist.

Er is voor dit thema een ad hoc werkgroep opgericht. Het thema werd ook uitgebreid met de problematiek van opvang van gebruikers die op problematische wijze anabolica en steroïden gebruiken.

3.8.2. Realisatie

De werkgroep heeft een synthesesnota opgesteld die in maart 2017 afgerond werd en aan de TVD van de IMC Volksgezondheid op 26 mei 2017 is voorgelegd.

Voor een betere politieke betrokkenheid werden ook de Ministers van Sport uitgenodigd voor de TVD.

De synthesenota formuleerde onder andere de volgende (onderzoeks)vragen

- Wat is de draagwijdte van de doping?
- Wat zijn de effecten van doping op de geestelijke en fysieke gezondheid?
- Wat is de motivatie om zich te doperen alsook voor de amateursporters?
- Wat is de herkomst van de gebruikte dopingproducten?
- Wat is het huidige zorgaanbod voor diegenen die zich doperen en wat zijn de lacunes?
- Wat zijn de efficiënte en gebruikte middelen binnen ieders bevoegdheden om de gebruikers van dopingproducten en de gezondheidsbeoefenaars voor dit thema te sensibiliseren waarbij rekening wordt gehouden met de behoeften van de betrokken gezondheidsbeoefenaars?

De betrokken overheden¹³ kwamen tot een akkoord om gezamenlijk een studie te financieren. Deze studie genaamd 'PREVPED' zal begin 2019 starten.

3.9. Protocolakkoord monitoring van de overheidsuitgaven

3.9.1. Doelstelling en actie

In 2012 werd een Protocolakkoord¹⁴ betreffende de uitvoering van een jaarlijkse monitoring van de overheidsuitgaven op het vlak van illegale drugs, tabak, alcohol en psychoactieve stoffen gesloten. De monitoring van de overheidsuitgaven (die in vijf pijlers verdeeld zijn, met name "preventie", "hulpverlening", "schadereductie", "veiligheid" en "andere") dient een beleidsanalyse van deze uitgaven mogelijk te maken, met name door deze te vergelijken met de formele beleidsintenties.

De overheidsuitgaven voor drugs omvatten alle zogenaamd "proactieve" uitgaven, dat wil zeggen de uitgaven voor de beleidsacties die direct gericht zijn op het drugsfenomeen in België. Deze monitoring heeft dus geen betrekking op de 'externe' uitgaven voor de gevolgen van het drugsgebruik (bijv.: de ziekenhuisopname van een kankerpatiënt omwille van tabaksgebruik) en de privéuitgaven (betaald door de patiënten zelf). Het houdt evenmin rekening met de overheidsinkomsten uit de verkoop van alcohol en tabak.

Deze monitoring heeft verschillende doelstellingen:

¹³ Vlaamse Gemeenschapscommissie, Duitstalige Gemeenschap, Federale Overheid, Vlaamse Gemeenschap, Waalse Regio, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Federatie Brussel-Wallonië, Franse Gemeenschapscommissie, Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

¹⁴ Een protocolakkoord is een document waarin de consensus opgenomen is waartoe de partijen gekomen zijn teneinde een concreet beleid in een specifiek domein te voeren in het kader waarvan alle actoren zich ertoe verbinden om dit beleid binnen de perken van hun bevoegdheden uit te voeren. Dit protocolakkoord werd in het Belgisch Staatsblad van 31 augustus 2012 gepubliceerd.



1. De individuele leden van de ACD de mogelijkheid geven om deze informatie over de overheidsuitgaven te integreren in hun beleid en hun beleidsevaluaties;
2. De ACD de mogelijkheid geven om deze informatie over de overheidsuitgaven te integreren in haar beleid en haar beleidsevaluatie;
3. Het globaal en geïntegreerd drugsbeleid verbeteren door middel van een globaal zicht op de overheidsuitgaven in dit domein.

In het kader van het samenwerkingsakkoord levert deze monitoring ook een bijdrage tot een “het verkrijgen van een globaal inzicht in alle aspecten van de drugsproblematiek, rekening houdende met persoonsgebonden, nationale, culturele en andere eenheden” (Artikel 1, paragraaf 1).

Deze opdracht – op basis van dit Protocolakkoord – werd toegekend aan de permanente coördinatie van de ACD en wordt uitgevoerd op basis van een methodologie uit de studie ‘Drugs in cijfers III’.

Het systeem werd voor het eerst in 2012 getest voor wat betreft de gegevens betreffende de overheidsuitgaven op het vlak van illegale drugs, tabak, alcohol en psychoactieve geneesmiddelen voor 2010. Deze test heeft vooral aangetoond dat een adequate samenwerking met alle betrokken overheden van essentieel belang is om een jaarlijkse meting uit te voeren en om geldige, betrouwbare en volledige gegevens te verkrijgen.

Er werden drie andere oefeningen voor gegevens betreffende illegale drugs, tabak, alcohol en psychoactieve stoffen voor de jaren 2011, 2012-2013 en 2014-2015 uitgevoerd. De resultaten van de monitoring 2012-2013 kunnen ook op de website van de TVD worden geconsulteerd <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl>.

3.9.2. Realisaties

De resultaten van de monitoring 2012-2013 werden door de leden van de ACD goedgekeurd en vervolgens aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid van 24 oktober 2016 voorgelegd.

In 2016 hebben de leden van de ACD de voortzetting van de monitoring van de overheidsuitgaven op het vlak van de psychoactieve stoffen voor de jaren 2014 en 2015 goedgekeurd. Tijdens de vergadering van februari 2016 is er een methodologie goedgekeurd en de permanente coördinatie van de ACD heeft alles in het werk gesteld om de relevante gegevens in te zamelen.



Tijdens deze legislatuur werd de monitoring gerealiseerd en goedgekeurd voor 2012, 2013, 2014 en 2015. Deze gegevens gelden niet volledig voor deze legislatuur, maar brengen een trend in de evolutie van de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid.

In 2012 werd een totaalbudget van €1.049.487.106,68 besteed aan het drugsbeleid en €1.378.609.831,67 in 2015. Dit betekent een verschil van meer dan 30% over een periode van 3 jaar. Deze uitgaven zijn gemiddelde ramingen die voornamelijk betrekking hebben op de kosten voor ziekenhuisopnames en uitgaven binnen justitie.

Het grootste deel van deze uitgaven gaat naar de gezondheidssector en meer bepaald naar de ziekenhuissector (ongeveer 60%). De veiligheidssector neemt ongeveer 40% van de uitgaven voor haar rekening, terwijl schadebeperking en preventie respectievelijk ongeveer 0,35% en 1% bedragen.

De trend is dus een stijging van de kosten van de veiligheidspijler, ten koste van andere pijlers zoals preventie (1,25% in 2012, 1% in 2015) en hulpverlening (69% in 2012, 61% in 2015).

De verdeling van deze overheidsuitgaven is stabiel in de tijd: alcohol is goed voor meer dan 55% van de uitgaven, illegale drugs ongeveer 30%. De tabaksuitgaven worden geschat op iets minder dan 1,5%.

De belangrijkste conclusies van deze monitoring zijn de volgende:

1. De overheidsuitgaven zijn sterk verweven en soms overlappend. De centra ontvangen soms globale budgetten voor acties die betrekking hebben op preventie, hulpverlening en schadebeperking.
2. De gezondheidsdepartementen maken in hun financiering zelden onderscheid tussen legale en illegale drugs.
3. De uitgaven voor veiligheid en hulpverlening nemen toe. De uitgaven voor preventie en harm reduction blijven stabiel.

De monitoring rond overheidsuitgaven aan psychoactieve stoffen voor de jaren 2014 en 2015 werd finaal goedgekeurd op 1 oktober 2018 en was het onderwerp voor een **persbericht** met volgende inhoud:

De Algemene Cel Drugsbeleid is verantwoordelijk voor het regelmatig uitvoeren van analyses van overheidsuitgaven rond illegale drugs, alcohol, tabak en psychofarmaca.

Deze monitoring inventariseert, zo nauwkeurig mogelijk, de directe uitgaven van overheidsinstanties (federaal en regionaal) voor psychoactieve stoffen. Het gaat hier dus niet om het evalueren van de indirecte gevolgen van de consumptie ervan (zoals bijvoorbeeld ziekten veroorzaakt door tabak).



In 2014 en 2015 werd jaarlijks gemiddeld 1,3 miljard € besteed aan het drugs-, alcohol- en tabaksbeleid.

- *Iets minder dan 40% van deze bedragen werd besteed aan hulpverlening, namelijk de zorg/opvang en behandeling van patiënten. Het kan gaan om een ziekenhuisverblijf, maar ook om een behandeling in een gespecialiseerd centrum, online hulp, etc.*
- *Ongeveer 60% van deze uitgaven werd besteed in het kader van de veiligheid, waaronder het werk van de rechtbanken, politiediensten, douane, controlediensten ...*
- *De rest van de uitgaven werd besteed aan preventie en schadebeperkende maatregelen.*

Alcohol is goed voor ongeveer 55% van de uitgaven en is dus het voornaamste product in deze context. Dit komt neer op ongeveer 1 miljoen hospitalisatiedagen in 2014, alleen al voor een alcoholgerelateerde diagnose. Iets meer dan 30% van deze uitgaven heeft betrekking op illegale drugs en minder dan 1,5% heeft betrekking op uitgaven rond het tabaksgebruik.

De andere bevindingen van het rapport zijn:

- *Overheidsuitgaven zijn nauw met elkaar verbonden en overlappen elkaar soms;*
- *De gezondheidsdepartementen maken zelden een onderscheid in hun budgettering tussen legale en illegale drugs;*
- *Uitgaven voor veiligheid en hulpverlening stijgen. Uitgaven voor preventie en schadebeperking blijven gelijk;*
- *De klemtonen van de deelstaten verschillen.*

3.10. Actualisatie Gemeenschappelijke Verklaring IMC Drugs van 25.01.2010

3.10.1. Doelstelling en actie

Aan het begin van de legislatuur werd beslist om een globale actualisering uit te voeren van de voorgaande relevante beleidsdocumenten op basis van nieuwe ontwikkelingen, de invloed van de staatshervorming, ...

Echter, tijdens de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid van 24 oktober 2016 werd voorgesteld dat de ACD pas zal discussiëren over de actualisatie van haar strategie nadat de ‘deeldiscussies’ over onder meer tabak, alcohol, de gebruiksruidtes en de kans- en gokspelen afgerond zouden zijn. Immers het ging hier over relatief nieuwe thema’s, waarover de standpunten nog uitgekristalliseerd dienden te worden.

3.10.2. Realisaties

De ACD heeft een formele actualisatie van haar beleid beperkt tot een specifiek hoofdstuk in de kadernota integrale veiligheid en enkele visienota’s. In 2018 werd beslist om een algemene evaluatie van het drugsbeleid in België te financieren door middel van het federaal onderzoeksprogramma ‘drugs’ (BELSPO). Deze studie zal uitgevoerd worden door de Universiteiten van Gent en Leuven en zal starten in 2019. De resultaten van deze studie kunnen gebruikt worden voor toekomstige beleidskeuzes.



3.11. Betrokkenheid maatschappelijk middenveld

In 2018 heeft het Civil Society Forum on Drugs¹⁵ de ACD gevraagd of sommige organisaties die representatief zijn voor het maatschappelijk middenveld kunnen worden geïntegreerd in de verschillende werken. Dit thema werd uitvoerig besproken tijdens de vergaderingen en er werden verschillende initiatieven genomen om toegang te krijgen tot dit verzoek.

Een eerste vergadering onder voorzitterschap van de coördinator van de ACD, waarbij de drie Belgische overkoepelende federaties van de gezondheidssector voor drugsproblematieken (VAD, FEDITO wallonne, FEDITO Brussel) en Anyone Child Transform konden worden gehoord, werd georganiseerd in december 2018.

Na deze vergadering zijn de leden van de ACD het volgende overeengekomen :

1) De ACD organiseert jaarlijks een consultatie met vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld. Om te bepalen welke organisaties geconsulteerd worden, zal het secretariaat van de ACD een oproep lanceren met de volgende criteria:

- Rechtstreekse betrokkenheid bij de verslavingsproblematiek;
- Niet-gouvernementeel karakter (maar mag gesubsidieerd zijn door een overheidsinstelling);
- Niet commercieel karakter;
- Transparantie in de statuten, de opdrachten en de financieringsbronnen.

Het secretariaat zal een eerste selectie doen op basis van de bovenstaande criteria. Die selectie zal ter goedkeuring voorgelegd worden aan de ACD.

2) Voor de belangrijke dossiers of werven waarvoor een werkgroep zal worden opgericht, zal het aan elke werkgroep zijn om te bepalen of en hoe het middenveld geconsulteerd kan worden op de meest geschikte manier (ad-hoc consultatie).

3) De agenda van elke vergadering van de ACD zal enkel gestuurd worden naar de drie koepelorganisaties die gespecialiseerd zijn preventie, schadebeperking en hulpverlening voor personen met een middelenprobleem. Het gaat om VAD, Fédito Bxl en Fédito wallonne. Zij zullen de mogelijkheid krijgen om een aanvraag in te dienen om deel te nemen aan de vergadering voor bepaalde specifieke agendapunten. Hun argumenten, adviezen en opmerkingen moeten vooraf aan vergadering doorgestuurd worden naar het secretariaat. Op

¹⁵ https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/networks/civil-society-forum-drugs_en

basis van die argumentatie zal de permanente coördinatie (i.e. de coördinator van de ACD en het secretariaat) beslissen om de aanvraag al dan niet goed te keuren.

Er zal aan de geconsulteerde organisaties verduidelijkt worden dat de politieke eindbeslissing de verantwoordelijkheid van de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid zal blijven.

