DOSSIER

BOUWSTENEN VOOR EEN DAADKRACHTIG DRUGSBELEID

De visie van de N-VA

DENKEN.DURVEN.DOEN.

© Anne Deknock

“Een doordacht drugsbeleid moet erop gericht zijn het drugsprobleem zelf aan te pakken. Het preventieve en het curatieve luik zijn daarom zeker zo belangrijk als het repressieve luik.”

Volksvertegenwoordigers Sophie De Wit, Koenraad Degroote, Valerie Van Peel en Björn Anseeuw

Inhoudstafel

Voorwoord 4

DEEL I. Feiten en cijfers 7

1. De ene drug is de andere niet 7
2. De ene gebruiker is de andere niet 10
3. Het ene effect is het andere niet 14
4. De ene aanpak is de andere niet 16
5. Ook alcohol en tabak zijn drugs 20

DEEL II. Een doorlichting van het beleid 23

1. Preventie: voorkomen is altijd beter dan genezen 23
2. Behandeling: wanneer het misloopt … 29
3. Geen beleid zonder repressie 36

DEEL III. De visie van de N-VA: naar een drugsvrij bestaan 53

1. Drugsgebruik niet tolereren 53
2. Investeren in beleid, niet in structuren 54
3. Middelen gericht en efficiënt inzetten 55
4. Drugsgebruiker hoeft geen slachtoffer te zijn 58
5. Verhaal van rechten en plichten 59
6. Een transparant, doelgericht en wetenschappelijk gegrond beleid 61
7. Een moderner gevangenisconcept 63

Drugsactieplan 64

Voorwoord.

Naar een goed uitgewerkt preventie- en repressiebeleid: multidisciplinair, samenhangend en doordacht

Drugs. Hoe ga je als samenleving en als overheid het best om met dat overlastfenomeen? Zoals zo vaak zijn de meningen verdeeld. En een makkelijk, eenduidig antwoord is er niet. De N-VA pleit alvast voor een goed uitgewerkt preventie- en repressiebeleid.

Moet je streng optreden en misschien maar meteen een nultolerantie voor drugs invoeren? Kies je daarbij resoluut voor repressie? Of zet je eerder in op preventie en ontrading? Probeer je beter de negatieve gevolgen van het groeiende drugsgebruik binnen de perken te houden, door bijvoorbeeld partydrugs te testen of schone naalden aan te bieden? Of geef je daarmee dan weer te veel het signaal dat drugs wel oké zijn? De meningen zijn verdeeld.

Bovendien stopt het drugsverkeer ook niet aan de grenzen. Grootschalige drugshandel, waarbij het goedje wordt geproduceerd in verre, exotische ontwikkelingslanden en vervolgens verscheept naar onze al te nabije havens —Antwerpen op kop— komt niet enkel voor in films. Het is spijtig genoeg een harde realiteit. Europa heeft een goed uitgebouwde drugsmarkt. Die steunt zowel op een eigen, interne productie als op de aanvoer van drugs van buitenaf.

Gespleten beleid

Voorlopig hanteert de overheid een typisch Belgische compromisoplossing: zij combineert een harde aanpak van de productie en handel in (hard)drugs met een gedoogbeleid voor het bezit van cannabis, mits het slechts om een beperkte hoeveelheid gaat. Maar met die gespleten beleidskeuze is uiteindelijk niemand echt gelukkig. Typisch Belgisch is ook dat het preventie- en behandelingsbeleid verspreid zit over te veel instanties, overheden en regio's. Dat alles zorgt ervoor dat de drugsproblematiek geregeld voorpaginanieuws is. Ook voor de N-VA is het drugsbeleid een belangrijk punt op de agenda.

België: een Europees drugsparadijs

Uit een rapport van Europol uit 2013[1] blijkt dat illegale drugs nergens in Europa zo goedkoop en zo zuiver zijn als in België. Zo zouden heroïne, cocaïne, cannabis én amfetamines in dit land de beste prijs-kwaliteitsverhouding bieden. Meer nog: België treedt in het hele rapport overduidelijk naar voren als een draaischijf voor drugshandel en als een paradijs voor drugsgebruikers. Drugs zijn, ondanks alle inspanningen van onze politiediensten, bijna nergens in Europa zo gemakkelijk te verkrijgen als hier. Qua drugsgebruik moet België dan ook niet onderdoen voor heel wat Oostbloklanden. En zelfs als producent van bijvoorbeeld xtc, amfetamines en cannabis spannen we stilaan de kroon binnen Europa. Ook de Europese productie van MDMA, de werkzame stof in xtc, blijkt zich te concentreren in Nederland en België.

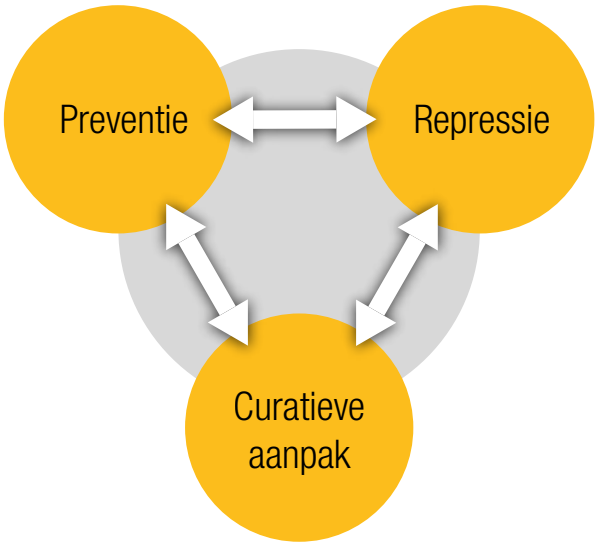
De strijd tegen drugs is niet zomaar een prioriteit in het nationale veiligheidsplan van de N-VA. Al is het uiteraard niet enkel die ongewenste reputatie die we moeten wegwerken. Het gaat om veel meer. Een doordacht drugsbeleid moet in de eerste plaats erop gericht zijn het drugsprobleem zelf aan te pakken, net omdat drugs zoveel schade berokkenen aan de

[1] EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis, Europol, 2013

gebruikers én hun omgeving. Het preventieve en het curatieve luik zijn daarom zeker zo belangrijk als het repressieve luik van zo'n drugsbeleid.

Preventie, behandeling en repressie

Preventie, behandeling en repressie sluiten nauw op elkaar aan, en zo hoort het ook. Het zijn de drie bouwstenen van een daadkrachtig drugsbeleid. Voor een goed werkende aanpak zijn ze stuk voor stuk essentieel. Is strafrechtelijk optreden tegen een gebruiker niet zozeer een doel op zich, het kan wel helpen om die persoon naar de hulpverlening te leiden. Daarnaast beoogt een strenge repressieve aanpak ook een ontradend effect. Repressie werkt zodoende ook preventief.



De meest optimale aanpak, met een adequaat strafrechtelijk ingrijpen, een goede behandeling en hulpverlening en een effectieve preventie, vergt uiteraard ook heel wat middelen. Middelen die vandaag misschien onvoldoende voorhanden zijn. Dat mag evenwel niemand ervan weerhouden een globale visie en een optimaal beleid te ontwikkelen, om dat vervolgens, met de wel beschikbare middelen, zo veel mogelijk uit te werken en te benaderen. Berusten in de problematiek en niets doen gaat immers ook ten koste van het individu en de maatschappij. Stilzitten is, met andere woorden, geen optie.

De N-VA pleit daarom voor een goed uitgewerkt preventie- en repressiebeleid: multidisciplinair, samenhangend en doordacht. Want hoe minder problematische drugsgebruikers, hoe minder middelen er nodig zijn voor een curatieve aanpak. Of hoe voorkomen nog steeds beter is dan genezen.

Björn Anseeuw, Vlaams Parlementslid
Koenraad Degroote, Kamerlid
Sophie De Wit, Kamerlid
Valerie Van Peel, Kamerlid

“Drugs zijn als Russische roulette: als je eraan begint, heb je één kans op vijf om een probleemgebruiker te worden.”

Igor, spoedarts

DEEL I. Feiten en cijfers

1. De ene drug is de andere niet

Drugs zijn er in alle soorten, vormen en kleuren. De drugsmarkten zijn wereldwijd voortdurend in beweging en ontwikkelen zich razendsnel. In 2014 zijn in Europa alleen al ruim honderd nieuwe psychoactieve middelen ontdekt. Een andere trend die zich aftekent, is dat drugs zuiverder en krachtiger worden. Daarnaast worden producenten en dealers ook steeds professioneler en crimineler.

Zonder volledig te willen zijn, geven we hieronder en op de volgende bladzijden een overzicht van de meest voorkomende drugs, hun herkomst en hun voornaamste effecten. Eén ding hebben ze gemeenschappelijk: **alle drugs zijn verslavend**.

Middel en benaming	Herkomst en samenstelling	Effecten	Ongewenste effecten en risico's
Cannabis	Afkomstig van de hennepplant. Hoe sterk de cannabis is, wordt bepaald door het gehalte aan THC.	Bewustzijnsverandering, versterking van de gevoelens, roesopwekkend, kalmerend.	• concentratiestoornissen • vertraagd reactievermogen • veralgemeende desinteresse • psychosen
Heroïne	Wordt gemaakt uit morfine, afkomstig van opium uit de papaverplant.	Korte euforie, sterk verdovend, roes van welbehagen en onverschilligheid.	• misselijkheid • jeuk • vertraging van de ademhaling, hartslag en andere lichaamsfuncties • infectie-overdracht en ontsteking via naalden • overdosis
Cocaïne en crack	Via een chemisch proces, afkomstig uit de cocastruik.	Zowel psychisch als lichamelijk oppeppend effect, groter uithoudingsvermogen, alertheid, euforie, verdovende werking.	• waanvoorstellingen • agressie • rusteloosheid • hartritmestoornissen • neusbloedingen • huidproblemen • neerslachtigheid • overdosis

> *“Bij xtc, speed en cocaïne is het verschil tussen een ‘normale’ dosis en een overdosis minimaal. Je kan na één keer al een hartinfarct krijgen als je pech hebt.”*
>
> ***Psychiater An Van Duyse, medisch directeur De Sleutel (De Tijd, 21/03/2015)***

Middel en benaming	Herkomst en samenstelling	Effecten	Ongewenste effecten en risico’s
Amfetamines of speed	Synthetische drug.	Gevoel van energie, groter uithoudingsvermogen, euforische stemming.	• hart- en ademhalingsstoornissen • neerslachtigheid • waanbeelden • huidschade • dwangmatig gedrag • overdosis
Poppers	Synthetische, vloeibare drug.	Ontspannend effect, zowel lichamelijk als psychisch.	• misselijkheid • hart- en ademhalingsstoornissen • bloedarmoede
Paddo’s	Paddenstoelen.	Euforie, intensere beleving, hallucinaties.	• misselijkheid • maagklachten • hevige pijn of angst • psychoses
Smartdrugs	Verzamelnaam voor zogenoemde natuurlijke drugs, afkomstig van bewustzijnsveranderende planten en kruiden.	De effecten gaan van oppeppend tot kalmerend en bewustzijnsveranderend.	Net als alle drugs, brengen ook smartdrugs ongewenste effecten met zich mee. Hier is echter nog maar weinig onderzoek naar gedaan.

© Thinkstock

Middel en benaming	Herkomst en samenstelling	Effecten	Ongewenste effecten en risico's
Designerdrugs	(Verzamelnaam voor de chemische drugs die in de jaren tachtig hun opmars maakten als uitgaansdrugs.)		
XTC	Synthetische drug.	Hallucinaties, bewustzijns-verandering, intens gevoel van geluk en intimiteit, drang om te bewegen.	• misselijkheid • droge mond • verhoogde bloeddruk en hartslag • verstoord evenwicht • overdosis
Vloeibare XTC of GHB	Synthetische drug, hoewel van nature in een minimale hoeveelheid in het menselijk lichaam aanwezig.	Van euforie tot slaperigheid, afhankelijk van de dosering.	• misselijkheid • agressief gedrag • spraakproblemen • hartritmestoornissen • onderkoeling • overdosis
LSD	Synthetische drug.	Hallucinaties, bewustzijns-verandering.	• psychoses • agressief gedrag • hart- en ademhalingsstoornissen • zweten • misselijkheid
Ketamine	Synthetische drug, medisch gebruikt als verdovingsmiddel.	Loskoppelen van waarneming en ervaring, desoriëntatie, euforie, waanbeelden.	• misselijkheid • desoriëntatie • overdosis • geheugenproblemen • hart- en ademhalingsstoornissen • paranoia • agressief gedrag • neurosen • orgaanschade

“Designerdrugs zijn de nieuwe pest van deze tijd. Vanuit Azië, voornamelijk China, overspoelen ze de Europese markt. Niemand kan zeggen hoe schadelijk of verslavend die chemische preparaten zijn. Het gebruik van die producten kan levensgevaarlijk zijn. Na onderzoek blijkt dat meestal ook.”