3.12. Realisaties van de CGD

Op 30 mei 2001 hebben de bevoegde ministers voor gezondheid een protocolakkoord over de ontwikkeling van een geïntegreerd gezondheidsbeleid op het vlak van drugs ondertekend. In dit akkoord verbinden de ministers zich ertoe om hun beleid op het vlak van de preventie van het gebruik van drugs en de hulp aan personen met gezondheidsproblemen door het gebruik van drugs op elkaar af te stemmen. Hiertoe werd de CGD in 2002 opgericht die sindsdien regelmatig vergaderd heeft.

Een deel van de activiteiten van de CGD is door diverse werkgroepen binnen de ACD overgenomen. De meeste leden van de CGD waren bijgevolg actief in de voornoemde ad hoc werkgroepen, in het bijzonder in de ad hoc werkgroep « alcohol », maar ook en vooral in de ad hoc werkgroep "Doping" en « Kans- en gokspelen». De voornaamste thema's van 2015 zijn belangrijke onderwerpen in 2016 en 2017 gebleven, met name de reglementering van de behandelingen met behulp van vervangingsproducten, het BelPEP ("Belgian Psychotropics Expert Platform") en het pilootproject "Zorg en detentie".

3.12.1. De behandelingen met vervangingsmiddelen

De herziening van de huidige reglementering betreffende de behandelingen met vervangingsmiddelen was belangrijk voor het federale niveau. De federale minister van Volksgezondheid is van mening dat er een duidelijk wettelijk kader voor de behandelingen met vervangingsmiddelen dient te worden vastgesteld, waardoor een correcte implementatie in de praktijk mogelijk wordt.

Om algemene zorg aan de patiënten in het kader van een substitutiebehandeling te kunnen aanbieden, is de samenwerking tussen de deelgebieden absoluut noodzakelijk, vooral wat betreft (a) de (psychosociale) ondersteuning van de patiënten via een betere samenwerking met de (gespecialiseerde) centra en (b) de organisatie van de (basis)opleiding voor de artsen die patiënten in het kader van een substitutiebehandeling behandelen.

De deelstaten zijn door het FAGG op de hoogte gebracht van de hoofdlijnen van het ontwerp van koninklijk besluit en hebben hun opmerkingen gegeven.

Dit KB-voorstel werd ook voor advies voorgelegd aan de Orde van Geneesheren.

Gezien de ontwikkelingen op het terrein en de wetenschappelijke kennis heeft de federale minister van Volksgezondheid geoordeeld dat een koninklijk besluit dat enkel betrekking heeft op vervangingsbehandelingen niet de meest efficiënte aanpak is. Het reglementeren van deze behandelingen zou moeten worden opgenomen in een bredere wetgeving dat ook andere risicovolle stoffen bevat. Deze discussie dient te worden gevoerd in de volgende legislatuur.

3.12.2. Belgian Psychotropics Expert Platform (“BelPEP”)

Gelet op de talrijke adviezen die uitgebracht zijn over een hoog gebruik van psychotrope stoffen heeft de federale minister van Volksgezondheid al in 2012 een wetenschappelijk platform "psychotrope stoffen" opgericht. Bedoeling van dit platform is om te komen tot een adequaat gebruik van psychotrope stoffen (psychostimulantia, benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica). Ook in het federale regeerakkoord van 2014 wordt deze doelstelling expliciet vermeld.

Het platform bestaat uit een coördinatiecomité en drie werkgroepen (WG):

- WG1 : "Adequaat gebruik van psychostimulantia bij kinderen en jongvolwassenen"
- WG2 : "Adequaat gebruik van psychofarmaca bij niet-geïnstitutionaliseerde volwassenen "
- WG 3: " Adequaat gebruik van psychofarmaca bij geïnstitutionaliseerde ouderen "

Tijdens de eerste vergadering van de WG "Adequaat gebruik van psychostimulantia bij kinderen en jongvolwassenen" werd vastgesteld dat verschillende specifieke sectoren, die niet onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen, bij deze problematiek moesten worden betrokken. Het gaat onder meer over onderwijs, gezinsplanning, schoolgeneeskunde, de gemeenschapsinstellingen, CLB's, Kind en Gezin en de geestelijke gezondheidscentra. Bijgevolg is aan de Gemeenschappen en de Gewesten in de CGD in 2015 gevraagd om een expert terzake aan te wijzen.

Ondertussen hebben verschillende werkgroepen een actieplan uitgewerkt dat is goedgekeurd door het coördinatiecomité. Er werden initiatieven gepland op het vlak van sensibilisering, en de redactie en de implementatie van richtlijnen en aanbevelingen voor de beroepsbeoefenaars... We geven hieronder slechts enkele elementen.



- **Update van de richtlijnen voor de huisartsen op het vlak van antidepressiva:**

Huisartsen kregen vanaf 14 februari 2017 een volledig vernieuwde richtlijn over de aanpak van depressie bij volwassenen ter beschikking. De nieuwe richtlijn is een geactualiseerde versie van de richtlijn “Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts” uit 2008. Omdat de wetenschappelijke inzichten en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg sindsdien zo sterk zijn geëvolueerd, hebben de wetenschappelijke huisartsenverenigingen Domus Medica en Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) de oude richtlijn herzien. De nieuwe versie is gevalideerd door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam).

- **Ontwikkeling van ADHD-zorgcircuits:**

In het kader van het nieuwe beleid inzake geestelijke gezondheid voor kinderen en adolescenten heeft de FOD Volksgezondheid (van mei 2016 tot eind 2017) een proefproject gefinancierd dat tot doel had in alle Belgische provincies en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een aan de noden aangepast zorgprogramma rond de diagnose en de behandeling van kinderen en adolescenten met AD(H)D te ontwikkelen en uit te voeren. Er werden 11 mensen aangeworven – één per gebied – met expertise rond deze problematiek. Na deze inventaris en analyse van het zorgaanbod hebben zij diverse hulpmiddelen ontwikkeld om de betrokken partners te helpen en te ondersteunen. Een van de ontwikkelde instrumenten is de website www.adhd-traject.be, die een "passend zorgpad" biedt voor kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met druk gedrag en/of aandachts- en concentratieproblemen. Deze wetenschappelijk onderbouwde site biedt praktische informatie voor gezondheidswerkers maar ook voor ouders en leerkrachten. Op 14 september 2018 werd voor de verschillende betrokken partners een studiedag georganiseerd.

- **Campagne rond Benzodiazepines voor huisartsen, apothekers en ziekenhuisdirecteurs:**

Een sensibiliseringscampagne voor het bevorderen van een adequaat gebruik van benzodiazepines werd gelanceerd op 1 februari 2018. Deze campagne is opnieuw gericht op gezondheidswerkers (huisartsen, apothekers en ziekenhuisdirecties), die een cruciale rol spelen bij het informeren, opvoeden en begeleiden van patiënten die leiden aan angst, stress of slaapstoornissen of die afhankelijk zijn van benzodiazepines. Alle informatie over de campagne bevindt zich op de website www.slaapenkalmemiddelen.be.

De volgende instrumenten zijn ontwikkeld:

- een nieuwe website met beroepsspecifieke hulpmiddelenboeken (één voor huisartsen en één voor apothekers). Deze [hulpmiddelenboeken](#) bevatten tal van praktische tips en hulpmiddelen.



- een praktische fiche voor artsen met een samenvatting van de verschillende punten die moeten worden aangekaart om patiënten door te verwijzen naar andere alternatieven dan benzodiazepines en om met een afhankelijke patiënt om te gaan.
- een e-learningcursus om vaardigheden in de omgang met angst-, stress- of slaapstoornissen te vergroten, met de nadruk op gesprekstechnieken en op de juiste plaats van medicijnen. Sinds februari 2018 zijn de FR en NL versies identiek en beschikbaar op het online opleidingsplatform van de FOD-RIZIV.
- sinds 2007 worden er opleidingen aangeboden in de LOK's (lokale kwaliteitsgroepen) die huisartsen de mogelijkheid bieden hun ervaringen te delen, hun praktijken te vergelijken en de voordelen van niet-medicamenteuze alternatieven te analyseren.
- brochures en affiches zijn beschikbaar voor patiënten in wachtkamers, apotheken en ziekenhuizen.

De CGD werd regelmatig geïnformeerd over de voortgang van deze studie en over de resultaten van de verschillende werkgroepen en van het coördinatiecomité "psychotrope stoffen". Zoals hierboven ter sprake gebracht, nemen sommige leden van de CGD deel aan bepaalde werkgroepen of hebben ze hier experts afgevaardigd. In de CGD heeft men ook meermaals aangedrongen op een actieve deelname van de deelgebieden aan deze problematiek.

3.12.2. TDI

De registratie van de Treatment Demand Indicator of TDI bestaat erin om de behandelingsaanvragen die verband houden met een druggerelateerde problematiek¹⁶ te registreren. Volgens EMCDDA¹⁷ moeten enkel de aanvragen betreffende illegale drugs worden geregistreerd, maar België heeft op verzoek van de CGD hierbij de behandelingsaanvragen die verband houden met legale drugs en meer specifiek alcohol toegevoegd. De registratie dient bij de zorginstellingen te gebeuren die personen voor een drugprobleem behandelen.

Deze TDI-registratie is niet enkel op nationaal niveau belangrijk, maar België dient ook gegevens op Europees niveau te kunnen leveren. België heeft zich in het kader van de actieplannen Drugs 2009-2012 en 2017-2020 van de Europese Unie opnieuw ertoe verbonden om de gegevens (in de vorm van tabellen) aan EWDD te leveren. Sciensano is het nationale focal point voor de mededeling van deze gegevens aan EWDD.

¹⁶ De TDI-registratie is één van de vijf indicatoren van de Drugsstrategie van de EU 2005-2012. Deze strategie werd door alle EU-Lidstaten goedgekeurd.

¹⁷ Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (www.emcdda.eu.int)



Op 19 oktober 2015 werd het nieuwe TDI-protocolakkoord tussen de ministers bevoegd voor Gezondheid in België gesloten. Dit nieuwe protocolakkoord voorziet ook in een (aangepaste) verdeelsleutel voor de financiering.

De indicator van behandelingsaanvragen betreffende drugs en alcohol (Treatment Demand Indicator of TDI) is de gestandaardiseerde referentietool die reeds langer dan 20 jaar in alle Europese landen en ook in andere naburige landen wordt gebruikt om gegevens te verzamelen om het debat rond psychoactieve middelen te ondersteunen. In België werd deze gegevensinzameling in 2011 systematischer en gecentraliseerd ingericht. De coördinatie van de registratie wordt uitgevoerd door de unit illegale middelen van Sciensano, tevens het Reitox Nationale Focal Point voor België. In 2015 trad er een nieuw protocol en een verplichting voor een systematische registratie binnen de ziekenhuisstructuren in voege. Sindsdien heeft de indicator een voldoende hoge dekking en is de vergelijking van beschikbare informatie over de jaren heen makkelijker geworden. Jaarlijks publiceert Sciensano een overzichtsrapport met de belangrijkste bevinding en trends. De gegevens worden ook aan het EWDD verschaft als deel van Europese rapporteringsverplichting. De verdere ontwikkeling van de indicator verloopt in nauw overleg met zowel het Coördinerend Comité TDI als EWDD.

De afgelopen drie jaar was de deelname aan de registratie stabiel met ongeveer 220 deelnemende behandelingseenheden en 30.000 gerapporteerde behandelingsepisodes per jaar. We kunnen ervan uitgaan dat de globale dekkinggraad van de gespecialiseerde centra (ambulant en residentieel) boven de 97% ligt, die van de ziekenhuizen ligt rond de 95% terwijl die voor de Centra Geestelijke Gezondheid een stuk lager ligt (75%). In het algemeen kunnen we stellen dat een groot aandeel van de bovengenoemde structuren die werken rond de verslavingsproblematiek aan de registratie deelnemen.

Overzicht van de meest recente ontwikkelingen per type substantie:

- Opioïde-gerelateerde registraties zijn sinds 2012 gestaag afgenomen in de groep van referentiecentra, maar ook in het algemeen in de gehele gegevenscollectie. Slechts 14% van de registraties vermeldt een opioïd als problematische stof in 2017, terwijl deze in 2015 nog 16% waren. Deze daling betreft voornamelijk heroïne en misbruik van methadon. Registraties voor andere opioïden zoals fentanyl blijven relatief stabiel. De daling in heroïnebehandelingen kan worden vergeleken met de – doch beperktere - daling van de voorschriften voor methadon of buprenorfine in België sinds 2014. We worden dus geconfronteerd met een vergrijzende populatie in substitutiebehandeling met veel sociale problemen en problematische drugconsumptie (poly-consumptie, injecterend gebruik).
- Het aantal opnames voor stimulantia daarentegen is onderhevig aan een zeer sterke toename in de TDI. Ze zijn goed voor 37% van het aantal behandelingsperiodes voor illegale



stoffen, een stijging van 6% in 3 jaar. Dit is vooral het geval voor cocaïne en crack, hoewel crack beduidend minder vaak wordt genoemd dan cocaïnepoeder (ongeveer 5x minder vaak). We vermoeden echter een onder rapportering van crack-gebruik. Onder meer observeren we een aanzienlijk deel van de records waarvoor cocaïnepoeder wordt gerapporteerd als zijnde gerookt (ongeveer 20%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat crack-gebruikers een andere terminologie toepassen of ook liever praten over cocaïne vanwege de stigmatisering van crack-gebruik, een fenomeen dat ook wordt waargenomen in andere Europese landen.