Toxicoloog Jan Tytgat (Gazet van Antwerpen, 21/09/2015)

2. De ene gebruiker is de andere niet

De aantrekkingskracht van drugs is een wereldwijd fenomeen. België bevindt zich evenwel in een bijzondere positie: dit land heeft de kwalijke reputatie een paradijs voor drugsgebruikers te zijn. Bijna nergens anders kom je zo gemakkelijk én zo goedkoop aan drugs van hoge kwaliteit als hier.

Het mag dan ook niet verbazen dat **België niet bepaald goed scoort inzake drugsgebruik**. Zo'n 11,2 procent of één op de tien jongvolwassenen heeft in 2015 cannabis gerookt. Voor cocaïnegebruik ligt het percentage jongvolwassen gebruikers zelfs boven het Europese gemiddelde (zie grafiek op blz. 11).[2]

Spijtig genoeg komt zowat iedereen met legale of illegale drugs in contact. Maar **wie welke drugs gebruikt, verschilt nogal**. Diverse factoren kunnen daarin meespelen: het gezin waarin je opgroeit, je culturele achtergrond, je leeftijd, je job, reclame, de wet, invloed van vrienden, financiële middelen, enzovoort.

We moeten ons wel hoeden voor clichés. Niet enkel jongeren gebruiken illegale drugs. En niet alle volwassen mannen zijn zware drinkers. Ook is het iets te kort door de bocht om te stellen dat bijvoorbeeld stedelingen of minder opgeleiden meer drugs zouden gebruiken. **Noch de urbanisatiegraad noch het opleidingsniveau** brengt voldoende verschil met zich mee om dergelijke conclusies te kunnen trekken.

Enkel voor cannabisgebruik bij scholieren is er een verschil merkbaar tussen leerlingen uit het algemeen secundair onderwijs enerzijds, en het technisch en beroepssecundair onderwijs anderzijds. Maar daarbij spelen ook hun leeftijd en geslacht mee.

2.1 Recreatief gebruik

Uit cijfers van 2013[3] blijkt dat 3,6 procent van de bevolking tussen 15 en 64 jaar in België ooit recreatief cocaïne, amfetamine of heroïne heeft gebruikt, voornamelijk mannen. Zo'n 10,9 procent of één op de tien is een jongere of jongvolwassene tussen 15 en 34 jaar. Zo'n **0,8 procent van de Belgen gaf toe recent nog dergelijke drugs te hebben gebruikt**. Voor een stad als Gent, met ongeveer een kwart miljoen inwoners, komt dat al gauw neer op tweeduizend gebruikers in het laatste jaar. En dan hebben we het nog niet eens gehad over het cannabisgebruik, dat nog een pak hoger ligt.

[2] Bron: Europees Drugsrapport 2015 + Syntheserapport leerlingenbevraging resultaten schooljaar 2013-2014, VAD

[3] Bron: Gezondheidsenquête 2013

Drugsgebruik in Europa

Cannabis

Gebruikt

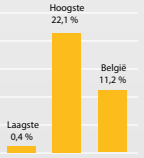
Volwassenen (15-64)

Voorgaand jaar 19,3 miljoen — 5,7%

Ooit 79,9 miljoen — 23,3%

Jongvolwassenen (15-34)

Voorgaand jaar 14,6 miljoen — 11,7%



Nationale schattingen gebruik afgelopen jaar

Cocaïne

Gebruikt

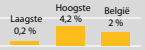
Volwassenen (15-64)

Voorgaand jaar 3,4 miljoen — 1%

Ooit 15,6 miljoen — 4,6%

Jongvolwassenen (15-34)

Voorgaand jaar 2,3 miljoen — 1,9%



Nationale schattingen gebruik afgelopen jaar

Amfetamines

Gebruikt

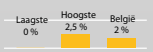
Volwassenen (15-64)

Voorgaand jaar 1,6 miljoen — 0,5%

Ooit 12 miljoen — 3,5%

Jongvolwassenen (15-34)

Voorgaand jaar 1 miljoen — 1%



Nationale schattingen gebruik afgelopen jaar

XTC

Gebruikt

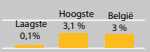
Volwassenen (15-64)

Voorgaand jaar 2,1 miljoen — 0,6%

Ooit 12,3 miljoen — 3,6%

Jongvolwassenen (15-34)

Voorgaand jaar 1,8 miljoen — 1,4%



Nationale schattingen gebruik afgelopen jaar

Opioïden
(misbruik pijnmedicatie)

Volwassenen (15-64)

1,3 miljoen
problematische opioïdengebruikers

Drugsbehandeling:
41 % van de drugsbehandelingen in de Europese Unie gebeurt omwille van misbruik pijnmedicatie (primaire drug)

41%

Behandeling

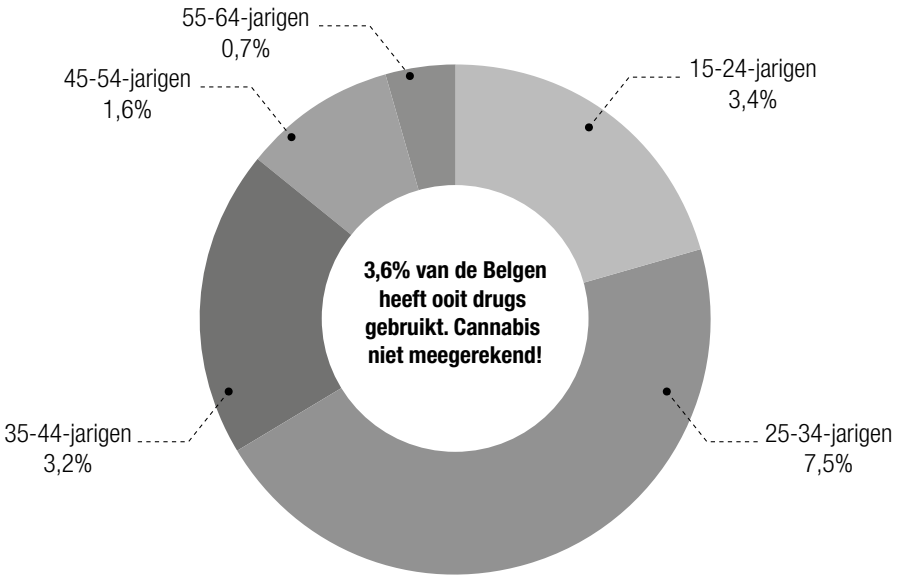
700.000
opioïdengebruikers hebben in 2013 een substitutiebehandeling gevolgd

Sterfgevallen:
3,4 % van alle sterfgevallen onder Europeanen in de leeftijdsgroep van 15-39 jaar zijn drugsdoden. In **66 %** van de fatale overdosissen zijn opioïden aangetroffen

“Wie stelt dat er geen noemenswaardig drugsprobleem is bij de jeugd, omdat de meeste jongeren niet gebruiken of toch stoppen met cannabis, heeft het foute plaatje voor ogen. Het draait om wie wél gebruikt en blijft gebruiken. Wat belangrijk is, is elk slachtoffer, elk kind dat drugs gebruikt.
Dat moet onze bekommernis zijn. Hoe zouden de ouders van verongelukte kinderen het ervaren indien de overheid stelde dat alles wel oké is, want dat de meeste kinderen toch niet verongelukken?”

Staatssecretaris Elke Sleurs

Experimenteel drugsgebruik
(met uitzondering van cannabis)



2.2 Drugsgebruik bij jongeren

	Cannabis	Cocaïne	XTC	Speed	Heroïne	LSD
Ooit (12-18-jarigen)	17,5%	1,5%	5%	1,2%	-	1,2%
12-14-jarigen	3,7%	0,7%	0,3%	0,4%	-	0,3%
15-16-jarigen	21%	1,5%	2,2%	1,3%	-	1,2%
17-18-jarigen	39,3%	3,0%	5%	2,9%	-	2,6%
20-25-jarigen	43,6%	7,8%	9,9%	4,6%	0,5%	1,6%

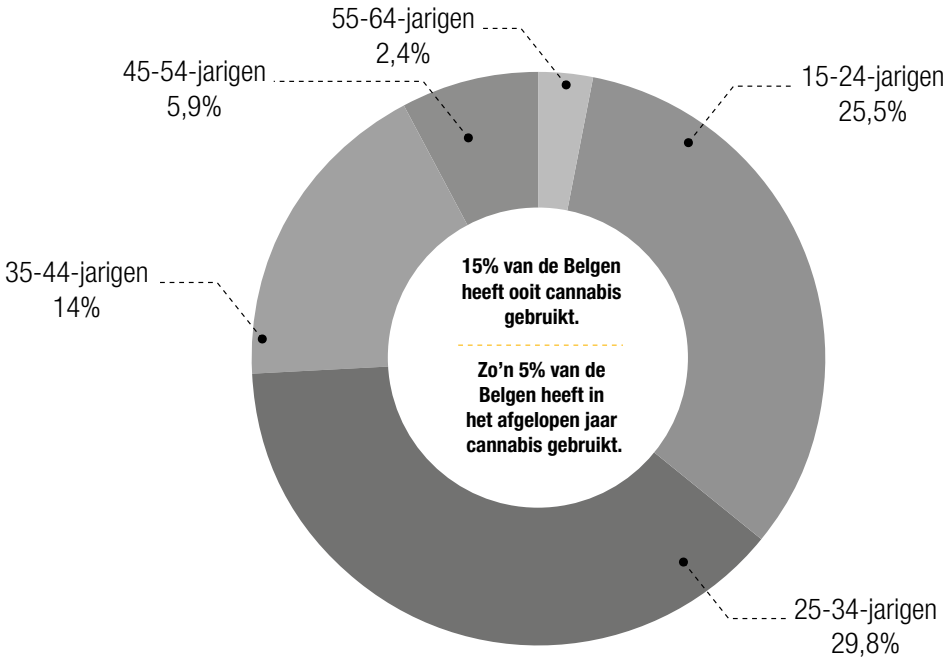
Hoewel het gebruik van drugs bij scholieren de laatste jaren lijkt te stabiliseren, ligt het piekmoment van de eerste joint op 15-16 jaar. Voor de andere drugs geeft zo'n 79 procent van de jonge gebruikers aan dat ze ermee **startten voor hun 17de verjaardag**.

Het inspuiten van drugs gebeurt ook reeds op vroege leeftijd. De eerste injectie wordt gemiddeld al op 21 jaar gezet. Vier op de tien gebruikers die Spuitenruil Vlaanderen weet te bereiken, beweren zelfs **op minderjarige leeftijd** te zijn gestart. Het inspuiten van drugs wordt beschouwd als de zwaarste vorm van druggebruik.

Een kwart van de jongeren geeft ook aan dat ze minstens één vriend hebben die andere illegale drugs dan cannabis gebruikt. Gemiddeld één op de vijf jongeren zou ook gemakkelijk aan die drugs geraken.

Voor cannabis liggen de cijfers vele malen hoger. Zo telt 55 procent of meer dan de helft van de 15-16-jarigen minstens één vriend die cannabis gebruikt. Voor 17-18-jarigen loopt dat op tot 70 procent.

2.3 Gebruik van cannabis



“De realiteit is dat we te maken hebben met genotsmiddelen. Hun gebruik steunt zelden op een rationele keuze.”

Criminoloog Brice De Ruyver in ‘De Derde Weg’

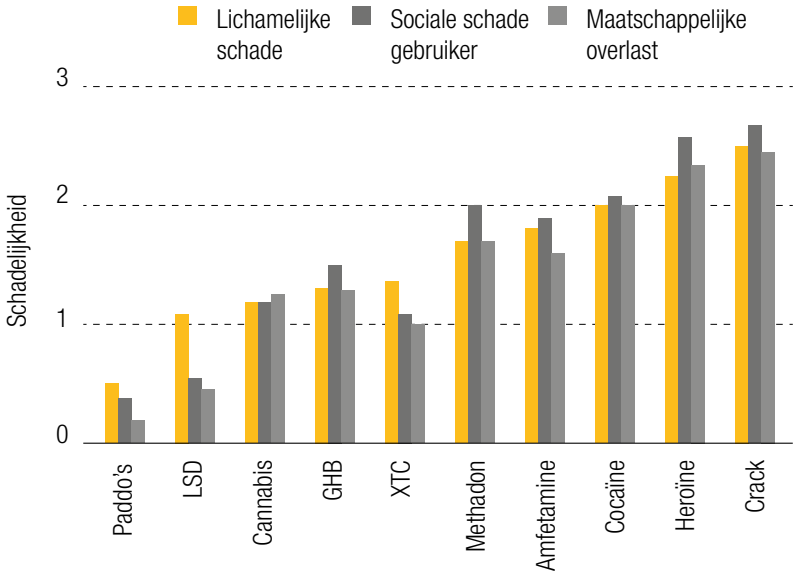
De laatste jaren is het aantal cannabisgebruikers niet wezenlijk gewijzigd. Zo’n 15 procent van de Belgen tussen 15 en 64 jaar geeft aan minstens één keer cannabis te hebben gebruikt.[4] Hoewel de eerste joint vroeger wordt opgestoken, ligt de leeftijd van de gemiddelde cannabisgebruiker op ongeveer 18 jaar. Door die jonge leeftijd kunnen de **gevolgen van drugsgebruik op het leerproces en de sociale ontplooiing** zeer ernstig zijn.