- Het aantal cannabisgebruikers dat in behandeling is blijft sinds 2013 relatief stabiel. Het vertegenwoordigt 1/3 van de behandelingen voor illegale middelen. Anderzijds, van het totaal aantal van 2.700 patiënten meldt meer dan de helft zich voor de eerste keer aan voor een behandeling voor een verslavingsprobleem. Bovendien is het aandeel behandelingsperioden na doorverwijzing door justitie significant (29%). Het zou daarom interessant zijn om het profiel van deze gedwongen (gerechtelijke) opnames in termen van problematische consumptie te bestuderen, en na te gaan in hoeverre deze van invloed zijn op een publiek dat behoefte heeft aan behandeling.
- Behandelingsaanvragen die andere psychoactieve stoffen melden zoals NPS (Nieuwe Psychoactieve Stoffen) of bv. fentanyl, blijven in absolute aantallen zeer beperkt, maar worden specifiek bijgehouden om mogelijke nieuwe trends te identificeren.
- Behandelingsaanvragen voor alcohol blijven echter domineren (53% van de aanvragen), ondanks een lichte afname tussen 2016 en 2017; bovendien vermelden bijna 2/3 van de aanvragen alcohol als problematische stof. In tegenstelling tot illegale stoffen wordt bijna 85% van de behandelingsperiodes geregistreerd in ziekenhuizen, terwijl dit aandeel varieert van 20 tot 30% voor illegale stoffen. Sinds 2015 is er een toename van het aantal eerste behandelingen, een daling in de leeftijd bij eerste behandeling, en een toename van het aandeel vrouwen.

De gecollecteerde TDI-gegevens worden regelmatig gebruikt in verschillende wetenschappelijke studies. Onlangs heeft de GENSTAR-studie van Belspo (een studie met focus op de rol van gender bij behandelings- en preventieprogramma's voor alcohol- en drugsgebruikers) de TDI-gegevens gebruikt om de genderkloof in de behandeling aan te tonen. Het onderzoek dat de TDI-database koppelt aan de intermutualiteit-databank leverde ook resultaten op voor hepatitis C-testen bij de studiepopulatie, en verschillen in mortaliteit. Het nut en de mogelijkheden op het gebied van volksgezondheid en epidemiologie werden dus aangetoond.

Besluit en stappen vooruit:

Een uniformisering en volledigheid van de gegevensverzameling is van groot belang om correcte besluiten uit de monitoring te garanderen. Daartoe is het jammer dat een belangrijke groep zorgverstrekkers of behandelingscentra nog steeds niet deelneemt aan de registratie. Er is op dit moment weinig kans dat dit op korte of middellange termijn zal veranderen en dat groepen zoals de huisartsen, de gevangenen of de wijkgezondheidscentra zullen deelnemen als gevolg van de noodzakelijke werklust en het gebrek aan beschikbare middelen. Toch zijn er specifieke projecten die ons toelaten een idee te krijgen van wat er zich afspeelt in die niet-deelnemende centra. Het netwerk van de huisartsenpeilpraktijken, gecoördineerd door Sciensano, volgt sinds enkele jaren de behandelingen die verband houden met middelengebruik. Deze peilpraktijk biedt een interessant beeld aan over wat zich op het gebied van middelenproblematiek afspeelt bij de huisartsen.

Sciensano werkt regelmatig en actief samen met alle Reitox nationale focal points op Europees niveau die de TDI in hun respectieve landen coördineren. De jaarlijkse bijeenkomsten zijn een uitstekende gelegenheid om cijfers te bespreken en te vergelijken doorheen Europa, om te leren van de ervaring van andere collega's of om een fenomeen te bestuderen dat op Europees niveau is waargenomen. Zo was er tijdens de laatste bijeenkomst o.m. overleg over hoe trends te analyseren met behulp van TDI, over de interpretatie van de toename in behandelingsaanvragen voor cocaïne of over de verwijzing naar de rechter van cannabisgebruikers.

TDI is daarom een onmisbaar instrument voor het uitvoeren van drugepidemiologie, zowel Europees als in België in bv. de jaarrapportering, maar ook als basis voor meer specifieke studies. Bovenal moet het in de loop van de tijd een bron van betrouwbare, kwalitatieve en representatieve gegevens blijven om de verschillende partners in het veld of instellingen te helpen om het fenomeen alcohol en drugs in België beter te begrijpen.

De rol van de CGD bestaat erin om de opvolging van deze registratie verder te blijven garanderen en toe te zien op de naleving van de bepalingen in het protocolakkoord.

3.12.3.3. Toekomst

Het Lid van het Verenigd College van de GGC, belast met Gezondheidsbeleid, Openbaar Ambt, Financiën, Begroting, Patrimonium en Externe Betrekkingen pleit ook voor een betere uitwisseling van epidemiologische gegevens, vooral voor ziekenhuisgegevens.

3.12.3. Proefproject 'drughulpverleningsmodel in gevangenen'

Het federale regeerakkoord voorziet erin dat er dient te worden onderzocht hoe de gezondheidszorg voor gedetineerden kan worden geoptimaliseerd. In dit kader heeft het



federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) in oktober 2015 een studie opgestart over de modaliteiten en de impact van een verzekeraarheid van de gedetineerden in het algemene systeem en over de aanpassing van de organisatie van de zorg in de gevangnissen teneinde deze zorg gelijkwaardig te maken aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij. De definitieve resultaten van de studie werden in oktober 2017 gepubliceerd¹⁸.

Uit een groot aantal studies en ervaringen blijkt evenwel dat het gebruik van drugs één van de grote problemen in de gevangnissen is. Vandaag de dag lopen er al verschillende projecten / initiatieven in sommige gevangnissen (zoals de behandeling met methadon, drugsvrije afdeling in Brugge, de rol die door de centrale contactpunten wordt gespeeld, ...), maar het gaat meestal om lokale initiatieven die beperkt zijn tot 1 of enkele gevangnissen /doelgroepen, en die dus niet algemeen ingang hebben gevonden. Het is momenteel de bedoeling van Volksgezondheid, in samenwerking met Justitie en het RIZIV, om een algemener gezondheidsbeleid alsook een multidisciplinaire behandeling voor gedetineerden met een verslavingsproblematiek uit te werken. De behoeften op het vlak van de gezondheidszorg voor deze doelgroep zijn zeer groot.

Om de kwaliteit van de zorg voor druggebruikers in de gevangnissen te optimaliseren, heeft de federale Minister van de Volksgezondheid in 2017 een proefproject gestart in drie Belgische gevangnissen (Hasselt, Lantin en de Strafinrichting van Brussel). Conform haar bevoegdheid wordt de nadruk vooral gelegd op de versterking van de medische diensten in de gevangnissen. Een samenwerking met de ministers van Justitie en ministers van de deelgebieden die bevoegd zijn op het vlak van gezondheid en/of hulp en zorg aan gedetineerden blijft evenwel noodzakelijk. Er werden reeds verschillende interkabinettenwerkgroepen georganiseerd met de vertegenwoordigers van de ministers die lid zijn van de IMC Volksgezondheid en van de minister van Justitie. De experts op het terrein terzake werden ook geconsulteerd.

Bedoeling van de CGD was om de verdere concretisering van het proefproject in overleg met Justitie, de experts en de deelgebieden voort te zetten. Om de haalbaarheid van het project en onder meer een samenwerking met de deelgebieden te onderzoeken, werden er bilaterale overlegvergaderingen (Vlaanderen, Wallonië, Brussel) in 2016 georganiseerd. Verder werden projectvoorstellen uitgewerkt door de lokale stuurgroepen drugs van de drie gevangnissen. Deze voorstellen werden in de CGD besproken in functie van maximale informatie uitwisseling en coherentie tussen de beleidsinitiatieven.

¹⁸https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_293As_Gezondheidszorg_Belgische_gevangnissen_Synthese.pdf

De IMC Volksgezondheid van 20 november 2017 bekrachtigde vervolgens een gezamenlijk project dat tot doel heeft om een opvangmodel te ontwikkelen voor mensen in detentie met een druggerelateerd probleem. Het doel is om dit model in een pilootfase te ontwikkelen en het in drie gevangenissen te testen, namelijk in de gevangenis van Hasselt, van Lantin en in het Brusselse penitentiaire complex (Berkendael en Sint-Gillis)

Beoogd wordt, via de toegekende projectmiddelen, bijkomende inhoudelijke (expertise, vorming) en organisatorische (personeelsmatig) ondersteuning te bieden aan de (piloot)gevangenissen, om een kwaliteitsvolle zorg voor personen in detentie met een middelen gerelateerde problematiek te kunnen realiseren. Dit impliceert dat een zorgtraject op maat van de gedetineerde uitgewerkt moet worden, gelijkwaardig aan de zorg in de vrije samenleving, dit rekening houdend met de specifieke omstandigheden op het vlak van detentie en de actuele zorgcontext.

Het gezamenlijke project beschrijft ook de timing, het door de federale minister van Volksgezondheid toegekend budget, een update van de inhoud van het project, de lokale en federale coördinatie van het project, de wetenschappelijke ondersteuning en de berichtgeving rond het pilootproject.

De deelstaten steunen de pilootprojecten door de samenwerking aan te moedigen van de diensten die onder hun bevoegdheid ressorteren met de interne medische diensten. Dit geldt in het bijzonder voor wat betreft de adequate oriëntatie van de betrokken gedetineerden zodat we, op een coherente manier, streven naar gelijkwaardige zorg binnen en buiten de gevangenis.

De Universiteit Gent werd in samenwerking met het Nationaal Instituut voor Criminalistiek via een overheidsopdracht geselecteerd voor de opvolging en de wetenschappelijke ondersteuning. Hun missie startte in december 2018.

Een stuurgroep werd in 2018 opgericht, bestaande uit leden van het DG Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, leden van het DG EPI van de FOD Justitie, de projectcoördinator (en eventueel andere projectverantwoordelijken) en de regionale drugscoördinatoren.

3.12.3.3. Toekomst

Betreffende de GGZ en verslavingszorg in de penitentiaire instellingen moet ook worden vermeld dat de minister van Volksgezondheid van het Waals Gewest de begeleiding van de gevangenen met een verslaving zal versterken in de 14 Waalse gevangenissen door middel van een parttime of een fulltime kracht. Dit is een beslissing van de Waalse regering op basis van een resolutie van het Waals parlement. Om de samenwerking tussen de diensten binnen de gevangenissen te verbeteren, vond in dit kader een overleg plaats met de federale kabinetten

van Justitie en Volksgezondheid en met het kabinet van de minister van de Franse Gemeenschap belast met de Justitiehuzen en de sociale hulpverlening aan de gevangenen.

3.12.4. Centrale aanmeldingspunten

De verlenging van de financiering van de centrale aanmeldingspunten werd ook in de CGD besproken. Justitie kan immers deze initiatieven niet meer blijven financieren, aangezien ze niet onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen. Het is dus aan de deelgebieden om deze initiatieven al dan niet voort te zetten. Er werden bilaterale vergaderingen met Wallonië, Brussel en Justitie georganiseerd en de financiering kon worden verlengd, mits wijzigingen in de modaliteiten van het model.

Wallonië heeft echter de principes van de centrale aanmeldingspunten opgenomen in haar projectoproep ter verbetering van de gezondheid van de gedetineerden, in het bijzonder betreffende de geestelijke gezondheid en de verslavingsproblematiek. De projectoproep tot het indienen van voorstellen is inderdaad gericht op het doorverwijzen van gedetineerden, de zorgcontinuïteit na de detentie en op de samenwerking tussen de zorg- en hulpverleningsinstellingen.

Vanuit Vlaanderen werden structurele middelen ingezet om de werking van het Vlaamse centrale aanmeldingspunt te continueren, weliswaar op basis een hernieuwde projectaanvraag. De TANDEM-werking werd verbonden aan het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid.

3.12.5. Naloxone

Tijdens de vergadering van de GCD van 10 juli 2017 hebben de FGC en het Waals Gewest aan het secretariaat gevraagd dat de kwestie « naloxone », een antidotum voor overdoses door opioïden, zou worden onderzocht. De volgende kwesties zijn besproken:

- Naloxone is momenteel niet vrij verkrijgbaar;
- Volgens de Belgische wet dient Naloxone enkel door een arts te worden toegediend;
- Personen zonder papieren, of personen in probatie die een geval van overdosis melden, riskeren om te worden vervolgd en zijn bijgevolg terughoudend om overdoses te melden;
- Dit geneesmiddel is niet verplicht aanwezig in ambulances en bij artsen van wacht.

Het secretariaat heeft een nota over de stand van zaken betreffende Naloxone in België opgesteld door onder meer internationale aanbevelingen hierin te integreren. Deze nota werd



tijdens de vergadering van 11 december 2017 besproken. De standpunten van elke overheid die betrokken is bij dit dossier zullen verder moeten bepaald worden.

De conclusies van de nota zijn:

Het opzet van het ter beschikking stellen van Naloxone overschrijdt ruimschoots het kader van de risicobeperking voor opioïdengebruikers. Overdoses aan opioïden kunnen immers ook chronische pijnpatiënten treffen of kinderen van opioïdengebruikers ouders, zorgpersoneel, ambulanciers, politieagenten, brandweermannen ... Sommige synthetische fentanylderivaten kunnen dodelijk zijn door louter huidcontact.

Het eerste wat men moet doen bij een overdosis is uiteraard de hulpdiensten oproepen. In afwachting van hun komst kan Naloxone helpen door aan de persoon in nood (bij herhaling) vooraf bepaalde doses toe te dienen. De doeltreffendheid van het geneesmiddel is bewezen voor het overgrote merendeel van de opioïden maar aangezien er voortdurend nieuw synthetische producten op de markt komen, kan een afname van de doeltreffendheid bij deze producten niet uitgesloten worden. Desondanks blijft het momenteel een zeer adequaat geneesmiddel in geval van een overdosis.