3. Het ene effect is het andere niet

Niet alleen de variatie aan drugs is zeer groot. Ook hun (verslavende) effect varieert sterk.

Dat het gebruik van drugs over het algemeen tot een zekere mate van afhankelijkheid en een gewijzigd beoordelingsvermogen leidt, is genoegzaam bekend. Maar **het verslavende karakter en de concrete effecten** die een drug heeft, hangen af van tal van factoren. De soort en de dosis drugs die iemand gebruikt, spelen uiteraard een belangrijke rol. Maar ook het moment en de plaats van gebruik, de genetische bagage en **de levenssituatie waarin de gebruiker zich bevindt**, kunnen in sommige gevallen bepalend zijn.

Naast die specifieke effecten en het verslavende karakter van drugs, zijn er nog heel wat andere schadelijke gevolgen en risico’s verbonden aan het gebruik en de afhankelijkheid ervan. De uiteindelijke schade kent vele gezichten: van **de lichamelijke en de sociale schade** voor de gebruiker zelf, tot en met allerlei **maatschappelijke overlast,** zoals blijkt uit onderstaande grafiek.[5]



[4] Bron: Gezondheidsenquête 2013

[5] Bron: Ranking van drugs: een vergelijking van de schadelijkheid van drugs, RIVM, 2009

"Bijna een kwart (24 procent) van de gevallen van psychose houdt verband met het roken van krachtige cannabis of 'skunk'. Het risico op een psychose is drie keer hoger bij gebruikers van 'skunk' dan bij mensen die niet blowen. Bij dagelijkse gebruikers is dat risico zelfs vijf keer groter."

onderzoek King's College of London[6]

3.1 Lichamelijke en sociale schade

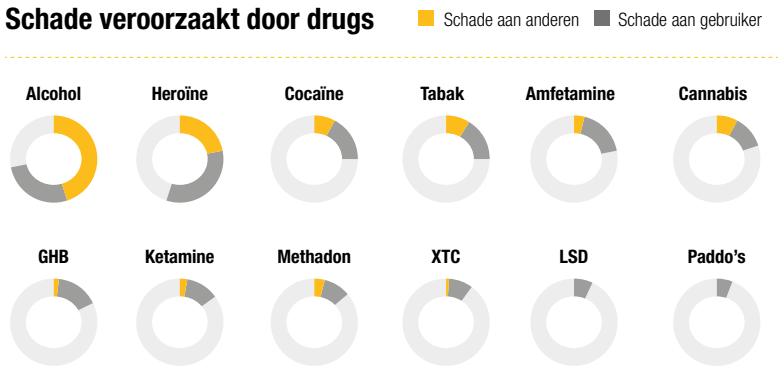
In de eerste plaats is er natuurlijk de lichamelijke schade die de drugsgebruiker zelf oploopt. Zo kan er bij langdurig cannabisgebruik longschade optreden. Maar **zelfs een eenmalig drugsgebruik** kan ernstige en zowaar dodelijke gevolgen hebben. Een overdosis cocaïne kan bijvoorbeeld een hartaanval veroorzaken en één dosis van sommige nieuwe designerdrugs kan al ernstige neurologische schade aanrichten.

Ook op psychisch vlak kan de gebruiker schade oplopen. We weten nu veel beter dan vroeger dat bijvoorbeeld langdurig intensief cannabisgebruik **psychoses kan veroorzaken**.

Doordat drugs verslavend werken, kunnen ze de gebruiker ook heel wat sociale schade berokkenen. Drugs kunnen het leven van de verslaafde zo gaan beheersen, dat die **minder goed of helemaal niet meer kan functioneren in het dagelijkse leven**. Je kan er ook niet omheen dat intensief drugsgebruik vaker werkloosheid en armoede met zich meebrengt. Een drugsverslaving kan ook leiden tot sociaal isolement, crimineel gedrag en zelfs huishoudelijk geweld.

3.2 Maatschappelijke schade

Al te vaak heeft drugsgebruik niet alleen gevolgen voor de gebruiker zelf, maar ook voor zijn naaste omgeving en zelfs voor de brede samenleving. Talrijk zijn de getuigenissen van familieleden van drugsverslaafden die door de hel zijn gegaan. Drugs maken veel levens kapot, rukken gezinnen uiteen en veroorzaken maatschappelijke drama's.[7]



[6] Di Forti, M. et al. 'Proportion of patients in South London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study' published in Lancet Psychiatry, 2015

[7] Bron: 'Drug harms in the UK' by David Nutt et al. The Lancet, 2010

> *“Als alle Belgen zouden stoppen met het overmatig gebruik van alcohol, het verkeerd gebruik van psychoactieve medicatie en het gebruik van illegale drugs en tabak, dan besparen we jaarlijks meer dan 4,5 miljard euro.”*
>
> ***SOCOST onderzoek UGent/VUB (De Standaard, 17/11/2015)***

De maatschappelijke kost van drugs valt dan ook niet te onderschatten. Niet alleen op sociaal maar ook op financieel vlak. Zo zijn er vooreerst de **torenhoge medische kosten voor de behandeling** van drugsverslaafden (medische zorgen; hospitalisatie; uitkering wegens werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, ziekte, enzovoort).

Daarnaast zijn er de noodzakelijke **investeringen in ordehandhaving, gerechtelijke onderzoeken en justitie**, want in veel gevallen leidt drugsgebruik tot geweld, crimineel gedrag en overlast. En dan gaat het niet enkel om de aanpak van professionele drugskartels, maar evengoed om vechtpartijen van gewone gebruikers onder invloed of om diefstallen of inbraken door verslaafden op zoek naar geld voor drugs. Onrechtstreeks wordt daardoor bijkomende schade berokkend aan onschuldige slachtoffers.

4. De ene aanpak is de andere niet

We weten nu welke drugs er zoal zijn, wie ze gebruikt en we kennen de schadelijke gevolgen van dat gebruik. Maar wat doen we eraan?

Ondanks de bijna honderdjarige drugswet is het pas sinds de tweede helft van de jaren negentig dat de overheid in dit land effectief werk maakt van **een drugsbeleid waarin alle aspecten van het drugsfenomeen aan bod komen**.

Een eerste aanzet kwam er met het Actieplan Toxicomanie-Drugs, ook wel het Tienpuntenplan genoemd, dat de toenmalige regering in 1995 voorstelde. Een jaar later werd een parlementaire werkgroep Drugs opgericht, die alle aspecten van het drugsfenomeen moest onderzoeken.

Op basis van de aanbevelingen van die werkgroep kwam in 2001 de federale drugsnota tot stand, die lange tijd de basis vormde voor het federale drugsbeleid. Die federale beleidsnota werd in 2010 geactualiseerd door de **Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs**. Dat overlegorgaan komt minstens eenmaal per jaar samen en wordt voorgezeten door de federale minister van Volksgezondheid.

De werkgroep en de uiteindelijke federale drugsnota vertrekken vanuit de basisfilosofie dat preventie voorrang moet hebben op hulpverlening en dat **repressief optreden een ‘ultimum remedium’** (het laatste redmiddel) moet zijn ten overstaan van de drugsgebruiker.

4.1 Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid

De federale regering bevestigde in haar drugsnota dat het drugsmisbruik een volksgezondheidsprobleem is. Het beleid moet daarom zowel inwerken op het aanbod als op de vraag, met als doel:

- een daling van het aantal afhankelijke gebruikers,
- een daling van de fysieke en psychosociale schade van drugsmisbruik,
- een daling van de negatieve gevolgen voor de samenleving, waaronder de maatschappelijke overlast.

In het kader daarvan werd gekozen voor een normaliseringsbeleid, gericht op rationele risicobeheersing en een geïntegreerde, globale benadering van het drugsfenomeen. Het huidige beleid is, met andere woorden, gebaseerd op **drie belangrijke pijlers**:

- preventie voor niet-gebruikers en niet-problematische gebruikers, via het terugdringen van legaal en illegaal drugsgebruik en het afremmen van nieuw gebruik;
- zorgverlening, risicobeperking en (her)integratie voor problematische gebruikers, waarbij bescherming van de samenleving centraal staat;
- versterkt repressief beleid tegen producenten en handelaars (georganiseerde drugshandel en criminele organisaties met banden met die drugshandel).

4.2 Consequent ontradingsbeleid

De Belgische overheid zet dus in op **een globaal en geïntegreerd drugsbeleid, gericht op effectieve ontrading via preventie, hulpverlening en repressie**.

Vanaf 2010 wou de overheid bovendien afstappen van het vaak verkeerd geïnterpreteerde begrip 'gedoogbeleid' en liever spreken van een **consequent ontradingsbeleid**. Die terminologie is dankzij de N-VA ook in het jongste federale regeerakkoord opgenomen.

Cannabis: einde van het gedoogbeleid of begin van regularisering?

Op dit moment is het cannabisbeleid allesbehalve duidelijk: mag een kleine hoeveelheid of mag het niet? Sommigen pleiten voor een gedoogbeleid waar kleine hoeveelheden voor eigen gebruik door de vingers worden gezien. Anderen willen nog een stap verder gaan en pleiten voor de regularisering van cannabis.

De tegenstanders van een gedoogbeleid of regularisering daarentegen, willen een duidelijk signaal dat alle drugs, ook cannabis, slecht zijn en dus niet kunnen worden getolereerd.

Als cannabis een legale drug zou worden, laat je dan toe dat iedereen aan iedereen verkoopt en om het even waar cannabis gebruikt? Of probeer je de consumptie min of meer aan banden te leggen?

Of je cannabis nu ter beschikking stelt via coffeeshops, een gesloten circuit of bij de apotheek, ieder kanaal brengt een aantal ongewenste neveneffecten met zich mee.

Coffeeshops (Nederland)

Het idee is dat coffeeshops de criminaliteit op het openbaar domein doen afnemen. Maar dat is niet zo: ze zijn een trekpleister voor drugstoeristen en ze worden vaak uitgebaat én bevoorraad door criminelen. Coffeeshops werken de misdaad eerder in de hand en worden zuiver commercieel geëxploiteerd.

Social clubs (Spanje)

In social clubs zouden leden in clubverband plantjes kunnen telen op naam en die vervolgens ter plekke gebruiken. Ook hier gaat het in de praktijk vaak om een puur commercieel initiatief, met zeer hoge consumptiecijfers tot gevolg. Daarnaast geeft dit het signaal dat drugs op zich ongevaarlijk zijn.

Thuisteelt

Thuisteelt heeft een sympathiek imago. Een jointje van 'eigen kweek', wie kan daar iets op tegen hebben? Maar hoe houden we die nijvere huisvlijt binnen de perken?

Gesloten circuit

In een gesloten circuit kan je zowel de productie als het gebruik van cannabis volledig reguleren via allerlei controlemechanismen. Cannabis wordt zo honderd procent traceerbaar, van plant tot joint. Daartegenover staat dat al die controlemechanismen handenvol belastinggeld kosten. Ook de zwarte markt zal naast het gesloten circuit blijven bestaan.

Apotheek

Er wordt wel eens geopperd om cannabis, puur als genotsmiddel, in apotheken te verkopen, zonder doktersvoorschrift. De koper zou daarmee zekerheid hebben over de kwaliteit van het aangekochte product. Omgekeerd haalt dit natuurlijk wel de rol van de apotheker onderuit. Gezien het vele misbruik van slaapmiddelen en pijnstillers waar men vandaag al mee wordt geconfronteerd, zou dat een stap terug betekenen in plaats van een sprong vooruit.

Voor- en tegenstanders

Einde van het gedoogbeleid: drugs zijn en blijven illegaal!

Als je cannabis legaliseert, geef je een fout maatschappelijk signaal: drugs blijven immers gevaarlijk.

'Legale' cannabis sluit het bestaan van 'illegale cannabis' niet uit: je schakelt de zwarte markt niet uit met een wet.

Het geld dat wordt uitgegeven aan repressie, wordt gebruikt voor alle drugs, niet enkel voor cannabis.

De zwarte markt draait niet enkel om cannabis, maar ook om cocaïne, heroïne, amfetamine, ...

Legale cannabis en marketing: aantrekkelijke cannabisvormen (brownies, snoepjes, ...) veroveren moeiteloos de markt. In Washington en Colorado is cannabis toegestaan. De klassieke marketingstrategieën worden toegepast: door productinnovatie probeert men kopers te lokken. Ten koste van de volksgezondheid.

Kwaliteitsgaranties vergen een goed controlesysteem: dat kost middelen en mensen. En dat vertaalt zich in de prijs: goedkopere cannabis van de zwarte markt wordt interessanter.

Cannabis legaliseren leidt tot een verhoogd aanbod. Een verhoogd aanbod leidt tot een verhoogd gebruik. Een verhoogd gebruik leidt tot een verhoogd aantal verslaafden. **Eén op de tien cannabisgebruikers wordt een problematisch gebruiker!**

Legale cannabis is niet bestemd voor minderjarigen: legale cannabis voor volwassenen, illegale cannabis voor minderjarigen?

Als je cannabis toelaat, zet je de deur open voor alle drugs.

Genotsmiddelen worden al te vaak niet rationeel gebruikt.

Begin van een regularisering: maak drugs legaal!

Cannabis maakt deel uit van onze leefwereld: we moeten dat aanvaarden.

Op legale cannabis kan je kwaliteitscontroles uitvoeren: de gevaarlijke rommel vliegt eruit.

Het geld dat wordt uitgegeven aan repressie, zou beter dienen voor preventie.

Als je cannabis legaliseert, verdwijnt de zwarte markt.

Legale cannabis kan je **ecologisch** verantwoord telen.

Legale cannabis zal **milde** cannabis zijn.

Cannabis toelaten ≠ alle drugs toelaten.

Genotsmiddelen gebruik je rationeel: je hebt je gebruik in de hand.

“Het gedoogbeleid is vooral goed voor gebruikers en verslaafden. Als ze met een beperkte hoeveelheid drugs op zak worden gepakt, riskeren ze geen straf. Voor de preventie is dat rampzalig. Je geeft toch een dubbel signaal aan de bevolking. ‘We zijn er een beetje tegen, maar niet helemaal.’”

Psychiater An Van Duyse, medisch directeur De Sleutel (De Tijd, 21/03/2015)

5. Ook alcohol en tabak zijn drugs

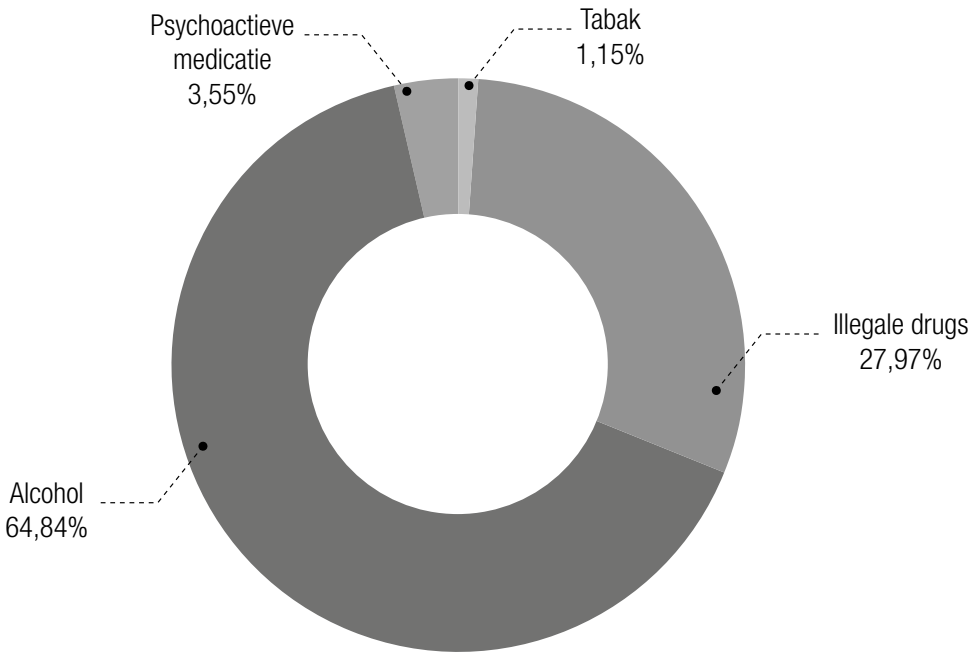
5.1 Problematisch alcoholgebruik

Het is een vraag die je wel vaker hoort: waarom mogen drugs niet, en alcohol wel? Er zijn toch ook behoorlijk wat problemen met drankmisbruik? En inderdaad: **één op de tien Belgen bezondigt zich aan problematisch alcoholgebruik**.

Doordat het drinken van alcohol in onze hedendaagse maatschappij aanvaard is als sociale norm, is er weinig of geen maatschappelijk draagvlak om dat gebruik te gaan verbieden. Maar dat betekent niet dat we geen **mentaliteitswijziging** op dat gebied moeten nastreven. En evenmin is het een reden om dan maar niets te ondernemen tegen illegale drugs, zoals cannabis.

Als je optelt hoeveel de Belgische overheden in totaal uitgeven aan alcohol, tabak, psychofarmaca en illegale drugs, kom je tot de vaststelling dat alcohol op zich al verantwoordelijk is voor twee derde van dat budget. Wat voornamelijk doorweegt in dat kostenplaatje, is **de behandeling van alcoholverslaving in het ziekenhuis**.[8]

Kostenplaatje overheidsuitgaven (2008)



[8] Bron: Vander Laenen, De Ruyver, Colman e.a., 2011, ‘De derde weg’

Alcohol is niet alleen legaal maar ook vlot beschikbaar. Hoe lager echter de drempel voor een genotsmiddel, des te meer het wordt gebruikt. En **des te groter de kans op problematisch gebruik**. De kosten volgen dan als het ware vanzelf. Voor Europa werd de totale sociale kost van alcoholgebruik in 2010 geraamd op 155,8 miljard euro.

5.2 De gezondheidsrisico's van tabak

De bevolking is zich doorheen de jaren meer bewust geworden van de gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan het gebruik van tabak. **Daarom zet de overheid ook meer en meer in op ontrading:** verpakkingen met waarschuwingen, etiketten met ingrediëntenlijsten, plaatsen waar je niet mag roken, financieel verhoogde druk via accijnzen, enzovoort.

Het tabaksverhaal biedt ons een blik in de toekomst indien drugs zouden worden gelegaliseerd. Erger nog: terwijl de tabaksmarkt in handen is van enkele grote producenten, kent de drugsmarkt veel minder concentratie. Dat opent mogelijkheden voor een **bloeiende zwarte markt**.

Sophie De Wit
Kamerlid
Burgemeester van Aartselaar

"De weg die we met tabak en alcohol hebben afgelegd, is een voorbeeld van hoe we als beleidsmakers niét moeten omgaan met drugs. Legalisering zorgt ervoor dat het probleem wordt geminimaliseerd waardoor de maatschappelijke kost des te groter is. Laten we verstandig zijn en lessen trekken uit ons discours over tabak en alcohol."

“Als je een kleuter vandaag leert om niet in te gaan op elk aanbod, elke prikkel, vertaalt zich dat over tien jaar in een jongere die makkelijker neen zegt tegen drugs.”

Marleen, opvoedster

DEEL II. Doorlichting van het beleid

1. Preventie: voorkomen is altijd beter dan genezen

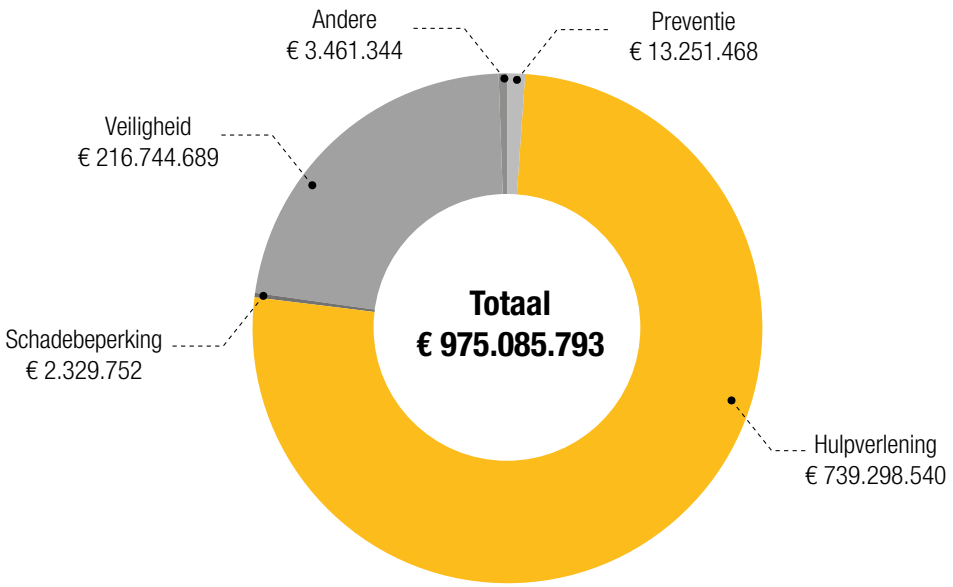
Bij preventie gaat het zowel om het voorkomen van drugsgebruik als van de problemen die ermee gepaard kunnen gaan. **Geen drugs gebruiken, is uiteraard de beste manier om drugsproblemen te vermijden**. Of nog: wie geen risico's wil nemen met drugs, gebruikt ze beter niet.

Maar het is nu eenmaal de realiteit dat drugs behoorlijk sterk aanwezig zijn in onze samenleving. **Daarom is preventie zo belangrijk**. En daarom mogen we die preventie ook niet louter toespitsen op bepaalde risicodoelgroepen en -sectoren, maar moeten we ze **breed uitrollen naar alle aspecten van het beleid**: van onderwijs, jeugdzorg en integratie tot en met de arbeidsmarkt en de gezondheidszorg. Daar wringt helaas het schoentje.

Daarbij komt dat ook het drugspreventiebeleid, zoals wel vaker het geval is in België, in de loop der jaren **versnipperd is geraakt over meerdere beleidsniveaus**. Daardoor bestaat er vandaag een regelrechte wildgroei aan initiatieven en organisaties, die vaak elk hun eigen aanpak hebben.

Hoewel het voorkomen van middelenmisbruik en verslavingsproblemen de eerste beleidskeuze zou moeten zijn, wordt er relatief **weinig geld van het budget voor drugsbeleid vrijgemaakt voor preventie**.[9]

Drugsgerelateerde overheidsuitgaven in 2008



[9] Bron: Drugs in Cijfers III: Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België, F. Vander Laenen, B. De Ruyver, et.al, BELSPO, 2011

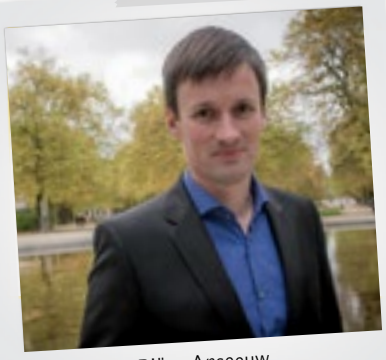
“Als je het budget dat België aan preventie besteedt, afweegt aan die enorme sociale kosten, moeten we ons grote vragen stellen. De behandeling van mensen achteraf is minder kostenefficiënt dan het voorkomen van een probleem.”

Gezondheidseconoom Lieven Annemans (De Standaard, 17/11/2015)

1.1 Preventie moet haar doel bereiken

Preventie kan soms een omgekeerd effect hebben. Korte interventies, zoals een eenmalige lezing door een specialist of de politie, of het geven van te eenzijdige informatie blijken vaak niet te werken. **Zo’n aanpak wekt net de nieuwsgierigheid op** in plaats van af te schrikken. Daarom is het zeer belangrijk om de discussie ook op school of thuis verder te zetten.

Meestal richt drugspreventie zich op jongeren uit het secundair onderwijs. Maar preventie moet eigenlijk veel vroeger al gebeuren. Denk aan het ontwikkelen van persoonlijke en sociale vaardigheden, zodat je beter gewapend bent wanneer je wordt geconfronteerd met drugsgebruik in je directe omgeving. Die vaardigheid leer je het best al aan **in de lagere school** en zelfs op de kleuterschool.



Björn Anseeuw
Vlaams Parlementslid

“ Snoep en kleuters, games en tieners, cannabis en adolescenten, alcohol en volwassenen, slaapmiddelen en senioren, leer dat het ook zonder kan. Drugsverslaving hoort in het bredere plaatje van verslavingen thuis. Je kan preventieve maatregelen nemen om al die vormen aan te pakken. ‘Neen’ zeggen als iets je wordt aangeboden waaraan je geen behoefte hebt, dat leer je vanaf de kleutertijd. Sociale vaardigheden blijf je natuurlijk ontwikkelen over je hele levensduur, ook als puber, jongvolwassene, volwassene of senior. Een slim beleid zal inzetten op leeftijdsvolgende preventie.”

1.2 Drie pijlers voor drugspreventie

Een preventief drugsbeleid steunt op drie pijlers. Concreet betekent dit dat drugspreventie op verschillende manieren kan gebeuren:

- door iedereen goed te informeren en sociaal weerbaar te maken;
- door ervoor te zorgen dat de omgeving voldoende mogelijkheden biedt, zodat vluchten in drugs niet hoeft;
- door de aanmaak en handel in drugs te bestrijden en het gebruik ervan te bestraffen. Repressie is immers ook preventie. Het werkt niet alleen ontradend, ook elke in beslag genomen gram drugs is een gram die niet meer kan worden gebruikt.

Geen van die drie vormen van preventie is op zichzelf voldoende om te kunnen slagen. Simpelweg verbieden of bestraffen lukt vaak niet. Alleen maar goed informeren door iemand een foldertje te bezorgen, biedt evenmin waterdichte garanties. En een goede sfeer in het gezin alleen kan ook onvoldoende zijn om problemen te voorkomen. Daarom biedt een aanpak die **verschillende vormen van preventie combineert**, doorgaans ook de beste resultaten en de meeste slaagkansen.