De wettelijke aspecten buiten beschouwing gelaten, zou een 'Naloxone kit' idealiter moeten gepaard gaan met een opleiding zowel inzake de toediening ervan als inzake eerste hulp en levensreddende handelingen. Dit zou het trouwens mogelijk maken om de contacten tussen de persoon met een druggebruik en de gespecialiseerde verslavingscentra te verhogen. Dergelijke programma's zouden idealiter moeten worden opgezet in de bestaande gespecialiseerde structuren.

Intraveneuze toediening blijft de meest doeltreffende en wetenschappelijk bewezen vorm van toediening, ook al werden goede resultaten geboekt met nasale of intramusculaire toediening. Enkel voorrang geven aan de neusspray heeft alleen zin wanneer men de gevolgen die zich kunnen voordoen bij een toediening via injectie zoveel mogelijk wil uitsluiten. Anderzijds heeft het Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) op 14 september 2017 een toelating voor het op de Europese markt brengen van Nyxoid, een neusspray op basis van Naloxone, aanbevolen. Het Deense model zou een mogelijke piste kunnen zijn die verder moet worden bestudeerd. Vanuit wetgevend oogpunt moet de toediening van Naloxone door een niet bevoegd persoon worden besproken in een ruimer debat waarbij ook andere geneesmiddelen en andere medische handelingen aan bod komen. Een pilotprojectfase is een mogelijke optie. Er dient ook te worden bekeken binnen welke termijn het KB 78 zal worden herzien.

Vanuit gezondheidsoogpunt, redt Naloxone ontegenzeggelijk levens en beantwoordt het aan een behoefte van de terreinactoren en van de gebruikers. Buitenlandse proefprojecten zijn



succesvol gebleken en het is dus verantwoord om een dergelijk model voor België te overwegen. Er zou een beroep kunnen worden gedaan op de Hoge gezondheidsraad om een eventueel advies hieromtrent te formuleren.

3.12.6. Hervorming geestelijke gezondheidszorg

Vanuit de vaststelling dat personen met middelengerelateerde stoornissen in momenten van crisis het meest opgevangen diende te worden in de spoedgevallendiensten van ziekenhuizen, werd in 2002 een pilootproject ‘crisiseenheden met casemanager’ opgestart. Deze crisiseenheden richten zich tot personen die zich in een crisissituatie bevinden die gerelateerd is aan het gebruik en/of misbruik van psychoactieve middelen, in het bijzonder illegale drugs. Beoogd wordt deze patiënten gedurende een korte periode (maximum 5 dagen) op te vangen in dergelijke unit, om hun toestand te stabiliseren en hen door te verwijzen naar andere diensten/zorgvormen. Voor het uitstippelen van een zorgtraject voor (en met) de patiënt werd een casemanager aangesteld.

Momenteel bestaan er 9 residentiële crisiseenheden met 4 bedden voor personen met een voor personen in een psychische en/of psychiatrische crisissituatie. Zij worden allen omkaderd door een multidisciplinair team, waarbij de casemanager een centrale rol inneemt.

Begin 2014 heeft de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) een advies uitgebracht m.b.t. de crisiseenheden ‘drugs’. In dit advies stelt de NRZV onder meer voor dat de crisiseenheden geïntegreerd moeten worden in de hervorming van de GGZ (art. 107).

Sinds de hele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (‘art.107’) is gestart, is het niet meer zo duidelijk welke plaats deze crisiseenheden voortaan zullen innemen. De federale ministerraad heeft wel duidelijk gesteld dat deze crisiseenheden de komende jaren allen verder gefinancierd zullen worden indien ze zich integreren in deze hervorming. Tijdens een infosessie, die hierover georganiseerd werd, werden kort de verschillende stappen in deze transitieperiode toegelicht: het informeren van de crisisunits en de mobiele teams, het organiseren van ‘meeloopstages’ tussen de crisisunits en de mobiele teams en de deelname van de casemanagers van de crisisunits in de functiecomités. In eerste instantie is het nu essentieel dat de relevante actoren gaan samenzitten om de noden en knelpunten, zoals die ervaren worden op het terrein, te bepalen en te bespreken.

Op 9 september 2014 werd een reflectiedag ‘integratie drugs in de GGZ’ georganiseerd. Bedoeling was verscheidene betrokken actoren uit de sectoren GGZ en de gespecialiseerde sector (drugs) samen te brengen. Een aantal casemanagers van de crisiseenheden gaven wat nadere uitleg m.b.t. de deelname en actieve samenwerking van de eenheden met de (mobiele) teams in het kader van de hervorming van de GGZ. Tevens werden een aantal good practices

betreffende de samenwerking met de eerste lijn toegelicht. Verscheidene experten, zowel vanuit de geestelijke gezondheidszorg als vanuit de meer gespecialiseerde drughulpverleningssector, gaven er hun mening over de (filosofie van de) hervorming van de GGZ.

De leden van de CGD werden allen uitgenodigd om deel te nemen aan deze reflectiedag.

3.12.6.3. Toekomst

De omvang van het fenomeen moet nog geëvalueerd worden, maar andere verslavingen dan middelenverslavingen, zoals internetverslaving, verslaving aan videogames, aan sociale netwerken, is en blijft een actuele kwestie waarop misschien geanticipeerd moet worden. De ICD 11 heeft ‘gaming disorder’ trouwens opgenomen in haar classificatie van diagnoses.

Het betreft in de eerste plaats een preventiebeleid dat Minister, Collegelid van COCOF, belast met Openbaar Ambt en Gezondheidsbeleid wil invoeren na analyse van de prevalentie.

3.12.7. Tabak

3.12.7.3. Doelstelling en actie

De Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid is in oktober 2015 overeengekomen dat er dringend een globaal tabaksbeleid diende te worden uitgewerkt. Bedoeling was onder meer om het aantal volwassenen die dagelijks roken onder de grens van 17% in 2018 te brengen.

De discussie werd gevoerd op het niveau van de CGD, die haar conclusies terugkoppelde naar de ACD.

3.12.7.4. Realisaties

De federale minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken heeft in maart 2016 een federaal tabaksplan voorgesteld. Dit plan heeft onder meer als doel om het aanbod en de vraag te beperken en een betere bescherming tegen passief roken te garanderen.

De Ministerraad heeft de federale strategie voor een efficiënt antitabaksbeleid goedgekeurd.

Verder is het de bedoeling om, in akkoord met de deelstaten, een geïntegreerde interfederale strategie uit te werken met als doel om het tabaksgebruik maximaal te verminderen. Hiervoor verbindt de federale regering zich ertoe om de volgende initiatieven te implementeren:

- beperking van de vraag via een verhoging van de accijnzen op tabaksproducten;
- de behandelingen veel toegankelijker maken: de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen zal moeten onderzoeken of er voldoende elementen zijn om een



terugbetaling van categorie C voor het Starter Pack te kunnen voorzien en, op die manier, de toegangsdrempel tot de behandelingen/geneesmiddelen om te stoppen met roken te kunnen verlagen; de kosten voor het Starter Pack waren immers nogal hoog (€50) ;

- beperking van het aanbod: het gaat om een omzetting van de Europese Richtlijn (betreffende de tabaksproducten met een karakteristiek aroma); België wil reeds (m.a.w. vroeger dan dat de Richtlijn voorziet) mentholsigaretten verbieden;
- neutrale verpakking: op basis van een ruime consultatie met alle betrokken actoren, op basis van een evaluatie van de invoering van het neutrale pakje in Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk, en door rekening te houden met het resultaat van het lopende proces, zal de federale Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken het neutrale pakje desgevallend in 2019 invoeren;
- bescherming tegen passief roken: het debat over het rookverbod in de wagen is naar het parlement doorverwezen; er is evenwel een versterking/uitbreiding van de controledienst van de FOD voorzien (in dit geval, indienstneming van bijkomende controleurs en een jurist) ;
- de aankoopleeftijd is naar het parlement doorverwezen.

De hierboven vermelde 5 elementen worden in de CGD besproken. Tijdens de laatste vergadering van juni 2016 werd aan de deelgebieden gevraagd om een eerste input voor de maand september te geven zodat de werkzaamheden met het oog op een integraal tabaksbeleid zouden kunnen worden opgestart en om een fiche waarin de doelstellingen van de federale overheid en de deelgebieden worden beschreven aan de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid van 24 oktober 2016 voor te leggen.

Vlaanderen heeft de leden van de CGD ingelicht over de initiatieven die het van plan was om te implementeren, met name:

- Bepaling van een nieuw systeem voor de terugbetaling van de verstrekkingen voor rookstopbegeleiding na het overgangsprotocol met de federale overheid;

Binnen de nieuwe werkwijze voor rookstopbegeleiding wordt:

- Een onderscheid gemaakt van de financiële bijdrage volgens het statuut van de patiënten (te factureren maximum);
- De duur van de (individuele of groep) sessies die opgesplitst is in kwartieren met een welbepaald aantal terugbetaalde sessies per dag en per kalenderjaar;
- De opleiding van de tabacologen (opleiding, intervisie, kwaliteitscriteria) die in een kadaaster opgenomen is;
- Een specifiek opleidingstraject voor de artsen;

- Meer aandacht in specifieke milieus zoals scholen, ondernemingen, het gezin, ...
- Methodologie voor een netwerk van ziekenhuizen zonder tabak.

In het kader van het preventie-en gezondheidsbevordering plan heeft Wallonië de leden geïnformeerd dat er een campagne voor tabaksbestrijding werd opgezet om rookvrije omgevingen te promoten, met name in ziekenhuizen, andere woonstructuren of in gevangenis. Dit plan ondersteunt ook het kadaster van de beschikbare tabaksspecialisten. Hulpacties bij ontwenning zijn voornamelijk gericht op een kwetsbaar publiek met een bijzonder hoog aantal rokers (jongeren en werklozen).

Wallonië verbiedt ook de consumptie van tabak in voertuigen in het bijzijn van minderjarigen.

De leden van de CGD waren van mening dat het verder niet opportuun was om een gemeenschappelijk dossier voor te leggen.

3.12.7.5. Toekomst

De minister van Volksgezondheid voor het Waals Gewest is voorstander van een verbod op de verkoop van tabak in de grootdistributie.

Vanuit Vlaanderen wordt benadrukt dat een bevoegdheid-overstijgende samenwerking cruciaal is voor het toekomstig preventief beleid. De effectiviteit van preventieve maatregelen verhoogt immers wanneer op andere bevoegdheidsdomeinen ook acties ondernomen worden die het gevoerde preventieve beleid ondersteunen, met name m.b.t. marketing, beschikbaarheid en prijssetting.

3.13. Cel ‘controle’

In 2013 heeft de ACD beslist de werkcél ‘controle’ on hold te zetten. De ACD zal beslissen wanneer deze werkcél haar activiteiten kan hervatten.

3.14. Cel ‘Onderzoek en Wetenschappelijke Informatie’

Federaal Wetenschapsbeleid behoudt het beleidsgericht onderzoeksprogramma dat werd opgericht in het kader van de federale beleidsnota drugs. De principes van dit programma zijn (a) wetenschappelijke uitmuntendheid, (b) bundelen van sleutelvragen voor de verschillende overheden en (c) co-financiering met andere overheden.

Tussen 2014 en 2018 waren de onderzoeksprioriteiten de volgende (sommige onderzoeken liepen over meerdere jaren):

2014 :

Nieuwe studies of studies die werden voortgezet:

- **‘ICArUS’** : Integrated Care for Patients with Alcohol Use Disorders → Ontwikkelen van een geïntegreerd nazorgprogramma voor personen met een (chronische) alcoholproblematiek;
- **‘PROSPER’**: PROcess and Outcome Study of Prison-basEd Registration points → Outcome evaluatie van modellen van diagnosestelling, en doorverwijzing en behandeling na detentie, van personen met een middelenprobleem in penitentiaire instellingen’;
- **‘PADUMI’** : Patterns of drug use among (ethnic and cultural) minorities → Analyse druggebruik bij etnische en culturele minderheden ;
- **‘SOCOST’**: The social cost of addictive substances in Belgium;
- **‘COMIQS’**: Consensus Building On Minimal Quality Standards For Drug Demand Reduction In Belgium.

2015:

Nieuwe onderzoeken:

- **‘UP TO DATE’**: Use of psychoactive substances in adults: prevention and treatment by general practioners and occupational physicians; data retrieval (part II);
- **‘GENDER’**: Gender sensitivity of drug and alcohol demand reduction.

De volgende studies werden voortgezet :

- **‘ICArUS’** : Integrated Care for Patients with Alcohol Use Disorders → Ontwikkelen van een geïntegreerd nazorgprogramma voor personen met een (chronische) alcoholproblematiek;
- **‘PROSPER’** : PROcess and Outcome Study of Prison-basEd Registration points → Outcome evaluatie van modellen van diagnosestelling, en doorverwijzing en behandeling na detentie, van personen met een middelenprobleem in penitentiaire instellingen’;



- **‘PADUMI’** : Patterns of drug use among (ethnic and cultural) minorities → Analyse druggebruik bij etnische en culturele minderheden ;
- **‘SOCOST’**: The social cost of addictive substances in Belgium;
- **‘COMIQS’**: Consensus Building On Minimal Quality Standards For Drug Demand Reduction In Belgium.