1.3 Breed preventiebeleid én maatwerk

In de loop van ons leven krijgen we allemaal ooit wel eens te maken met drugsmisbruik of de gevolgen ervan. Vanuit dat perspectief is **de volledige bevolking de doelgroep van preventie**. Niet-gebruikers ondersteunen, het eerste gebruik uitstellen en verantwoordelijk gedrag ondersteunen, is de basis voor preventie vanuit de gehele samenleving.

Maar het preventiebeleid kan niet over de hele lijn hetzelfde zijn. Sommige drugs zijn sociaal aanvaard. Sommige bevolkingsgroepen komen, bijvoorbeeld omwille van hun werk of leefomgeving, meer in aanraking met bepaalde drugs. Naast het brede preventiebeleid is er daarom ook **nood aan een aanpak op maat**, afhankelijk van kenmerken als leeftijd, ervaringen met drugs, maatschappelijke en juridische gevolgen, enzovoort.

Er bestaat dan ook **geen eenvoudig kant-en-klaarrecept** voor preventie. De aanpak wordt het best afgestemd op het concrete middel, de omstandigheden en de doelgroep. Dat betekent een **flexibel, geïntegreerd preventie- en hulpverleningsaanbod**, waarbij ook in de nodige opvolging wordt voorzien.

1.4 Nieuwe drugs, nieuwe uitdagingen

Er komen dagelijks nog nieuwe drugs bij. In eerste instantie is het aan de wetgever om de regels aan te passen en zo **de aanvoer aan te pakken**. Omdat de opkomst van nieuwe drugs zich niet overal op dezelfde wijze manifesteert, verschilt het beleid ook van land tot land.

De laatste jaren is men zich sterker bewust van het probleem van die nieuwe drugs. Zo gaat er meer en meer aandacht naar de ontwikkeling van **gerichte voorlichtings- en preventieactiviteiten** en de **opleiding van professionele hulpverleners**.

Ook voor het internet ligt hier een belangrijke rol weggelegd als platform voor informatie en advies. Zo bestaan er nu ook **online contactinterventies** om die nieuwe gebruikersdoelgroepen te bereiken. Ook ex-drugsgebruikers starten allerlei initiatieven op, zoals fora en blogs met informatie en adviezen voor de bescherming van gebruikers. In een paar gevallen zijn die online interventies gekoppeld aan voorzieningen op het gebied van drugstests en pillencontroles, waarbij de resultaten en schadebeperkende berichten online worden verspreid.

“Zoals in Zweden moet preventie de eerste en belangrijkste stap zijn. Voorkomen dat iemand met drugs begint, heeft een positieve invloed op alle aspecten van de problematiek. Geen gevaar op problematisch gebruik, geen nieuwe klant voor de dealers.”

Louis Ide, arts en gezondheidsexpert N-VA (De Standaard, 17/03/2014)

Voorbeelden

a) Step-by-Step: preventie via het gezin

Acties gericht op de volledige familie, op de ouders of op de kinderen schijnen goede resultaten op te leveren. In Zweden bestaat een preventieprogramma voor twaalfjarigen dat de focus legt op de familie: ‘Step-by-Step’. De jongere krijgt het programma overdag in de school aangeboden. De ouders volgen ‘s avonds hun deel van het programma, eveneens op school. Niet alleen de weerbaarheid van de jongeren wordt zo verhoogd, ook de band met hun ouders wordt versterkt.

b) De relatieve kracht van een mediacampagne

In het kader van preventie wordt vaak zwaar ingezet op mediacampagnes: tv-spotjes, radioberichten, flyers, websites, en ga zo maar door. Nochtans kan zo’n campagne alleen, hoe sterk ook, ons gedrag niet veranderen. Wat een campagne wél kan, is het probleem bespreekbaar maken. Ze kan ons doen nadenken en een kritische houding stimuleren. Denk maar aan campagnes via (fictieve) Facebookpagina’s zoals die bovenaan op bladzijde 27. Dergelijke campagnes openen vaak de deur naar meer doorgedreven preventie-initiatieven.

c) Quality Nights: preventie ingebed in de leefwereld

In het uitgaansleven wordt men vaak geconfronteerd met drugs. Precies daarom is het goed binnen die setting aan aangepaste preventie te doen. Plezier maken: het hoeft niet ten koste van je gezondheid te gaan. Daarom zijn een aantal uitbaters van uitgaansgelegenheden of promotoren van dansevents een reeks engagementen aangegaan in een zogenoemd ‘Quality Nights’-charter: een kwaliteitslabel voor veilig uitgaan. Daarmee verbinden die uitbaters zich ertoe om getraind personeel aan te nemen dat specifiek is opgeleid om met gezondheidsproblemen om te gaan, erop te anticiperen en voldoende informatie te verschaffen over veilig en gezond uitgaan, gehoorschade, veilig verkeer, alcohol en drugs, enzovoort. ‘Early warnings’ worden op schermen of via posters verspreid, als er extra gevaarlijke drugs in omloop zijn.

1.5 Wat met prductinformatie?

Ook productinformatie heeft duidelijk haar plaats binnen een drugsbeleid. Maar hoe zinvol ook, uitgebreide informatie over de gevolgen en de risico's van drugs **leidt niet noodzakelijk tot de gewenste resultaten**. Allerlei omgevingsfactoren die je niet in de hand hebt, spelen immers ook een rol. Daarnaast leidt informatie over gezondheidsrisico's zelden tot een reële, blijvende gedragsverandering. Want hoewel het gebruik van drugs op lange termijn uiterst risicovol is, hebben de meeste drugs op korte termijn wel aangename effecten.

Eén ding is zeker: **angst werkt niet**. Het geven van beperkte en eenzijdige informatie, zoals de gruwelijke afbeeldingen op sigarettenpakjes, werkt onvoldoende ontradend en motiveert gebruikers niet om echt te werken aan hun verslaving. Ook herhaling is niet per definitie de oplossing. **Het schokeffect vermindert** en verdwijnt uiteindelijk.

1.6 Preventie van druggebruik bij jongeren

De preventie van drugsgebruik en drugsgerelateerde problemen onder jongeren is een van de pijlers van een goed drugsbeleid. Vlaanderen heeft straks twintig jaar ervaring met **structurele drugspreventie in zijn middelbare scholen**. Elke school heeft daarbij haar eigen globaal kader ontwikkeld waarbinnen zij aan preventie doet en activiteiten uitrolt.

Dat maakt het mogelijk in te spelen op de specifieke context van elke afzonderlijke school. Naast de brede invoering van een rookverbod, een op scholieren gericht drugsbeleid en het verstrekken van informatie, zetten sommige scholen ook in op **vroegtijdige detectie- en interventiebenaderingen**. Een voorbeeld is de 'counseling' van jonge drugsgebruikers, een laagdrempelige vorm van psychosociale hulpverlening.

Aan Franstalige kant werd gekozen voor een andere benadering. Leerkrachten werden tijdens speciale trainingen opgeleid om jongeren te informeren over preventie. Een gebrek aan middelen zorgde er echter voor dat het thema 'drugs op school' van de agenda verdween. De vorming van leerkrachten richt zich in de praktijk eerder op andere onderwerpen. **Drugspreventie komt in Franstalig België amper aan bod**.

Maar preventie bij jongeren gebeurt niet enkel via de schoolomgeving. Zoals reeds toegelicht, bestaan er ook preventiecampagnes die meer uitgaan van **het gezin** of zich focussen op **het uitgaansleven** (zie voorbeelden op blz. 26).

België scoort niet voor alle vormen van preventie even goed. In vergelijking met Europa[10] is dit land:

- goed in preventie via omgevingsfactoren: rookverbod op school, leerlingenbegeleiding en -advies;

[10] Bron: EMCDDA

“Bijna een op de tien mensen die een joint opsteekt, ontwikkelt later een problematisch gebruik. Het is minder onschuldig dan mensen denken.”

Psychiater An Van Duyse, medisch directeur De Sleutel (De Tijd, 21/03/2015)

- matig in universele preventie: infodagen voor schoolgaande jeugd, betrekken van ouders, aanleren van sociale vaardigheden (assertiviteit, empathie, ...);
- slecht in gerichte preventie: aanpak van vroege schoolverlaters, daklozen, jongeren in risicogezinnen;
- slecht in preventie door vroegdetectie en vroeginterventie. In dat geval is de jongere al een eerste keer in contact gekomen met drugs.

1.7 Preventie van cannabisgebruik

Het uitgangspunt van een drugsbeleid is het **beschermen van de lichamelijke en geestelijke gezondheid** van de burgers. In het geval van cannabis betekent dit dat je je in de eerste plaats richt op het ontraden van het gebruik ervan. Het preventiebeleid voor cannabis is te herleiden tot drie speerpunten:

1.7.1 Niet gebruiken is de maatschappelijke norm

Jongeren groeien op in een wereld waarin cannabis uitgesproken aanwezig is én steeds meer sociaal aanvaard. Zo is het roken van een joint tegenwoordig eerder een vorm van consumentengedrag dan een uiting van maatschappelijk protest. Het gebruik van cannabis heeft nu veel meer **een recreatieve functie**: jongeren gebruiken om te genieten en zich te ontspannen.

Toch blijft dat gebruik beperkt tot een minderheid van de bevolking, zowel bij jongeren als bij volwassenen. Ook al leeft bij bepaalde jongere subgroepen **de verkeerde perceptie dat ‘iedereen gebruikt’**. Die beeldvorming rond cannabisgebruik moeten we bijsturen. Dat is noodzakelijk voor zowel de jongeren als hun ouders. Het gedoogbeleid voor cannabis heeft er namelijk voor gezorgd dat het probleem van cannabisgebruik maatschappelijk werd geminimaliseerd of zelfs niet erkend.

1.7.2 Structureel verankerde preventie op maat

Het experimenteren met cannabis gebeurt veelal tijdens de adolescentie. Slechts een kleine groep gaat over tot regelmatig gebruik. Daarom zijn preventiestrategieën nodig die zich richten tot **specifieke doelgroepen en risicogroepen**, zoals gebruikers in het uitgaansleven, regelmatige gebruikers onder jongens van 17-18 jaar of gebruikers in het beroepssecundair onderwijs. Voor hen werden online zelftests ontwikkeld, evenals screeningsinstrumenten (bijvoorbeeld Assist, SEM-J), vroeginterventie en ondersteuning om te stoppen met gebruik.

Het voorkomen van problemen als gevolg van cannabisgebruik kan worden versterkt door **het gebruik bespreekbaar te maken** in verschillende maatschappelijke sectoren, zoals onderwijs, werk, vrije tijd, lokaal beleid, enzovoort. Ook ouders hebben een belangrijke taak en opvoedingsondersteuning moet hun de nodige handvatten reiken om cannabisgebruik bespreekbaar te maken.

© Thinkstock

1.7.3 Een transparant en duidelijk wetgevend kader

De huidige drugswet en het maatschappelijke debat dat daarop volgde, heeft **veel onduidelijkheid gecreëerd**. Bij nogal wat jongeren en volwassenen heeft dat de boodschap nagelaten dat bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik niet langer strafbaar zou zijn. Een verschil in uitvoering tussen de verschillende gerechtelijke arrondissementen creëert daarbij alleen nog meer onduidelijkheid. Dat blijkt ook uit bevragingen van onder andere de Drugslijn. Dit leidt tot een **onderschatting van de ernst** van de juridische risico's en werkt foute percepties verder in de hand.

Maar ook hier geldt de regel: preventie specifiek voor cannabis is op zich weinig effectief en moet steeds deel uitmaken van een **meer globale beleidsmatige aanpak van middelenmisbruik**.

Sophie De Wit
Kamerlid
Burgemeester van Aartselaar

" Het beleid moet duidelijk zijn. Het mag of het mag niet. En als het niet mag, dan moet je er iets mee doen. Indien het niet kan via de justitiële weg, dan moet je alternatieven zoeken, zoals een boete. Dat hoeft niet altijd via het vervolgingsbeleid te zijn."

2. Behandeling: wanneer het misloopt …

Eén kans op vijf. Zo groot is de kans dat het misloopt als je drugs gebruikt. Dat drugsgebruik leidt tot **verslaving, spoedopname in een ziekenhuis, opname in de psychiatrie, criminaliteit of zelfs sterfte**. Afgelopen jaar hadden we in België alleen al zo'n 77 drugsgerelateerde sterfgevallen.

Is die kans even groot voor iedereen? Welke factoren verzwaren het risico op verslaving? En hoe pas je de behandeling aan? **Een nauwkeurige risico-inschatting bestaat niet.** Het is ook aartsmoeilijk om geen vertekende feiten voor te stellen: niet iedere problematische drugsgebruiker komt immers in de behandeling terecht. Met andere woorden, de cijfers verzameld via drugsgebruikers in behandeling geven slechts het tipje van ijsberg weer.

"Een druggebruiker in België is gemiddeld 31 jaar oud, is een man, woont nog bij zijn ouders en heeft geen werk."

Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid in Gazet van Antwerpen, 27/01/2015

d e

> *“Ouders die hun kinderen met joints zien experimenteren, weten niet hoe ze moeten reageren. Het probleem is lang gebanaliseerd. Intussen kent bijna iedereen wel een problematische gebruiker in zijn omgeving. Mensen die thuis met een verslaafd familielid zitten, zitten met hun handen in het haar.”*
>
> ***Psychiater An Van Duyse, medisch directeur De Sleutel (De Tijd, 21/03/2015)***

Toch kan men **enkele grote socio-economische lijnen** onderscheiden. Wie vindt de weg naar een behandeling? Uit cijfers van 2012 blijkt dat amper een kwart van de drugsgebruikers die worden behandeld, **een reguliere job** had.[11] De Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg stelt dat **één drugsgebruiker op de drie een ouder is**, al dan niet van een inwonend kind. Dat heeft gevolgen voor de behandelingsvormen: niet alleen de noden van de drugsverslaafde spelen mee, ook die van zijn kind.

2.1 Opvang en behandeling: sterk verschillende zorgnood, sterk gediversifieerd zorgaanbod

De patiënt met een verslavingsprobleem heeft verschillende zorgnoden al naargelang zijn of haar leeftijd, gezinssituatie, type verslaving, huidig gebruikspatroon, eventuele andere psychiatrische aandoeningen en ten slotte de graad van zelfstandigheid.

“Op een totaal van 8 291 patiënten in behandeling, zijn 2 963 patiënten (35,7 %) voor het eerst in behandeling, 4 643 patiënten (56 %) zijn niet aan hun proefstuk toe en van 685 patiënten (8,3 %) is niet geweten of ze reeds een behandeling kregen.”

Europees Drugsrapport 2015

Er bestaat dan ook een **waaier aan initiatieven en aangeboden zorgvormen**. Sommige spitsen zich toe op de medische zorg in de acute fase en beogen voornamelijk de detoxificatie of het ‘ontgiften’ van de zieke gebruiker. Andere leggen de nadruk op sociale re-integratie en betrekken ook de familie en naasten, via groepssessies.

In sommige voorzieningen kom je pas nadat je een behandelingstraject hebt doorlopen: je moet ‘clean’ zijn. Zij richten zich meer op nabehandeling om hervallen te voorkomen.

De patiënt **doorloopt verschillende fasen** en ‘hinkelt’ van de ene zorgvorm naar de andere (overzicht op blz. 31). Niet alleen heeft elke zorgvorm zo zijn specifieke kenmerken. Bij elke overgang of ‘sprong’ dreigt een breuk in de voortzetting van de zorg.

Dat is een algemeen gekend probleem voor iedere patiënt. Bijvoorbeeld voor ouderen die uit het ziekenhuis naar een woonzorgcentrum moeten of terug naar huis. En dat is zeker ook zo bij verslaafden, die bij dergelijke breuken in hun zorg **des te gemakkelijker hervallen**. Om dat te vermijden, is samenwerking nodig tussen onafhankelijke voorzieningen, instellingen, diensten en initiatieven. Vlaanderen ondersteunt dat door een stukje personeel uit een centrum voor geestelijke gezondheidszorg toe te wijzen aan samenwerkingsprojecten met andere maatschappelijke sectoren (onderwijs, welzijn, arbeid, ...).

[11] Bron: Paul Van Deun, Registratie 2013 Drughulpverlening Vlaanderen VVBV, Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg

Waar kan ik naartoe?

Eerste en nulde lijn (huisarts, apotheker, school, CLB, OCMW, ...), vroegdetectie/vroeginterventie, thuis

Laagdrempelige inloopcentra: schadebeperking (spuitenruil), ambulante zorg

Algemeen ziekenhuis, psychiatrische afdeling: detoxificatie, kortverblijf, residentiële zorg

Psychiatrisch ziekenhuis: detoxificatie, nabehandeling, re-integratie, residentiële zorg

Crisiscentrum: detoxificatie, kortverblijf, doorverwijzing naar therapeutische gemeenschap

Centrum geestelijke gezondheidszorg: meestal niet uitsluitend gespecialiseerd in drugsverslaving, behandeling complexe gevallen (dubbeldiagnose), betrekken van familie/naasten, langverblijf, residentieel, preventie

Therapeutische gemeenschap: sociale re-integratie, langverblijf

Dagklinieken/semi-residentiële zorg: nabehandeling en sociale re-integratie, semi-residentieel

Huiszorg/welzijnszorg: nabehandeling en sociale re-integratie, thuis

Art. 107-projecten
= een twintigtal projecten waarbij financiële middelen uit de ziekenhuizen worden ingezet voor bijvoorbeeld mobiele teams voor crisisopvang, als alternatief voor een ziekenhuisopname. Andere doelen van deze projecten zijn bijvoorbeeld het aanbieden van aangepaste zorgvormen, of de zorg in de ziekenhuizen beperken in volume (aantal patiënten) maar verbeteren in kwaliteit (door intensere zorgverstrekking).

“Met het drugsbeleid dat we nu voeren zou het nogal vreemd zijn om op één of meerdere locaties in de stad een gedoogbeleid te gaan voeren voor harddrugs. Want dat is uiteindelijk wat je doet door een gebruikersruimte te installeren. Je creëert een plek waar mensen vrij drugs kunnen gebruiken. Bovendien trek je met een gebruikersruimte ook allerhande ongewenste nevenactiviteiten aan.”

Bart De Wever, burgemeester van Antwerpen
(Gazet van Antwerpen, 28/09/2013)

2.2 Wanneer een verslaafde geen behandeling wil …

Spijtig genoeg wil niet iedere drugsgebruiker worden geholpen. En heel wat patiënten hebben ook moeite om hun behandeling vol te houden. Die zogenoemde **draaideurcliënten** haken af, raken weer aan de drugs, komen opnieuw aankloppen voor hulp, enzovoort. Om de schade van het drugsgebruik voor de maatschappij, de naasten en de gebruiker zelf zoveel mogelijk in te perken, bestaat een hele resem aan initiatieven.

➜ Gebruikersruimten

Om drugsgebruik gecontroleerd te laten plaatsvinden, wordt soms een gebruikersruimte geïnstalleerd: een afzonderlijke ruimte waar heroïnegebruik is toegelaten, bijvoorbeeld, en hulpverleners aanwezig zijn om mensen alsnog richting behandeling te leiden. Gebruikersruimten worden in Nederland al veelvuldig ingericht. Zo’n initiatief lijkt natuurlijk wel enigszins **te botsen met de basisdoelstelling van elke behandeling**, namelijk een drugsstop.

Louis Ide
Arts en gezondheidsexpert N-VA

“Welk signaal geven we als maatschappij als je straks in de openbare snuifshop terechtkan voor je dagelijkse dosis cannabis, cocaïne, speed, heroïne, ecstasy, mescaline of crystal meth? We geven een signaal dat drugs oké zijn, met alle gevolgen van dien.”

➜ Beperking infectieziekten

Naast HIV zijn hepatitis B en C, tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen vaak voorkomende infectieziekten bij drugsspuiters. Vaccinaties voor hepatitis B, therapieën voor HIV, het promoten van condoomgebruik en het aanbieden van propere spuiten: dat alles kan bijdragen tot het vermijden of beperken van infectieziekten, voor de gebruiker zelf én voor zijn naasten.

➜ Spuitenruil

Een gebruikte spuit is een bron van infectie. Om te vermijden dat gebruikte spuiten in parken, op straat of in parkings worden achtergelaten en dat drugsverslaafden hun spuiten delen, worden er spuitenruilprogramma’s opgezet. Zo kunnen verslaafden hun gebruikte spuiten inruilen voor propere, steriele exemplaren.

Eén op de vijf drugsgebruikers die zijn weg niet zocht naar hulpverlening, komt wel aankloppen bij spuitenruil. Via spuitenruilpunten blijven zorgverstrekkers ook in contact met die drugsgebruikers. De deur blijft daardoor openstaan naar **verdere behandeling**.

➜ Vervangmiddelen

Bij heroïneverslaafden die afkicken, wordt na een eerste fase van detoxificatie (ontgiften) onder meer **methadon als vervangmiddel** gebruikt. In België zijn er zo’n 17 500 verslaafde patiënten die een substitutiebehandeling ondergaan. De bedoeling is om de verslaafde methadon te laten gebruiken onder medisch toezicht, terwijl hij zijn sociale situatie stabili-

seert en stapsgewijs evolueert naar een leven zonder drugs. Methadon vergemakkelijkt het doorlopen van die overgangsfase. Het is belangrijk dat de patiënt niet vroegtijdig afhaakt, maar ook dat het einddoel niet uit het oog wordt verloren.

Om een verslaafde doeltreffend te verzorgen, is het goed dat die snel kan worden geholpen, liefst in zijn eigen vertrouwde omgeving. In steden bieden voornamelijk gespecialiseerde laagdrempelige centra zulke substitutiebehandelingen, gevolgd door apotheken. Ook algemene en psychiatrische ziekenhuizen en huisartsen kunnen een patiënt onder substitutiebehandeling begeleiden.

Spijtig genoeg zijn sommige gebruikers reeds zover heen, dat het al een prestatie op zich is dat ze zich beperken tot een vervangmiddel als methadon. In de praktijk zien zij zich meestal gedwongen tot een **levenslang gebruik van dat vervangmiddel**, om alsnog in de maatschappij te kunnen functioneren.

In 2007 is in Luik een project (TADAM) opgestart waarbij niet methadon maar heroïne onder strikte medische controle wordt toegediend. Die behandeling zou enkel worden toegepast op zware heroïneverslaafden bij wie een behandeling met methadon faalde. Experten raden daarbij aan de duur van de heroïnebehandeling niet van tevoren te beperken: als de patiënt te vroeg zou stoppen, zou hij snel verslechteren. **De kostprijs van het project ligt erg hoog, terwijl de kans op succes eerder laag is.** Voor sommigen rijst bovendien de vraag of je nog wel kan spreken van een substitutietherapie: wordt 'straatheroïne' hier niet gewoon vervangen door 'staatheroïne'? De oorspronkelijke doelstelling, namelijk 'clean' worden, is hier veraf.

2.3 Kostenplaatje van de behandeling

Wat verslaving ons kost, valt moeilijk te becijferen. Naast de **medische kosten** voor geneesmiddelen, arts(en) en ziekenhuisverblijf, is er ook een **socio-economische kost** als gevolg van bijvoorbeeld absenteïsme, productieverlies, werkloosheid, enzovoort. De medische kost is al niet eenvoudig te meten. De socio-economische kost is volledig onbekend.

Een bijkomende moeilijkheid is de **versnippering van de bevoegdheden voor zorg** tussen de Vlaamse en de federale overheid. Budgetten zijn daardoor vaak ontoereikend om het probleem ten gronde aan te pakken. Of de beschikbare middelen worden inefficiënt uitgegeven. Heel wat zorginitiatieven werken dankzij een lappendeken aan subsidies: de stad en de provincie doen hun deel, federaal wordt er nog wat budget vrijgemaakt, Vlaanderen legt extra middelen bij, ...

> *“Voornamelijk softdrugsgebruik wordt nog erg geromantiseerd en gebanaliseerd door jongeren. Ze stellen het roken van een joint nog te vaak gelijk met het drinken van een pintje. Veel jongeren en ook hun ouders zijn niet op de hoogte van de schadelijke gevolgen van cannabis.”*
>
> ***Stéphanie Chomé, jeugdparket Antwerpen (De Standaard, 26/08/2015)***

Door die versnippering kampen veel zorginitiatieven met een compleet **gebrek aan financiële zekerheid**. Initiatieven die een bewezen nut hebben én kostenefficiënt zijn, blijven vandaag in het ongewisse over hun financiering van morgen. Dat zet bovendien **een rem op de verdere uitbreiding van het zorgaanbod**. Zowat alle centra hebben aanvragen ingediend bij het RIZIV voor bijkomende crisisopvang, voor verdere geografische spreiding, voor betere nazorg. Maar tot er meer duidelijkheid komt over de financiële middelen, worden daarover geen beslissingen genomen.

Die budgettaire onzekerheid heerst ook in **de revalidatiesector**, die sinds de zesde staatshervorming een Vlaamse bevoegdheid is geworden. Die sector wordt voor 67 procent gefinancierd door het RIZIV. De overige 33 procent komt van steden en gemeenten, gerechtelijke alternatieve maatregelen (Justitie), veiligheids- en preventiecontracten (Binnenlandse Zaken), de sociale Maribel, enzovoort.

De vrees leeft binnen de sector dat die financiering niet, of niet volledig, behouden zal blijven. Wat bijvoorbeeld met de financiering via Binnenlandse Zaken van de Strategische Veiligheids- en Preventiecontracten? Daarmee wordt **het integrale veiligheidsbeleid van de lokale besturen** ondersteund. Daaronder valt ook hulpverlening aan drugsgebruikers: niet zozeer op medisch vlak, maar wel via straathoekwerk, ‘outreaching’, onthaal, begeleiding, en dergelijke meer.