2016:

Nieuwe onderzoeken:

- **‘ALMOREGAL’**: Assessment of alternative models of regulation of alcohol marketing in Belgium : evaluatie van de regulering en de marketing op het vlak van alcohol in België;
- **‘ALCOLAW’**: Evaluatie van de wet van 2009 betreffende de verkoop en de uitdeling van alcoholische dranken aan minderjarigen;
- **‘DRUGROOM’** : Haalbaarheidsstudie van druggebruiksruimtes in België;
- **‘NPS-CARE’**: Understanding New Psychoactive Substance (NPS) use in Belgium from a health perspective’.

De volgende studies werden voortgezet :

- **‘PROSPER’**: PRocess and Outcome Study of Prison-basEd Registration points Outcome evaluatie van modellen van diagnosestelling, en doorverwijzing en behandeling na detentie, van personen met een middelenprobleem in penitentiaire instellingen’;
- **‘PADUMI’** : Patterns of drug use among (ethnic and cultural) minorities → Analyse druggebruik bij etnische en culturele minderheden;
- **‘UP TO DATE’**: Use of psychoactive substances in adults: prevention and treatment by general practioners and occupational physicians; data retrieval (part II);
- **‘GEN STAR’**: Gender-Sensitive treatment and prevention services for alcohol and drug users;
- **‘SOCOST’**: The social cost of addictive substances in Belgium.



2017

Volgende studies werden voortgezet en/of gefinaliseerd :

- **‘UP TO DATE’**: Use of psychoactive substances in adults: prevention and treatment by general practioners and occupational physicians; data retrieval (part II);
- **‘GEN STAR’**: Gender-Sensitive treatment and prevention services for alcohol and drug users;
- **‘ALMOREGAL’**: Assessment of alternative models of regulation of alcohol marketing in Belgium: evaluatie van de regulering en de marketing op het vlak van alcohol in België;
- **‘ALCOLAW’** : Evaluatie van de wet van 2009 betreffende de verkoop en de uitdeling van alcoholische dranken aan minderjarigen;
- **‘DRUGROOM’** : Haalbaarheidsstudie van druggebruiksruimtes in België.
- **‘NPS-CARE’**: Understanding New Psychoactive Substance (NPS) use in Belgium from a health perspective’.

2018

Volgende studies werden voortgezet en/of gefinaliseerd :

- **‘ALCOLAW’** : Evaluatie van de wet van 2009 betreffende de verkoop en de uitdeling van alcoholische dranken aan minderjarigen;
- **‘NPS-CARE’**: Understanding New Psychoactive Substance (NPS) use in Belgium from a health perspective’;
- **‘GEN STAR’**: Gender-Sensitive treatment and prevention services for alcohol and drug users;
- **‘DRUGROOM’** : Haalbaarheidsstudie van druggebruiksruimtes in België.

Voor meer informatie over het programma en de afgeronde en lopende studies verwijzen we naar de website van het Federaal Wetenschapsbeleid: <http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=nl&COD=DR>.

In 2018 lanceert Belspo een oproep over twee jaar. De leden van de ACD werden uitgenodigd om aan de selectiecommissie deel te nemen.

De onderzoekvoorstellen die zullen starten in 2019 zijn:



- **‘PREVPED’**: een onderzoek naar anabolica, gefinancierd door de Gewesten en Gemeenschappen
- **‘EVADRUG’**: evaluatie van het Belgische drugsbeleid
- **‘CRYPTODRUG’**: verkoop van illegale drugs op de cryptomarkten
- **‘BENZO-NET’**: chronisch gebruik van benzodiazepines bij bepaalde doelgroepen
- **‘MATREMI’**: beschikbaarheid van hulpverlening voor migranten
- **‘YOUTH-PUMED’**: perceptie van jongeren over het recreatief of niet-medisch gebruik van drugs
- **‘POPHARS’**: perceptie van het zorgaanbod en beleid inzake illegale drugs op festivals

3.15. Internationale dossiers

Gezien de beslissing in 2010 om de cel ‘internationale samenwerking’, zoals voorzien in het Samenwerkingsakkoord, niet op te richten, vormt de ACD ook voor de internationale dossiers een forum om Internationale dossiers te bespreken. Hierbij dient evenwel rekening gehouden te worden met de officiële coördinatiemechanismen voor Belgische posities op internationale fora. Het primaire beslissingsorgaan hierbij is de COORMULTI, voorgezeten door de FOD Buitenlandse Zaken.

Meer informatie met betrekking tot de internationale organen vindt u in het Vademecum “*Internationale dossiers alcohol, tabak, psychoactieve medicatie en illegale drugs*”. Voor de nieuwe legislatuur zal de SharePoint pagina “Internationale dossiers ACD” geactiveerd worden zodat alle informatie met betrekking tot deze dossiers gecentraliseerd wordt en sneller geraadpleegd kan worden.

Recurrente internationale activiteiten zijn:

- deelname van de drugscoördinator aan de zesmaandelijks vergaderingen van de EU-drugscoördinatoren, georganiseerd door het zittend voorzitterschap
- deelname aan de maandelijkse vergaderingen van de Horizontale Werkgroep Drugs van de Raad van de Europese Unie
- deelname van een Belgische delegatie aan de jaarlijkse reguliere en intersessionele sessies van de Commissie voor Verdovende Middelen, VN
- deelname aan vergaderingen van de Groupe Pompidou, Raad van Europa
- deelname aan recurrente en ad hoc internationale vragenlijsten zoals de Annual Report Questionnaire (ARQ), de WHO *Global survey on alcohol and health*, de INCB vragenlijst over de beschikbaarheid van de substanties onder internationale controle, enz.

Voor dit rapport belichten we **enkele belangrijke projecten** op het internationaal niveau die plaatsvonden in de periode 2014 - 2018.

3.15.2. Raad van de Europese Unie: EU-drugsstrategie en actieplannen

De huidige EU drugsstrategie behelst de periode 2013 – 2020. De strategie heeft als doel bij te dragen aan een vermindering van de vraag naar en het aanbod van drugs binnen de EU. Deze strategie wordt geïmplementeerd aan de hand van twee actieplannen: het EU-drugsactieplan 2013 – 2016 en het EU-drugsactieplan 2017 – 2020.

In 2017 vond er een tussentijdse evaluatie van de EU-drugsstrategie en de eindevaluatie van het EU-drugsactieplan 2013 – 2016 plaats. De conclusies van deze evaluaties werden gebruikt als input voor de opmaak van het EU drugsactieplan 2017 – 2020.

Onder vindt u een samenvatting van de belangrijkste conclusies uit de evaluatie.

Met betrekking tot de doelstelling om **de vraag naar illegale drugs te verminderen (*demand reduction*)**:

- het **behandelingsaanbod** binnen Europa neemt toe en het aantal personen die instromen voor een behandeling blijft stabiel. Europa doet het goed op vlak van de behandeling van heroïneverslaving en HIV/aids bij personen die drugs gebruiken;
- bewustmakingsinitiatieven zijn overal aanwezig, maar er is nog ruimte voor verbetering op vlak van **preventie**. Bewustmaking alleen is niet voldoende. Binnen Europa kan er geen daling opgetekend worden in de vraag naar drugs. De



initiatieven rond vermindering van de vraag kunnen bijgevolg beter, inclusief schade beperkende maatregelen voor personen die reeds gebruiken;

- er is een stabilisering in het aantal HIV/AIDS casussen en andere overdraagbare bloedziekten;
- er is een stijging in het aantal druggerelateerde overlijdens.

Voor wat betreft het continuüm van preventie tot herstel zijn er globaal gezien grote lacunes in de beschikbaarheid van data. Met betrekking tot de implementatie van kwaliteitsstandaarden is de evaluatie positief.

Voor wat betreft de doelstelling om **het aanbod van drugs te verminderen** (supply reduction):

- er zijn geen signalen dat het aanbod binnen Europa afneemt;
- het aantal geregistreerde inbeslagnames van illegale drugs verandert niet wezenlijk. Echter, de volume van deze inbeslagnames stijgt;
- de indicatoren voor prijs en zuiverheid blijven gelijk (weinig verandering);
- het aantal druggerelateerde misdrijven blijft stijgen;
- de samenwerking tussen politiediensten binnen de EU is reeds uitgebreid en wordt nog versterkt. Echter, informatie-uitwisseling tussen de lidstaten en met derde landen kan beter;
- bevestiging van de urgentie van een NPS beleid op EU en nationaal niveau.

Zowel op vlak van **EU-coördinatie als internationale samenwerking** is de evaluatie positief. Echter, er bleek meer transparantie en efficiënte communicatie nodig te zijn over de programma's van de EU en de lidstaten met derde landen.

De belangrijkste bevindingen met betrekking tot **onderzoek en ontwikkeling** waren 1) dat de financiering van de nationale *focal points* onder druk staat en 2) dat het onderzoek betreffende cannabis binnen en buiten EU meer aandacht diende te krijgen.

In het actieplan 2017 – 2020 werden volgende zaken meer belicht:

- Versterking van schade beperkende maatregelen;
- Versterking van de uitwisseling van informatie;
- Verder zetten van een brede implementatie van de EU-kwaliteitsstandaarden met betrekking tot activiteiten die bijdragen aan de verminderingen van de vraag (van preventie tot herstel);
- Versterken van de dialoog tussen beleidsmakers en de wetenschappelijke gemeenschap en het middenveld;



- Benadrukken van de implementatie van het UNGASS 2016 Outcome Document "*Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*";
- Versterken van *evidence based training*;
- Meer aandacht voor polydruggebruik, inclusief psychoactieve medicatie.

Evaluatie van het actieplan 2017 – 2020 zal uitgevoerd worden in 2020. Voorbereidingen door de Europese Commissie werden reeds opgestart.

Voor meer informatie, zie http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/eu-action-plan-drugs-2017-2020_en.

3.15.3. Raad van de Europese Unie: raadsconclusies minimum kwaliteitsstandaarden

Naar aanleiding van één van de prioriteiten in de EU-drugsstrategie 2013 – 2020 en meer bepaald in het kader van actie nr. 9 van doelstelling nr. 3 in het EU-drugsactieplan 2013 – 2016, werd het initiatief genomen om op EU-niveau enkele minimum kwaliteitsstandaarden af te bakenen en te implementeren. Deze standaarden hebben tot doel om de wetenschappelijke bewijsvoering te vertalen in de praktijk van *vraag beperkende interventies (demand reduction initiatives)*, gaande van preventie, over risico- en schade beperkende maatregelen, behandeling, sociale integratie en herstel. Een lijst van 16 kwaliteitsstandaarden werden opgesteld door een groep van experts en vertaald in een [technisch document](#) ter attentie van de professionelen op het terrein. Deze kwaliteitsstandaarden werden onder de aandacht gebracht van de EU-lidstaten onder de vorm van een [Raadsconclusie](#). Hoewel Raadsconclusies niet bindend zijn, uitten de lidstaten hiermee hun politieke wil om *vraag beperkende interventies* te organiseren op basis van wetenschappelijke bevindingen.

3.15.4. Verenigde Naties: United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on the world drug problem 2016

Van 19-21 april 2016 werd in New York een speciale sessie van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties gehouden rond de wereldwijde drugsproblematiek. Deze bijeenkomst resulteerde in het document "*Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*" waarin er zeven operationele aanbevelingen worden geformuleerd.



Belangrijk aan dit document is dat het ten opzichte van voorgaande politieke¹⁹ en ministeriële²⁰ verklaringen van respectievelijk 2009 en 2014 het evenwicht tussen aanbodbeperkende en vraagbeperkende maatregelen meer bewaakt. Bovendien erkent UNGASS 2016 enkele nieuwe trends en ontwikkelingen in de drugsproblematiek zoals de Nieuwe Psychoactieve Stoffen (NPS), het gebruik van internet en darknet, de mensenrechtenaspecten in het drugsbeleid, etc.

België verdedigt een verregaande implementatie van het UNGASS 2016 Outcome Document en vraagt op internationaal terrein aandacht voor de tweede operationele doelstelling van dit document, met name *'het verzekeren van de beschikbaarheid en toegang tot gecontroleerde stoffen voor medische en wetenschappelijke doeleinden'*. Vertrekkende van de vaststelling dat 75 tot 80 % van de wereldbevolking geen of onvoldoende toegang heeft tot medicatie die is opgenomen in de internationale drugsconventies, sponsorde en co-sponsorde België in de periode 2016 – 2018 reeds verschillende evenementen tijdens de bijeenkomsten van de Commissie voor Verdovende Middelen.

3.15.5. EWDD

Het **Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving** (EWDD) is een gedecentraliseerd EU-agentschap dat instaat voor het voorzien in feitelijke, objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie over illegale middelen, verslaving en mogelijke gevolgen hiervan.

De EWDD *recast Regulation* vormt de basis van het huidige werkingskader van het Centrum. Voor het eerst werd ook een 10-jarig strategisch plan gepubliceerd: **Strategy 2025**. Het centrum wil bijdragen tot een gezonder en veiliger Europa en tegemoetkomen aan de informatiebehoeften van beleidsmakers en praktijkmensen op EU-, nationaal en internationaal niveau. De activiteiten van het Centrum zijn er uiteindelijk op gericht de doelstellingen van de EU - drugsstrategie (2013-2020) en de bijbehorende EU - actieplannen te ondersteunen in het verminderen van zowel de vraag als het aanbod van illegale drugs en aldus bijdragen tot een vermindering van het druggebruik en het minimaliseren van de bijhorende dreigingen van dit fenomeen. Een verduidelijking van specifiek objectieven, actiepunten, prioriteiten en de verwachte kernresultaten werden opgenomen in meerjarige strategische documenten: De Strategische Planning 2013-15 en 2016-18. Het Centrum heeft zijn activiteiten afgestemd op

¹⁹ Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem, aangenomen door de Commissie voor Verdovende Middelen in 2009.