2.4 De behandeling van jongeren

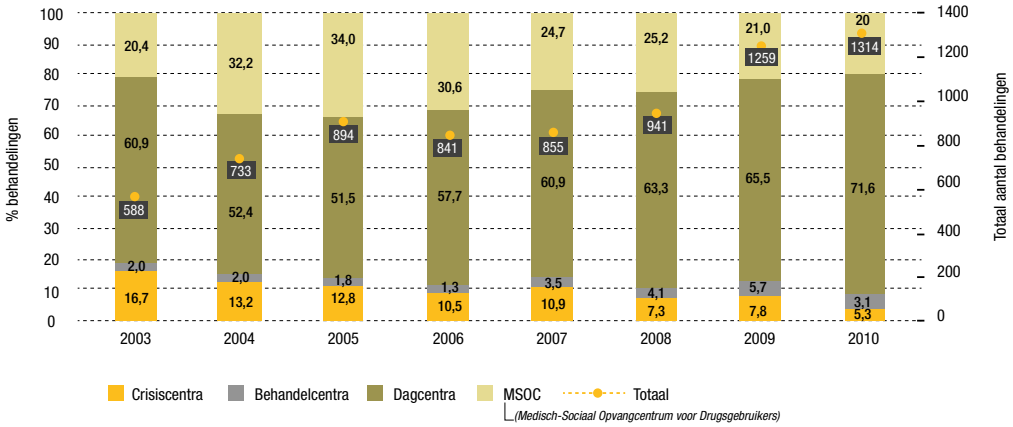
Jongeren zijn extra gevoelig voor de nadelige effecten van drugs. Hun hersenen zijn nog in volle ontwikkeling en drugs kunnen hun **hersenfuncties in negatieve zin beïnvloeden**, met aanhoudende schade tot gevolg. Hun schoolloopbaan, professionele start en sociale ontwikkeling staan op het spel. Spijtig genoeg bereiken initiatieven zoals spuitenruil voornamelijk de volwassen problematische drugsgebruikers. Nochtans weten we dat 15 procent van de drugsspuiters al rond zijn 15 jaar daarmee is begonnen.

Xtc, amfetamines en andere chemische drugs worden voornamelijk door de uitgaande jeugd gebruikt. Soms in combinatie met alcohol of met andere drugs als cannabis, cocaïne, heroïne. De samenstelling van die zogenoemde partydrugs is zeer variabel, waardoor hun **effecten moeilijk in te schatten** zijn. Dat bemoeilijkt een snelle en correcte diagnose en behandeling op spoed. Het beruchte crystal meth (of methamfetamine) wordt bijvoorbeeld gemaakt van antivries, de inhoud van batterijen, zwavel, rattengif, lucifers en kattengrit.

2.5 Wat met cannabisverslaving?

De cijfers van het RIZIV liegen er niet om: het aantal behandelingen voor cannabisverslaving stijgt spectaculair. Cannabis overtreft ondertussen heroïne als belangrijkste product bij therapiestarters, en staat daarmee op de eerste plaats: in 2014 telde men 37 procent cannabisgebruikers tegenover 34 procent heroïneverslaafden. Het aantal behandelingen gaat in stijgende lijn.

Behandeling van cannabisverslaving in Vlaanderen[12]



2.6 Het gebruik van medicinale cannabis

Er gaan steeds meer stemmen op om cannabis te gebruiken in het kader van een medische behandeling: de zogenaamde **medicinale cannabis**. Zonder in technische details te treden, zou cannabis bepaalde vormen van pijn kunnen verzachten, bijvoorbeeld bij kanker of MS, of de eetlust beïnvloeden.

In sommige landen is cannabis erkend voor medisch gebruik. Zo zorgde Canada in 2001 voor een 'redelijke toegang tot cannabis' om medische redenen. Omwille van grootschalig misbruik en groeiende criminaliteit werd **het beleid sindsdien enigszins verstrengd**. Ter illustratie: het aantal 'patiënten' evolueerde er op nog geen tien jaar tijd van 100 naar 40 000.

[12] Bron: VAD - Cannabishulp

> *“Het crimineel gedrag dat gemoeid is met drugshandel en trafiek moeten we hard aanpakken. Maar er zijn ook de verslaafden. Hen moeten we duidelijk maken dat niet zij, maar hun gedrag ongewenst is.”*
>
> ***Urgentiearts Kevin Vereecken (Het Nieuwsblad, 16/06/2012)***

Ook in Nederland werkt men met een systeem waarbij medicinale cannabis wordt geteeld onder het waakzame oog van het Nederlands Bureau voor Medicinale Cannabis.

Tot op vandaag is cannabis in het kader van een medische behandeling in België **slechts zeer beperkt toegelaten**. De toekomst zal moeten uitwijzen in welke gevallen cannabis een meerwaarde biedt en welke indicatie het heeft bij welke groep van patiënten. In dat verband is ‘evidence-based practice’ van cruciaal belang. Dat concept houdt in dat een middel of behandeling pas als basis kan dienen voor het beleid dat wordt uitgestippeld, als de werking ervan ook wetenschappelijk is bewezen. Enkel wanneer er voldoende **onderzoek en bewijs** is geleverd voor een bepaalde medische toepassing, verdient die een plaats in de gezondheidszorg.

3. Geen beleid zonder repressie

3.1 Achter de schermen

Velen onder ons kennen wel iemand die drugs gebruikt. Of we hebben met eigen ogen, bijvoorbeeld tijdens het uitgaansleven, mensen onder invloed van drugs gezien. Misschien hebben we ook al eens een drugsdealer zijn waar weten slijten aan een gretige gebruiker.

Maar wat wij niet altijd beseffen, en zelden of nooit te zien krijgen, is dat achter dat gebruik of die verkoop **een hele illegale economie, industrie én organisatie** schuilgaan, die enkel uit zijn op groot geldgewin. Vóór de drugs uiteindelijk bij de gebruiker belanden, hebben ze achter de schermen meestal al een lange weg afgelegd en een uitgebreide logistieke keten doorlopen.

Met het oog op het grote geldgewin van enkelen, zijn velen daarbij al geslachtofferd of misbruikt. Het is dan ook een verdoken wereld, net zoals de uiteindelijke impact van drugs en drugsgebruik en de veroorzaakte schade vaak lange tijd verdoken blijven. Net daarom is ook het **repressief ingrijpen een belangrijk aspect** in de strijd tegen verdovende middelen.

3.1.1 Van teelt tot handel

© Thinkstock

Voor ze bij de gebruikers terechtkomen, hebben de drugs doorgaans al een lange weg afgelegd. Aan het eigenlijke gebruik gaat een proces vooraf waarin heel wat actoren betrokken zijn.

➜ Het begint natuurlijk allemaal bij de **productie van drugs**. De ene drug wordt geproduceerd op basis van bepaalde planten, die worden geoogst en vervolgens bewerkt of verwerkt. De andere drug is dan weer het resultaat van een chemisch productieproces. **Plantages of drugslabo's** vind je letterlijk overal: in binnen- en buitenland, op het platteland en in de stad, in loodsen en in de kelder of keuken van een rijhuis, noem maar op.

➜ Eenmaal het productieproces afgerond en de drugs klaar voor consumptie, begint **het distributieproces**. De waar moet worden verdeeld en uitgedeeld. De drugs worden daartoe **vervoerd te land, ter zee en in de lucht**. Dat transport gebeurt onder meer via scheepscontainers, onderzeeërs, vrachtwagens, in reiskoffers en zelfs in het lichaam van drugskoeriers, vaak onder grote dwang.

Drugsbendes worden overigens steeds creatiever in het verstoppen van drugs. Zo zijn er al gevonden in een dubbele bodem van een reiskoffer, in een houten deur, in schelpen, pampers, gelvullingen voor beha's, borstimplantaten, kunstwerken of verpakt als etenswaar. Bij weer een andere creatieve vorm van smokkel worden de drugs verwerkt in de stof van kleren en na het transport opnieuw eruit gehaald.

➜ Uiteindelijk komen de drugs terecht bij de **dealers, zowel groot- als kleinhandelaars**. De grotere dealers handelen uit winstbejag. De kleinere doen dit veelal om te kunnen voorzien in eigen gebruik.

Stewardessen gedwongen via Curaçao drugs te smokkelen

"Drugsbendes op Curaçao dwingen vliegend personeel van Nederlandse luchtvaartmaatschappijen cocaïne te smokkelen naar ons land. Uit verklaringen van stewardessen blijkt dat ze doodsbang zijn na bedreigingen in hun hotel op het vakantie-eiland. Ook lokale vliegmedewerkers op Curaçao worden onder zware druk gezet door criminelen, waarbij hun families met de dood worden bedreigd als ze het spul niet meenemen."

ANP, 13/07/2012

3.1.2 Van drugsbaron tot straatdealer

Met uitzondering van de enkele huisteler zit achter de drugsproductie en -handel **een zwaar crimineel circuit**. Er valt immers veel geld mee te verdienen. In die mate zelfs dat je gerust kan spreken van een van de meest winstgevende vormen van georganiseerde misdaad. De betrokken criminelen zijn vaak niet alleen actief binnen het drugsmilieu en bezondigen zich evengoed aan vrouwenhandel, wapenzwendel, witwaspraktijken, enzovoort. Bovendien worden drugs soms (deels) met wapens betaald, die zo ook hun weg vinden naar terroristische organisaties.

> *“Hoe moet de politie optreden wanneer gebruikers hun drugs laten testen? Bovendien geef je een totaal verkeerd signaal. Je geeft de indruk aan jongeren dat er geen probleem is zolang je maar ‘goede’ drugs gebruikt.”*
>
> ***Louis Ide, arts en gezondheidsexpert N-VA (Metro, 23/10/2014)***

Antwerpse drugsbende zette kinderen in

“Politie en gerecht in Antwerpen hebben dinsdag opnieuw een drugsbende opgerold die cocaïne en heroïne aanbood aan lokale gebruikers en drugstoeristen in de wijk 2060 en het Antwerpse district Deurne. De bende zou niet alleen illegale vreemdelingen ingezet hebben, maar ook kinderen van 11 en 12 jaar. Dat meldt de Antwerpse afdeling van het parket.”

De Standaard, 26/03/2015

Het gaat met andere woorden om een **bij uitstek gewelddadig milieu**. Denk maar aan de rivaliserende drugskartels in Mexico en het opvallende geweld dat zij hanteren tegen elkaar én onschuldige burgers. Op kleinere schaal gaat het dan om dealers die bepaalde buurten, straten en pleintjes terroriseren, mensen bedreigen, handelaars afpersen, enzovoort. Daarnaast plegen gebruikers vaak diefstallen of overvallen om met de opbrengst van de buit drugs aan te kopen.

Ook verslaafden en gebruikers, of zelfs kinderen, worden ingezet om te dealen, **dikwijls onder dwang**. Op die manier blijven de grote dealers buiten schot. En ook drugskoeriers handelen niet steeds vrijwillig. Het komt immers maar al te vaak voor dat bendes mensen onder dwang drugs doen smokkelen.

Het drugsmilieu wordt dus getekend door **overlast en criminaliteit**, zodat de strijd tegen drugs evident ook een strijd moet zijn tegen die overlast en criminaliteit.

3.1.3 België als draaischijf

België is een draaischijf van de drugshandel en een paradijs voor drugsgebruikers, zo blijkt uit een rapport uit 2015 van Europol en het Europees Centrum voor Drugs en Drugsverslaving.

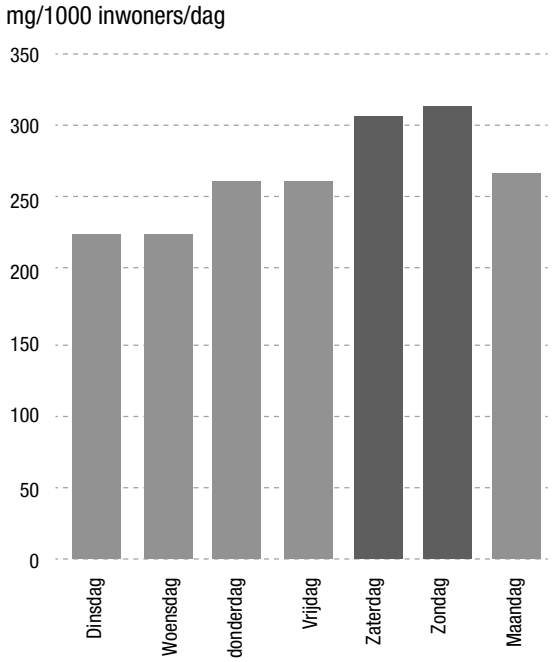
Voor **cocaïne** is België al lang gekend als belangrijk invoerpunt. Maar inmiddels is België ook een steeds belangrijkere plaats gaan innemen in de **handel en productie van cannabis**, terwijl ook andere drugs, zoals **amfetamines en xtc**, in opmars zijn. Dat heeft gevolgen voor de zuiverheid en de prijs van de drugs. Die blijken nergens in Europa zo zuiver en goedkoop als hier bij ons. Anders gezegd: dit land is een waar paradijs voor drugsgebruikers.