²⁰ Joint Ministerial Statement of the 2014 high-level review by the Commission on Narcotic Drugs of the implementation by Member States of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem.



de EU-prioriteiten, wat heeft geresulteerd in de verdeling van de wetenschappelijke middelen van het Centrum in twee belangrijke eenheden, de eenheid Volksgezondheid en de eenheid Risico's voor openbare veiligheid en beveiliging. Het doel was om essentiële gegevens en analyse te blijven leveren aan besluitvormers, en om te reageren op de groeiende NPS-crisis, wat leidde tot de oprichting van het systeem voor vroegtijdige waarschuwing en risicobeoordeling (Early warning system, EWS).

Het **Reitox-netwerk van nationale focal points** (NFPs) wordt aanschouwd als een hoeksteen van het werk en de activiteiten van EWDD, waarvan de belangrijkste taak is om informatie over de drugssituatie in heel Europa op een geharmoniseerde en gestandaardiseerde manier te monitoren en te verspreiden. In het kader van **EWDD's Strategy 2025** is in 2018 een Reitox-ontwikkelingskader (Reitox Development Framework) ingevoerd. Het RDF is in nauwe samenwerking met de NFPs ontwikkeld om gemeenschappelijke werkzaamheden en doelstellingen vast te stellen die het netwerk de komende jaren moet bereiken. Het document lijst ook de geadopteerde maatregelen om de capaciteit van de NFP verder uit te bouwen en de kwaliteit van hun gegevensverzameling en -analyse te verbeteren.

De belangrijkste resultaten van EWDD in de periode 2014-2018 zijn de onmiddellijke producten en diensten die door het Centrum worden geproduceerd.

Deze omvatten:

- de verschillende periodieke verslagen, d.w.z. jaarlijkse en meerjaarlijkse verslagen, zoals het Europees Drugsrapport (EDR), de jaarlijkse overzichten van statistieken (SB) de bijhorende landenrapporten (CDR) het EU Drugs Market Report (EDMR) en het European Drug Responses Report (EDRR);
- thematische en technische rapporten en andere schriftelijke resultaten;
- training en capaciteitsopbouw;
- strategische en situationele analyses en dreigingsevaluaties;

Het Centrum heeft ook innovatieve monitoringinstrumenten geïmplementeerd waarmee veranderingen in patronen van drugsgebruik kunnen worden geïdentificeerd die niet werden gedetecteerd door de bestaande, reguliere mechanismen. Hieronder valt onder meer:

- de analyse van afvalwater;
- webgebaseerde onderzoeken;
- trendspottingstudies.

Ondanks deze nieuwe monitoringinstrumenten blijven er aanzienlijke obstakels bestaan voor een betere schatting van het drugsgebruik in de EU, onder meer vanwege het gebruik van poly-drugs en het misbruik van geneesmiddelen.



Andere resultaten zijn secundaire tussenresultaten die voortkomen uit de bovenvermelde producten. Deze omvatten gefaciliteerde informatie-uitwisseling, beter geïnformeerde beleidsmakers en uitvoerders, de overdracht van knowhow en een verbeterde samenwerking en samenhang met externe partners.

Zo werkt het EWDD bijvoorbeeld reeds nauw samen met Europol en andere agentschappen voor Justice and Home Affairs (JHA) op het gebied van drugsaanbod en gerelateerde veiligheid. Een gemeenschappelijke belangrijke uitdaging in de afgelopen jaren was de opkomst van nieuwe markten, met name via internet, gekoppeld aan veranderende traffick-routes. De nauwe samenwerkingen met andere agentschappen wordt zeker ook weerspiegeld in de occasionele gezamenlijk rapporten.

In 2018 vond in opdracht van de EU commissie een zes-jaarlijkse evaluatie plaats van de werking van EWDD. Vijf evaluatiecriteria werden toegepast: relevantie, doeltreffendheid, efficiëntie, samenhang en EU-meerwaarde. Het Centrum werd algemeen positief beoordeeld. De huidige outputs van het Centrum bleken duurzaam en grotendeels relevant te zijn voor de behoeften van EWDD stakeholders. Het Centrum kreeg verschillende aanbevelingen, waaronder het versterken van zijn werkzaamheden op het vlak van de aanbodzijde van de drugmarkt door middel van de voortdurende ontwikkeling van relevante indicatoren en het voorzien in de bijbehorende gegevensverzamelingen.



HOOFDSTUK 4: Vijftien discussiethema's voor de volgende legislatuur

De Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid van 2 juli 2018 heeft beslist om *“het jaarrapport 2018 aan te vullen met beleidsaanbevelingen van de ACD voor de volgende legislatuur: realisaties, prioriteiten, knelpunten. Het jaarrapport 2018 en haar aanbevelingen worden voorgelegd aan de eerste TVD van 2019.”*

Dit hoofdstuk bevat vijftien discussiethema's die de Algemene Cel Drugsbeleid en de Thematische Vergadering Drugs belangrijk achten in het kader van een toekomstig globaal en geïntegreerd drugsbeleid. Deze thema's worden kort beschreven op basis van objectieve informatie en rekening houdend met de debatten in de Algemene Cel Drugsbeleid tijdens de voorbije legislatuur.

Het is aan de toekomstige regeringsonderhandelaars en bevoegde beleidscellen om de opportuniteit van deze thema's te evalueren en de prioriteiten te bepalen.

4.1. Schadelijk alcoholgebruik

De alcoholthematiek staat op de agenda van de Algemene Cel Drugsbeleid sinds de goedkeuring van de Gemeenschappelijke Verklaring inzake het globaal en geïntegreerd alcoholbeleid door de IMC Volksgezondheid in 2008.

Enkele recente data geven een goede beschrijving van de problematiek :

De gezondheidsenquête per interview uit 2013 geeft specifieke informatie over het alcoholgebruik in de Belgische bevolking.

Hieruit blijkt onder meer het volgende :

- **14% van de bevolking gebruikt dagelijks alcohol, men stelt een constante toename vast sinds 1997;**
- 82% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) gebruikt alcohol; dit cijfer is stabiel gebleven in de tijd.
- 6% van de bevolking is geneigd om te veel te drinken, hetzij meer dan 14 glazen alcohol per week voor vrouwen en 21 glazen alcohol per week voor mannen; dit percentage is echter gedaald ten opzichte van 2001-2008 (8-9%).
- 8% van de bevolking drinkt wekelijks 6 of meer glazen alcohol bij dezelfde gelegenheid. Gemiddeld drinken personen bij wie dit voorkomt 6 glazen alcohol op 5 uur tijd.



- Bij 5% van de bevolking kwam « piekdrinken » in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête minstens één keer voor; het gaat om het drinken van 6 glazen alcohol binnen de 2 uur.
- Risicovol alcoholgebruik komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen;
- Het profiel van het alcoholgebruik verschilt volgens de leeftijd. Bij jongeren (15-24 jaar) concentreert het alcoholgebruik zich op enkele dagen van de week en gebeurt dit binnen een beperkte tijd (wellicht als ze uitgaan). Volwassenen op oudere leeftijd drinken meer gespreid – vaak alle dagen van de week – en in een trager tempo (cf. piekdrinken).

Uit de vermelde studie SOCOST met betrekking tot de sociale kost van tabak, illegale drugs, alcohol en psychoactieve medicatie in België voor het jaar 2012 blijkt het volgende:

- De directe kosten van alcoholgebruik bedragen 1,29 miljard euro.
- De indirecte kosten van alcoholgebruik bedragen 744 miljoen euro.
- Méér dan 290 000 gezonde levensjaren zijn verloren gegaan door alcoholgebruik

De European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) dient om gegevens²¹ te verzamelen over middelengebruik bij leerlingen van 15 tot 16 jaar om de trends binnen en tussen de landen op te volgen. Alleen de Vlaamse en de Duitstalige Gemeenschap dragen bij tot dit onderzoek. Uit deze studie blijkt dat:

- 32% jonge Belgen heeft al alcohol gebruikt op 13 jaar of vroeger;
- 3% van de jongeren van 13 jaar of jonger heeft ooit al een alcoholvergiftiging gehad;
- 80% van de 16-jarigen of jonger heeft ooit alcohol gebruikt;
- 12% van de 16-jarigen is de afgelopen 30 dagen dronken geweest door alcohol;
- De gebruiksprevalentie ligt hoger bij meisjes (83%) dan bij jongens (77%).

De voorbije jaren is de wetenschappelijke kennis over de oorzaken van het schadelijk alcoholgebruik én over de (in)efficiëntie van bepaalde beleidsmaatregelen verder toegenomen. Onder impuls van het federaal onderzoeksprogramma drugs werden ook in ons land enkele (evaluatie)studies gefinancierd.

Deze groeiende kennis en bewustwording hebben het maatschappelijk debat over alcohol de voorbije jaren verruimd en geïntensifieerd. Enkele voorbeelden hiervan zijn de ‘maanden zonder alcoholgebruik’ en een actievere positionering van gezondheidszorgprofessionals, ervaringsdeskundigen, of academici in de media.

²¹ <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>

De ACD heeft dit thema als een prioriteit geformuleerd aan het begin van de legislatuur. Er werden verschillende hoorzittingen georganiseerd en een ad hoc werkgroep heeft gepoogd om tot een gecoördineerd en gemeenschappelijk beleid te komen. Ondanks de afwezigheid van een globaal akkoord werden verschillende, specifieke maatregelen genomen door de bevoegde Ministers.

In de besprekingen in de ACD is nogmaals gebleken dat gezondheids-, veiligheids-, economische en ideologische argumenten inherent deel uitmaken van het debat. Enkele belangrijke divergentiepunten blijven de minimumleeftijd waarop alcohol kan aangekocht worden, de prijszetting, de regulering van de omvang en de inhoud van alcoholreclame, het aantal en de plaats van de verkooppunten voor alcoholhoudende dranken, de relevantie van de tewerkstellingsgraad in de alcoholindustrie, de individuele vrijheid en verantwoordelijkheid van de consument, en dergelijke meer.

Van elk middelengebruik, dat voorwerp is van beleidsdiscussies en -maatregelen binnen de Algemene Cel Drugsbeleid, heeft het schadelijk alcoholgebruik de grootste impact op het vlak van gezondheidsschade en -risico's bij de algemene bevolking en bij specifieke groepen, zoals jongeren.

De Algemene Cel Drugsbeleid is daarom van mening dat in de komende jaren verder moet gewerkt worden aan de realisatie van een globaal en geïntegreerd alcoholbeleid in functie van een substantiële vermindering van het schadelijk alcoholgebruik, rekening houdend met alle voornoemde elementen.

4.2. Crisisunits in algemene en psychiatrische ziekenhuizen voor personen met een geestelijke gezondheids- en/of middelengerelateerde problematiek

In uitvoering van de federale beleidsnota drugs van 2001 heeft de federale overheid Volksgezondheid pilootprojecten opgestart voor de opvang van personen met een middelengerelateerde problematiek die zich in een crisissituatie bevinden. Immers, de reguliere spoeddiensten waren niet of te weinig uitgerust om deze patiënten adequaat op te vangen. Anno 2019 zijn negen dergelijke units operationeel, gespreid over het hele land.

Deze units bestaan uit een multidisciplinair team (artsen, verpleegkundigen, psychologen, ...) van elf VTE voor unit van vier bedden

Het doel van deze units is om tijdens een maximumverblijf van vijf dagen de somatische situatie van de patiënten te stabiliseren. Tegelijk wordt een zorgtraject voorbereid door een

casemanager in nauwe samenspraak met de patiënt. Dit zorgtraject start na het verblijf in het ziekenhuis.

Wetenschappelijk onderzoek en analyses van de FOD Volksgezondheid tonen dat deze units beantwoorden aan een belangrijke nood:

- Per jaar worden gemiddeld 4500 patiënten opgevangen in deze units.
- In 2017²² had méér dan 90% een probleem van middelengebruik.
- Alcohol is goed voor 47% van de redenen voor opname, gevolgd door cannabis (10,9%) en cocaïne (9%). Benzodiazepines (8,1%) en opiaten (6,2%) sluiten de rij.
- De meeste patiënten bevinden zich in een preciaire situatie, met slechts 25% dat actief is op de arbeidsmarkt.
- Vrouwen vertegenwoordigen ongeveer 40% van alle opnames.

Deze units schakelen zich in in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg door de integratie in de netwerken, het uitwisselen van expertise met de mobiele equipes, edm.

Zoals gezegd, zijn deze units geëvalueerd door een wetenschappelijk onderzoeksteam (2010)²³. Ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft een advies²⁴ uitgebracht over dit zorgaanbod (2014).

Vooralsnog worden deze units gefinancierd door de federale overheid Volksgezondheid met jaarlijkse contracten via het budget financiële middelen van de ziekenhuizen.

Gelet op de opportuniteit van deze units, hun verankering in het zorgaanbod en de gunstige wetenschappelijk evaluaties beveelt de Algemene Cel Drugsbeleid aan om een grondig debat te starten over de structurele verankering van deze units in de bestaande wetgeving en financiering. Dit impliceert onder andere discussies over de programmatie, de organieke wetgeving, de normering van deze units, en dergelijke meer. De ministers bevoegd voor Gezondheid of Volksgezondheid zijn hier de meest betrokken actoren.

²² Rapport Crisiseenheden 2017, FOD VVVL

²³ <https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR%2F39>.

²⁴ <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/20140109-advies-opvangcapaciteit-crisiseenheden>



4.3. Geïntegreerde units in psychiatrische ziekenhuizen voor personen met een dubbele diagnose (middelengebruik en geestelijke gezondheid)

Eveneens ter uitvoering van de federale beleidsnota drugs van 2001 financiert de federale overheid Volksgezondheid twee units in psychiatrische ziekenhuizen (PC Gent-Sleidinge en ISOSL) voor de behandeling van personen met een dubbele diagnose. De dubbele diagnose verwijst hier naar een combinatie van een psychotische of bipolaire stoornis enerzijds, en een problematisch middelengebruik anderzijds. De units bestaan elk uit een multidisciplinair team (psychiaters, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk assistenten, ergotherapeuten...) van zeventien VTE voor vijftien bedden. Zij bieden een geïntegreerde behandeling aan gedurende maximum zes maanden, die éénmaal verlengd kunnen worden. Een casemanager staat in voor de voorbereiding van het zorgtraject dat start na het verblijf in het ziekenhuis.

Deze units zijn opgericht na de vaststelling dat het bestaande zorgaanbod onvoldoende adequaat kon antwoorden op de zorgbehoeften van patiënten met deze dubbele diagnose. De praktijk toonde immers een méér sequentiële aanpak (behandeling van het problematisch middelengebruik gevolgd door de behandeling van de psychose, of omgekeerd) in plaats van een geïntegreerde aanpak die bij deze problematiek te verkiezen is.

Wetenschappelijk onderzoek en analyses van de FOD Volksgezondheid tonen aan dat deze units beantwoorden aan een nood van een kwetsbare groep van patiënten :

- In 2017 behandelden deze eenheden 129 patiënten²⁵.
- Het gebruiksprofiel van de patiënten varieert van eenheid tot eenheid, maar de stof die in beide instellingen het vaakst gebruikt wordt is cannabis. Cocaïne is de tweede meest gebruikte drug in Sleidinge. Opiaten zijn de tweede meest gebruikte drug in Luik.
- Slechts enkele patiënten zijn professioneel actief.
- Bijna 30% van de patiënten is dakloos.

Deze units schakelen zich in in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg door de integratie in de netwerken, het uitwisselen van expertise, edm.

²⁵ Rapport 2017 ‘pilotproject dubbele diagnose’, FOD VVVL



Ook deze units zijn reeds geëvalueerd door een wetenschappelijk onderzoeksteam (2008)²⁶. Ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft een advies²⁷ uitgebracht over dit zorgaanbod (2011).

Vooralsnog worden deze units gefinancierd door de federale overheid Volksgezondheid, met jaarlijkse contracten via het budget financiële middelen van de ziekenhuizen.

Gelet op de opportuniteit van deze units, hun verankering in het zorgaanbod en de gunstige wetenschappelijk evaluaties beveelt de Algemene Cel Drugsbeleid aan om een grondig debat te starten over de structurele verankering van deze units in de bestaande wetgeving en financieringssystemen. Dit impliceert onder andere discussies over de programmatie, de organieke wetgeving, de normering van deze units, en dergelijke meer. De Ministers bevoegd voor Gezondheid of Volksgezondheid zijn hier de meest betrokken actoren.

4.4. Risicobeperkende gebruiksruijntes²⁸

Aan het begin van de legislatuur is de Algemene Cel Drugsbeleid de besprekingen gestart over de haalbaarheid en randvoorwaarden voor de implementatie van risicobeperkende gebruiksruijntes, met specifieke aandacht voor de behoeften naar een dergelijke structuur, en de organisatorische, budgettaire en wettelijke aspecten ervan.

De besprekingen over dit dossier vonden plaats in de schoot van een werkgroep met de direct betrokken beleidscellen en administraties. De synthesenota uit 2016 van de werkgroep geeft een concrete stand van zaken van de definities, buitenlandse ervaringen, wettelijke implicaties, ... en heeft geleid tot een wetenschappelijke studie. De studie formuleert randvoorwaarden voor de implementatie van een gebruiksruijnte en formuleert pistes voor een wettelijke

²⁶ <https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR%2F21>

²⁷ <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/20110210-advies-pilootprojecten-intensieve-behandeling-van-psychiatrische-patienten-met>

²⁸ Pro memorie : risicobeperkende gebruiksruijntes zijn ruijntes waar personen illegale drugs kunnen gebruiken met toezicht door opgeleid personeel. Het opzet en de doelstellingen van deze worden door het EWDD omschreven als volgt : *“These facilities primarily aim to reduce the acute risks of disease transmission through unhygienic injecting, prevent drug-related overdose deaths and connect high-risk drug users with addiction treatment and other health and social services. They also seek to contribute to a reduction in drug use in public places and the presence of discarded needles and other related public order problems linked with open drug scenes. Typically, drug consumption rooms provide drug users with: sterile injecting equipment; counselling services before, during and after drug consumption; emergency care in the event of overdose; and primary medical care and referral to appropriate social healthcare and addiction treatment services.”*



omkader. Ondanks de beslissing van de federale overheid om geen wetsaanpassing door te voeren die een dergelijke structuur wettelijk mogelijk maakt, werd een ruimte geopend in en door de Stad Luik.

Deze ruimte functioneert momenteel in een precare wettelijke situatie.

De Algemene Cel Drugsbeleid is van mening dat een duurzamer kader voor risicobeperkende gebruiksruimtes in België dient te worden besproken, rekening houdend met de resultaten van de wetenschappelijke studie hieromtrent en de ervaringen en resultaten uit de bestaande ruimte in Luik.

4.5. Psychofarmaca

Het gebruik van psychofarmaca heeft een sterke stijging gekend maar deze trend lijkt de laatste jaren af te vlakken en zelfs te dalen voor slaap- en kalmeermiddelen.

Met betrekking tot **antidepressiva** zien we jaar na jaar een stijging in de voorschriften. Op basis van de gegevens uit farmanet steeg het aantal DDD voorgeschreven van 213.180.260 DDD in 2006 naar 325.368.860 en 2017. Dat is een stijging van 52%. Er zijn echter indicaties van een kentering. Het aantal Belgen dat minstens één doosje afhaalde bij de apotheek is in 2017 voor het eerst gedaald, van 1.202.226 unieke patiënten in 2016 naar 1.199.586 unieke patiënten in 2017.

Met betrekking tot het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** zien we een geleidelijke daling in het aantal DDD dat afgeleverd wordt in de publieke officina. Hier moet echter een belangrijke kanttekening gemaakt worden: aangezien niet-terugbetaalde geneesmiddelen niet geregistreerd worden in farmanet is het erg moeilijk om een volledig beeld te krijgen van slaap- en kalmeermiddelengebruik op basis van voorschrijfcijfers.

Voor wat betreft het gebruik van **methyfenidaat** (psychostimulantia) bij kinderen en jongeren (terugbetaalde medicatie) zien we een sterke stijging in de periode 2004 – 2011 met nadien een afvlakking.

In de voorbije jaren werd onder andere geïnvesteerd in vormingen voor de voorschrijvers, sensibilisering van patiënten, en nieuwe zorgmodellen in woon- en zorgcentra.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan om de versterkte informatie-uitwisseling over het psychofarmacabeleid te behouden en, waar mogelijk, synergiën te ontwikkelen tussen de bevoegde departementen op federaal en regionaal niveau



4.6. Tabak

Het federaal antitabaksbeleid werd uitgerold in 2016 en bevatte maatregelen rond inperking van de vraag (zoals aangepaste terugbetaling van rookstopbegeleiding) en het aanbod. Dit beleid werd eveneens besproken met de deelstaten, die eigen investeringen hebben gedaan. Een rookverbod in wagens bij aanwezigheid van kinderen is daar één voorbeeld van.

Om het aantal rokers verder terug te dringen is de Algemene Cel Drugsbeleid van mening dat een intensiever debat nodig is om méér ingrijpende en méér gecoördineerde acties te ontwikkelen. Enkele discussiepunten hierin zijn de minimumleeftijd waarop tabak mag aangekocht worden, de verkoop van tabak in grootwarenhuizen, en het beter toeleiden van kwetsbare groepen naar rookstopprogramma's.

4.7. Testen van illegale drugs

Het aanbod van illegale drugs en nieuwe psychoactieve stoffen, die voorlopig ontsnappen aan de drugswet, is zowel in de EU als in België toegenomen. Vooral door de toevloed van nieuwe psychoactieve stoffen, waarvan de samenstelling en dosering in vele gevallen niet gekend zijn, zijn ook de gezondheidsrisico's groter geworden. In 2016 noteerden we minstens 5 NPS-gerelateerde overlijdens in België²⁹.

De gevonden stoffen worden geanalyseerd in wetenschappelijke laboratoria. De analyseresultaten worden gecommuniceerd aan alle betrokken partijen via het Early Warning System (BEWSD). Nieuwe wetgeving voorziet in de oprichting van een drugsincidentennetwerk voor het delen van gegevens tussen hulpverleningscentra, spoeddiensten, EHBO-posten, laboratoria en het BEWSD. Hiervoor zal onder meer overleg nodig zijn met de gemeenschappen voor het aanduiden van 'peilstations' die drugsincidenten registreren en hierover rapporteren aan het BEWSD.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan om verder te werken aan een optimalisatie van het BEWSD, met inbegrip van haar reglementair en financieel kader. In deze context raadt de Algemene Cel Drugsbeleid ook aan de discussie te voeren over de eventuele oprichting van provinciale diensten die instaan voor het testen van illegale drugs. Deze diensten kunnen, door hun relatief snelle informatievergadering, een belangrijke aanvulling vormen op de bestaande beeldvorming van het aanbod van psychoactieve stoffen op de markt.

²⁹ http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/belgium/drug-harms_en

4.8. Behandelingen door middel van vervangingsmiddelen

De efficiëntie van behandelingen door middel van vervangingsmiddelen is omstandig wetenschappelijk aangetoond en wordt ook ruim toegepast in België. Door verschillende factoren, waaronder de meest recente staats hervorming, dient de bestaande reglementering te worden geactualiseerd. Bovendien zijn er vragen op het vlak van de capaciteit van de gespecialiseerde centra, de verplichte registratie van de patiënt, de collectie van epidemiologische data, de lijst van substanties die moeten gereguleerd worden, en dergelijke meer.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan het debat met betrekking tot een gecoördineerde reglementering en bijhorend implementatieplan, m.i.v. adequate financiering, af te ronden in de volgende legislatuur. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van het voorbereidend werk in de voorbije legislatuur, het omstandige wetenschappelijk onderzoek en de talloze praktijkervaringen.

4.9. Gokken

De voorbije legislatuur werd dit thema voor de eerste maal grondig behandeld in de Algemene Cel Drugsbeleid. Het debat ging gepaard met ruime consultaties van praktijkwerkers en onderzoekers, inclusief een advies van de Hoge Gezondheidsraad. In mei 2018 keurde de Thematische Vergadering Drugs een visienota goed. Uit de debatten bleek onder meer een gebrek aan degelijke data om de problematiek in kaart te brengen en het zorgaanbod adequater te organiseren. Niettemin werden reeds enkele concrete maatregelen genomen, zoals een inperking en betere registratie van het gokaanbod.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan de gokproblematiek in al haar dimensies verder te analyseren in functie van een adequater beleid dat zowel inspeelt op de aanbod- als op de vraagzijde. Specifieke aandacht zou kunnen uitgaan naar de meest adequate manier waarop aan de zorgnoden kan voldaan worden, maar ook een impactanalyse van de meest recente maatregelen die het aanbod op de gokmarkt pogen in te perken.

4.10. Medicinaal gebruik van cannabis

Sinds enkele jaren is het medicinaal gebruik van cannabis en cannabinoïden mogelijk in verschillende Europese landen. Niettemin zijn er grote verschillen in de doelgroepen en de vorm waarin het medicijn kan afgeleverd worden. In België is sinds 2016 één product op de markt voor de behandeling van multiple sclerose. In andere landen, zoals Duitsland en Nederland, kan cannabis in magistrale vorm worden voorgeschreven aan een ruimere groep van



diagnoses. Het maatschappelijk debat over het medicinaal gebruik van cannabis en cannabinoïden toont de interesse in de mogelijkheden van dit product bij patiënten en gezondheidszorgberoepen. Bij een eventuele uitbreiding van het aanbod aan medicinale vormen van cannabis en cannabinoïden moet rekening gehouden worden met de beschikbare evidentie, en de organisatorische, wettelijke en budgettaire implicaties. Zo kan de eventuele productie van cannabis voor medicinaal gebruik in België enkel gerealiseerd worden door de oprichting van een federaal cannabisbureau, dat onder meer moet instaan voor de controle van de productie en de aankoop van de producten.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan een debat te voeren over een verruiming van de mogelijkheden tot het voorschrijven en afleveren van cannabis en cannabinoïden voor medicinaal gebruik, inclusief de oprichting van het federaal cannabisbureau. De implicaties van de randvoorwaarden voor dergelijke maatregelen, zoals het informeren van gezondheidszorgberoepen, gespecialiseerde centra en patiënten, maar eventueel ook de ruimere bevolking dienen te worden opgenomen in het debat.

4.11. Recreatief gebruik van cannabis

In 2015 finaliseerde de Algemene Cel Drugsbeleid haar synthesesnota over het recreatief gebruik van cannabis. Dit thema kende de voorbije vier jaren verschillende nationale en internationale ontwikkelingen. Op nationaal vlak werd de wetgeving op het vlak van bezit van cannabis gewijzigd in functie van een betere toepasbaarheid. Enkele landen of staten decriminaliseerden of legaliseerden het recreatief gebruik van cannabis en/of startten met een door de overheid gecontroleerd aanbod van cannabis.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan om een grondig debat te voeren over het cannabisbeleid in België, rekening houdend met wetenschappelijke bevindingen, praktijkexpertise uit alle betrokken sectoren en de internationale context. De technische analyse uit 2015 kan hiervoor als basis dienen. De Cel wijst hierbij op het strikte onderscheid dat dient te worden bewaard tussen het beleid inzake medicinaal gebruik van cannabis en cannabinoïden enerzijds en het recreatief gebruik van cannabis anderzijds. De beleidsvisies en -maatregelen verschillen immers grondig in hun opzet en wettelijke en organisatorisch implicaties.

4.12. Preventie

Volgens de laatste analyse van de overheidsuitgaven blijkt 1% te gaan naar preventiebeleid. Dit percentage is gedaald met 20% tegenover 2008. De Algemene Cel Drugsbeleid heeft meerdere malen het belang van preventie benadrukt als één van de primaire pijlers van het drugsbeleid, benadrukt. Echter, dit preventiebeleid wordt geconfronteerd met complexe



uitdagingen, zoals de veelheid aan doelgroepen en levensdomeinen waarop moet ingezet worden, de snelle evoluties in het aantal stoffen en hun gebruik, de bereikbaarheid van de doelgroepen, culturele factoren (zowel in het faciliteren van gebruik, als het onbespreekbaar maken ervan, ...) en de complexiteit van betrouwbare evaluaties van preventieactiviteiten.

Desalniettemin is de Algemene Cel Drugsbeleid van mening dat een versterking van het preventiebeleid nodig is. Dit dient te worden besproken in de Algemene Cel Drugsbeleid omwille van onder meer de sterke connectie met de rol van de eerstelijnsgezondheidszorgberoepen en de mogelijkheid tot betere uitwisseling van goede praktijken. De mogelijkheid van bijkomende investeringen kan eveneens een piste zijn voor een effectiever preventiebeleid.

4.13. Datacollectie en -analyse

De ACD heeft meerdere malen het belang onderlijnd van efficiënte dataverzameling en -analyse van de vraag en het aanbod van psychoactieve stoffen. De internationale engagementen, zoals in het kader van de EU drugsstrategie of de VN vragenlijsten vormen hierin een minimum. Wat de gezondheidsindicatoren betreft financieren de betrokken Ministers zowel bevestigingen in de algemene bevolking (vanaf 15 jaar) als specifiek bij jongeren en minderjarigen. Vanuit de politie- en veiligheidsdiensten (inclusief douane) kunnen jaarlijks adequate cijfers gerapporteerd worden over de inbeslagnames van illegale drugs. Niettemin stellen we hiaten vast in de datacollectie en -analyse, en dit zowel wat betreft de vraag- als de aanbodzijde.

Het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving verzamelt de nodige gegevens voor het Europese niveau voor wat betreft de illegale stoffen, en biedt hiervoor de nodige ondersteuning aan de lidstaten. Het BMCDDA (Sciensano), als nationaal focal point, is de coördinerende en faciliterende instantie voor België.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan om een analyse te maken van de datacollectie en -analyse in ons land met betrekking tot de sleutelindicatoren van de EU drugsstrategie en voorstellen te formuleren voor optimalisatie. Het BEWSD vormt hierbij het eerste aanspreekpunt en kan optreden als coördinerende instantie voor deze oefening.

4.14. Wetenschappelijk onderzoek

De ACD wenst een globaal en geïntegreerd drugsbeleid dat gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie. Door de internationale dimensie van het alcohol- en drugsbeleid, en de rol van internationale instellingen zoals het EMCDDA, de WHO, UNODC en INCB, is reeds veel evidentie op het internationale niveau beschikbaar. Echter, het alcohol en drugsbeleid heeft eveneens een nationale of lokale component waardoor doelgerichte studies noodzakelijk



blijven. Het Federaal Onderzoeksprogramma Drugs van BELSPO biedt al sinds 2002 de mogelijkheid om onderzoek te financieren over alle dimensies van het drugsbeleid. Sinds enkele jaren worden ook de deelstaten actief betrokken in de prioritering van thema's en de eventuele co-financiering van studies.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan om het Federaal Onderzoeksprogramma Drugs te behouden als efficiënt instrument voor de ondersteuning van haar beleid. De betrokkenheid van de deelstaten in de selectie van de thema's en de co-financiering van de studies moet hierbij verder worden versterkt.

4.15. Samenwerking met het maatschappelijk middenveld

Om te komen tot een onderbouwd en realistisch drugsbeleid is samenwerking, in verschillende vormen, met het maatschappelijk middenveld of civil society essentieel. Deze samenwerking wordt beklemtoond in verschillende internationale en nationale documenten. België heeft hierin een goede traditie door zo open mogelijk te communiceren met verschillende stakeholders. Dit gebeurt door individuele contacten van de beleidscellen en administraties, door hoorzittingen in naam van de ACD, of door deelname van civil society organisaties aan ad hoc werkgroepen van de ACD. In 2019 heeft de ACD beslist om de consultatie van stakeholders nog verder te structureren in functie van een zo efficiënt mogelijke betrokkenheid.

De Algemene Cel Drugsbeleid beveelt aan om civil society organisaties te betrekken bij de werkzaamheden volgens volgende principes :

1) De ACD organiseert jaarlijks een consultatie met vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld. Om te bepalen welke organisaties geconsulteerd worden, zal het secretariaat van de ACD een oproep lanceren met de volgende criteria:

- Rechtstreeks betrokkenheid bij de thematiek van middelengebruik of gedragsverslavingen
- Niet-gouvernementeel karakter (maar mag gesubsidieerd zijn door een overheidsinstelling)
- Niet commercieel karakter
- Transparantie in de statuten, de opdrachten en de financieringsbronnen

Het secretariaat zal een eerste selectie doen op basis van de bovenstaande criteria. Die selectie zal ter goedkeuring voorgelegd worden aan de ACD.



- 2) Voor de belangrijke dossiers of werven waarvoor een werkgroep zal worden opgericht, zal het aan elke werkgroep zijn om te bepalen of en hoe het middenveld geconsulteerd kan worden op de meest geschikte manier (ad-hoc consultatie).
- 3) De agenda van elke vergadering van de ACD zal enkel gestuurd worden naar de drie koepelorganisaties die gespecialiseerd zijn preventie, schadebeperking en hulpverlening voor personen met een middelenprobleem. Het gaat om VAD, Fédito Bxl en Fédito wallonne. Zij zullen de mogelijkheid krijgen om een aanvraag in te dienen om deel te nemen aan de vergadering voor bepaalde specifieke agendapunten. Hun argumenten, adviezen en opmerkingen moeten vooraf aan vergadering doorgestuurd worden naar het secretariaat. Op basis van die argumentatie zal de permanente coördinatie (i.e. de coördinator van de ACD en het secretariaat) beslissen om de aanvraag al dan niet goed te keuren.

ALGEMENE CONCLUSIE

Het drugbeleid in België heeft de ambitie om globaal en geïntegreerd te zijn. Dit impliceert een inclusie van alle bevoegde beleidsactoren die hun acties en maatregelen op elkaar aligneren. In functie hiervan is er nood aan een coördinerend platform waaraan alle betrokken overheden deelnemen en dat voorstellen kan uitwerken voor politieke validatie in volle respect voor de individuele bevoegdheid van éénieder. De Algemene Cel Drugsbeleid en de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid vervullen deze rol op een gestructureerde en effectieve manier.

Méer dan andere jaren werden in de voorbije legislatuur talloze thema's besproken, waaronder alcohol, risicobeperkende gebruiksruidtes, gokken, psychofarmaca, drughulpverlening in gevangenissen, de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid, doping, de relatie met civil society organisaties, tabak, internationale ontwikkelingen, nieuwe psychoactieve stoffen, De communicatie over deze thema's verliep open en constructief en heeft geleid tot enkele concrete resultaten, zoals visienota's, wetenschappelijke studies, een pilootproject, méer gestructureerde informatiedeling, en dergelijke meer. Dit kon enkel gerealiseerd worden door een actieve betrokkenheid van de leden en de goede samenwerking met de permanente coördinatie van de ACD. De rol van Prof. Dr. Brice De Ruyver als coördinator van de ACD kan hierbij niet onderschat worden. Zijn expertise, passie en overtuigingskracht heeft ontegensprekelijk een stempel gedrukt op het drugsbeleid in ons land en de resultaten van de ACD. Zijn plotse overlijden in 2017 was dan ook een verlies voor de ACD, die een nieuwe dynamiek heeft moeten vinden.

Door de aanduiding van Prof. Dr. Etienne De Groot als coördinator en de samenwerking met Prof. Dr. Charles Kornreich als adjunct-coördinator en het secretariaat van de ACD kan de Cel in de komende jaren verder werken aan haar doelstellingen. Door de realisaties van de voorbije jaren liggen de meeste elementen voor grondige discussies op tafel. Idealiter leiden deze discussies tot de goedkeuring van een nieuwe en geactualiseerde beleidsstrategie met concrete acties. Immers, de laatste beschikbare beleidsdocumenten dateren van 2010 (Gemeenschappelijke Verklaring, zonder einddatum) en 2015 (Kadernota Integrale Veiligheid, met 2019 als einddatum). We zijn ervan overtuigd dat de toekomstige leden van de ACD de nodige dynamiek, innovatie en openheid van geest zullen hanteren om alle uitdagingen van dit drugsbeleid tot een goed einde te brengen in het belang van de gezondheid, het welzijn en de veiligheid van onze samenleving.



Algemene Cel Drugsbeleid
permanente coördinatie

BIJLAGEN

BIJLAGE I : SAMENSTELLING VAN DE THEMATISCHE VERGADERING VAN DE INTERMINISTERIËLE CONFERENTIE VOLKSGEZONDHEID

Voor de federale overheid:

- Maggie De Block, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie
- Charles Michel, Eerste Minister
- Jan Jambon, Vice-Eerste Minister, Minister van Veiligheid en Binnenlandse Zaken, belast met de Regie der Gebouwen, vervangen door Pieter De Crem in december 2018
- Koen Geens, Minister van Justitie

Voor het Waals Gewest:

- Maxime Prévot, Minister van Openbare Werken, Gezondheid, Sociale Actie en Erfgoed, vervangen door Alda Greoli, Vice-Voorzitster van de Waalse Regering Minister van Sociale Actie, Gezondheid, Gelijke Kansen, Ambtenarenzaken en Administratieve Vereenvoudiging in juli 2017

Voor de Vlaamse Gemeenschap:

- Jo Vandeurzen, Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Voor de Federatie Wallonië-Brussel:

- Rudy Demotte, Minister-President van de Federatie Wallonië-Brussel
- Alda Greoli, Vice-Voorzitster van de Federatie Wallonië-Brussel, Minister van Cultuur, Kinderwelzijn en Permanente Opvoeding

Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest:

- Rudi Vervoort, Minister-President van de Regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, bevoegd voor Plaatselijke Besturen, Territoriale Ontwikkeling, Stedelijk Beleid, Monumenten en Landschappen, Studentenaangelegenheden, Toerisme en Haven van Brussel

Voor de Duitstalige Gemeenschap:

- Antonios Antoniadis, Minister für Familie, Gesundheit und Soziales (Minister van Gezin, Gezondheid en sociale Zaken).



Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie:

- Didier Gosuin, Minister, Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), bevoegd voor Gezondheidsbeleid en Ambtenarenzaken, Financiën, Begroting, Erfgoed en Externe betrekkingen
- Guy Vanhengel, Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), bevoegd voor Gezondheidsbeleid

Voor de Franse Gemeenschapscommissie:

- Cécile Jodogne, Minister, Lid van het College van de Franse Gemeenschapscommissie (FGC), bevoegd voor Gezondheidsbeleid.

BIJLAGE II : SAMENSTELLING VAN DE ALGEMENE CEL DRUGSBELEID

Voor de federale overheid:

- 1 vertegenwoordiger voor de Eerste Minister
- 1 vertegenwoordiger voor de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- 2 vertegenwoordigers voor de Vice-Eerste Minister en Minister van Binnenlandse Zaken
- 2 vertegenwoordigers voor de Minister van Justitie

Voor de Vlaamse regering:

- 1 vertegenwoordiger voor de Minister-President van de Vlaamse Regering
- 3 vertegenwoordigers van de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- 1 vertegenwoordiger van de Vice-Minister-President van de Vlaamse Regering, Vlaams Minister van Bestuurszaken, Binnenlands Bestuur, Inburgering, Wonen en Gelijke Kansen
- 1 vertegenwoordiger van de Vlaamse Vice-Minister-President van de Vlaamse Regering en van de Vlaamse Minister van Onderwijs
- 1 vertegenwoordiger van de Minister van Cultuur, Media, Jeugd en Brussel.

Voor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie:

- 1 vertegenwoordiger van het lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), bevoegd voor Gezondheidsbeleid, Ambtenarenzaken, Financiën, Begroting en Externe betrekkingen
- 1 vertegenwoordiger van het lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), bevoegd voor de Gezondheidsbeleid

Voor de regering van de Federatie Wallonië-Brussel:

- 1 vertegenwoordiger voor de ‘Vice-Voorzitter, Minister van Cultuur, Kinderwelzijn en Permanente Opvoeding
- 1 vertegenwoordiger voor de Minister-President van de Federatie Wallonië-Brussel

Voor de regering van het Waals Gewest:

- 1 lid voor de Minister van Gezondheid, Sociale Actie, Erfgoed en Openbare Werken

Voor de Franse Gemeenschapscommissie:

- 1 vertegenwoordiger van het College van de Franse Gemeenschapscommissie (FGC), bevoegd voor Ambtenarenzaken, Gezondheidsbeleid en Middenstandsopleiding

Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest:

- 1 lid voor de Minister-President van de regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Voor de Duitstalige Gemeenschap:

- 1 lid voor de Minister für Familie, Gesundheit und Soziales (Minister van Gezin, Gezondheid en sociale Zaken).