Omwille van de goed ontwikkelde transportinfrastructuur speelt België ook een grote rol in de distributie van drugs. Die worden van hieruit **verder verdeeld over binnen- en buitenland**. Daarbij spelen onder andere de havens een belangrijke rol.

Cocaïneresiduen in afvalwater

Geselecteerde Europese steden

Dagelijkse gemiddelden



Mg/1000 inwoners/dag · 1 · 10 · 100 · 250 · 500 · 750

NB: Gemiddelde dagelijkse hoeveelheden cocaïne in milligrammen per 1000 inwoners.
De steekproeven zijn gedurende een week in 2014 in geselecteerde Europese steden uitgevoerd.

Bron: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

“De prijs die de maatschappij betaalt voor roesmiddelen is zeer zwaar. We moeten proberen de sociale aanvaarding van drugs nog terug te dringen.”

Bart De Wever, burgemeester van Antwerpen (Knack, 7/01/2015)

Nieuw recordjaar in de maak voor cocaïnevangsten in Antwerpse haven

“In het Antwerpse havengebied is dit jaar al bijna 14,5 ton cocaïne in beslag genomen, waardoor het recordjaar 2012 (17,5 ton) stilaan in zicht komt. Het hoge cijfer is onder meer te danken aan enkele uitzonderlijk grote vangsten, zoals één van ruim 3 ton. “Antwerpen is een meer ‘open’ haven dan bijvoorbeeld Rotterdam, maar als er meer middelen geïnvesteerd worden in douane, politie en justitie zouden we de strijd toch beter kunnen aanbinden”, klinkt het bij het parket.”

Gazet van Antwerpen, 16/10/2015

Alleen al in het **Antwerpse havengebied** werd in 2014 liefst 8,3 ton cocaïne onderschept door de douane, met een kleinhandelswaarde van 435 miljoen euro. Datzelfde jaar onderschepte de douane ook nog eens 4,5 ton marihuana, met een kleinhandelswaarde van 39 miljoen euro. In 2015 werd er zelfs meer dan 14,5 ton cocaine in beslag genomen.[13]

In onze Vlaamse havens (Antwerpen, Blankenberge, Gent en Zeebrugge) werd in 2014 voor een straatwaarde van maar liefst 479 793 719 euro **—bijna een half miljard—** aan drugs in beslag genomen. Ongetwijfeld worden er ook heel wat drugs het land binnengesmokkeld die niet worden onderschept.[14]

Ongeveer vijf procent van de in België geregistreerde misdrijven zijn drugsmisdrijven. Voor de periode 2009-2014 komt dat gemiddeld neer op ongeveer **48 500 geregistreerde drugsfeiten op jaarbasis.**[15]

3 .1.4 Impact op de maatschappij

Drugsgebruik brengt schade toe, zoveel is zeker. Eerder bleek al **dat die schade veel gezichten heeft**: van psychische en lichamelijke schade, met soms overlijden tot gevolg, tot financiële en zelfs sociale schade. De drugsgebruiker is immers niet het enige slachtoffer, ook zijn omgeving en familie hebben meestal te lijden onder de gevolgen. Net zoals onze samenleving uiteindelijk vaak de kosten van een verslaving gepresenteerd krijgt.

In heel wat gevallen leidt drugsgebruik bovendien tot **overlast, geweld of crimineel gedrag**. Ook daardoor worden onrechtstreeks weer bijkomende slachtoffers gemaakt en loopt de maatschappelijke kost verder op. Denk maar aan drugsgerelateerde misdrijven, zoals vechtpartijen onder invloed of diefstallen om drugs te bekostigen.

Van de 175 198 drugszaken die de correctionele parketten en het federaal parket in de periode 2010-2014 behandelden, konden er 14 282 worden **gelinkt aan één of meer andere criminele feiten**, goed voor een totaal van 18 199 secundaire inbreuken: ruim een kwart (28,73 procent) voor wederrechtelijk wapenbezit, 7,01 procent voor opzettelijke slagen en verwondingen en 4,15 procent voor diefstal.[16]

De **uiteindelijke impact**, rechtstreeks en onrechtstreeks, die een drugsverslaving kan hebben, is dus enorm. En dat zowel voor de verslaafde als voor derden, en bij uitbreiding zelfs voor de gehele samenleving. Net daarom zijn initiatieven ter ontrading, preventie en behandeling, maar ook ter bestraffing, zo belangrijk.

[13] Bron: Jaarverslag federale gerechtelijke politie Antwerpen, 2015
[14] Bron: schriftelijke vraag Sophie De Wit aan minister van Binnenlandse Zaken Jan Jambon
[15] Bron: schriftelijke vraag Sophie De Wit aan minister van Binnenlandse Zaken Jan Jambon
[16] Bron: mondelinge vraag 194 aan minister van Justitie Koen Geens

© Thinkstock

3.2 De huidige strafrechtelijke aanpak

In België zetten we in op een **globaal en geïntegreerd drugsbeleid**. Dat werkt zowel op de aanbodzijde als de vraagzijde en is gericht op effectieve ontrading via preventie, hulpverlening en repressie.

De strafrechtelijke aanpak van drugsfeiten (zie schematische weergave op blz. 67), **zowel de vervolging als de uiteindelijke bestraffing**, varieert naargelang het gaat om drugsgebruikers dan wel om drugsproducenten of -handelaars.

Zo kennen wij enerzijds een veel **hardere repressieve aanpak van drugsproducenten en -handelaars**. Met die aanpak willen wij niet louter bestraffen maar beogen we tegelijk een ontradend en daardoor meteen ook preventief effect. En dat zowel naar de betrokken drugsproducent of -handelaar als naar de rest van de samenleving toe. Een strenge straf moet immers ook toekomstige daders afschrikken.

Anderzijds hanteert ons strafrechtelijk beleid ten aanzien van de (problematische) drugsgebruikers ook in zekere zin het ultimum-remediumbeginsel, waarbij **het strafrecht pas als laatste redmiddel** wordt ingezet. Een kordaat optreden tegen drugs blijft de basis, maar het pure bestraffen op zich vormt niet de hoofddoelstelling. De strafprocedure wordt eerder gehanteerd **om gebruikers naar een vorm van hulpverlening toe te leiden**. Uit heel wat studies blijkt immers dat zo'n alternatieve afhandeling niet enkel leidt tot een opvallende daling van het drugsgebruik en de criminaliteit bij problematische drugsgebruikers, maar ook tot een verbetering van hun gezondheidstoestand en sociale situatie.

Precies daarom wordt bij die doelgroep gezocht naar justitiële reacties die **geen gevangenisstraf** impliceren, maar eerder een oriëntatie naar de hulpverlening. Dat uit zich ook in het vervolgingsbeleid en de prioriteiten die men daarin legt.

Koenraad Degroote
Kamerlid
Burgemeester van Dentergem

" Bij de aanpak van de drugsproblematiek moeten preventie en hulpverlening voorrang krijgen op repressie, behalve in het geval van drugsproductie en drugshandel."

> *“Laat de lokale besturen net als in Nederland veel meer bestuurlijk optreden tegen de drugscriminelen. Burgemeesters moeten drugspanden sluiten en lokale horecazaken aanpakken.”*
>
> ***Criminoloog Brice De Ruyver (De Tijd, 19/05/2015)***

3.2.1 Wat zegt de wet?

De drugsproblematiek is een wereldwijd fenomeen. Het gaat hier dus niet enkel over de Belgische wetgeving, ook heel wat **internationale en Europese regelgeving** is van toepassing. Op verschillende niveaus (Benelux, Europese Unie, Verenigde Naties) wordt vergaderd over onder meer de strijd tegen de handel in verdovende middelen en de internationale aanpak ervan door de politie. Ook worden er verdragen gesloten en strategieën en actieplannen uitgewerkt.

Het **Internationale Opiumverdrag van Den Haag** van 1912 legt de basis voor een internationale aanpak van drugsdelicten. Naderhand is dat verdrag nog verder uitgebreid met allerlei verplichtingen waardoor **het decriminaliseren** van het bezit, de aankoop en de kweek van illegale drugs voor persoonlijk gebruik, **niet is toegestaan**. Zo is het legaliseren van het bezit van (een kleine hoeveelheid) cannabis onder de huidige internationale regelgeving bijvoorbeeld zelfs niet mogelijk.

In België wordt de drugsproblematiek voornamelijk geregeld door **de drugswet van 1921**. Er zijn verschillende **categorieën van drugsmisdrijven** en straffen, al naargelang het om persoonlijk gebruik gaat, om productie of handel, dan wel om het aanzetten tot of vergemakkelijken van drugsgebruik. Voor de bestraffing en het te voeren opsporings- en vervolgingsbeleid maakt de drugswetgeving binnen die categorieën van misdrijven ook nog een verder onderscheid tussen cannabis en andere illegale drugs.

De grootste uitdaging voor de wetgever is dat er **steeds meer nieuwe psychoactieve stoffen** opduiken en de geldende wetgeving voortdurend achterop hinkt. Veel van die nieuwe stoffen worden na verloop van tijd wel bij wet verboden, maar intussen is de schade al geschied. Daarom is er nieuwe wetgeving in de maak waarbij men zich niet langer baseert op lijsten waarin elke nieuwe stof letterlijk wordt vernoemd, maar die **hele groepen van psychoactieve stoffen** verbiedt.

Tussen haakjes: **iets strafbaar stellen betekent niet hetzelfde als iets vervolgen**. Elk land behoudt de mogelijkheid om zelf te beslissen welke feiten het ernstig genoeg vindt om al dan niet te vervolgen of welke prioriteiten het legt.

3.2.2 Wanneer ben je strafbaar?

Het bezit, ook voor persoonlijk gebruik, het vervaardigen, de verkoop, de aankoop en de invoer, uitvoer, doorvoer of vervoer van slaapmiddelen, psychotrope stoffen en verdovende middelen is **verboden**. Hoewel de wet niet uitdrukkelijk zegt dat het gebruik zelf strafbaar is, wordt het via een omweg toch bestraft, **aangezien gebruik ook het (verboden) bezit van drugs inhoudt**.

Ook iemand de gelegenheid bieden om drugs te gebruiken is strafbaar. Dat kan door een lokaal ter beschikking te stellen, door geld te lenen of door een auto uit te lenen om drugs te

kopen. Zo is zelfs het oogluikend toestaan van drugsgebruik, bijvoorbeeld in een jeugdhuis, strafbaar. **Het aanzetten tot drugsgebruik** is evenmin toegestaan. En dat begrip wordt ruim geïnterpreteerd: zowel het louter aanbieden van de drugs als voorstellen om ze effectief te gebruiken valt onder die noemer.

In het verkeer is er ten slotte een **nultolerantie voor drugsgebruik**. De controle daarop gebeurt sinds 1 oktober 2010 via een speekseltest. Dat blijkt in de praktijk echter een zeer omslachtig instrument.

3.2.3 Welke straf?

Afhankelijk van de zwaarte of de ernst van de overtreding, kan je een **gevangenisstraf tot vijf jaar én een geldboete** krijgen. Die straffen kunnen nog verder worden verhoogd als het gaat om minderjarigen, georganiseerde handel of wanneer het misdrijf leidt tot schade aan de gezondheid van anderen. De rechter kan ook nog bijkomende straffen opleggen, zoals de ontzetting uit bepaalde rechten, een beroeps- of exploitatieverbod, of zelfs de tijdelijke of definitieve sluiting van de drankgelegenheid of inrichting waar de misdrijven werden gepleegd, zoals scholen, lunaparken of apotheken.

Sinds 2006 kan ook de burgemeester **een inrichting tijdelijk bestuurlijk sluiten** bij duidelijke aanwijzingen dat er drugs worden verkocht, afgeleverd of dat het gebruik ervan wordt vergemakkelijkt.

Tot slot kan de rechter ook **beslag leggen** op voertuigen, toestellen en instrumenten of zaken nodig voor het plegen van inbreuken op de drugswetgeving, zelfs als ze geen eigendom zijn van de veroordeelde. Meestal gaat het daarbij om auto's van derden, maar de rechter kan ook beslag leggen op de opbrengsten van de drugshandel.

3.2.4 Wat met minderjarigen?

Drugs zijn ook verboden voor minderjarigen. De wetgeving is daarover bijzonder duidelijk: de invoer, de productie, het bezit, het gebruik en de verkoop van zowel cannabis als van andere illegale drugs zijn **in alle omstandigheden verboden**.

Wanneer een minderjarige wordt betrapt met drugs, maakt de politie een proces-verbaal op en bezorgt dat aan het parket. Ook de ouders worden op de hoogte gebracht. Het parket beslist vervolgens wat er met het dossier gebeurt. Zo kan het parket de minderjarige oproepen voor een waarschuwing, een bemiddelingsvoorstel doen of seponeren, maar het kan de zaak ook **doorverwijzen naar de jeugdrechter**. Een jeugdrechter kan heel uiteenlopende maatregelen opleggen aan minderjarigen die drugs gebruiken of bezitten. Die gaan van een waarschuwing, verplichte gemeenschapsdienst of het volgen van een behandeling, tot de plaatsing in een pleeggezin of gesloten instelling.

> *“Hoe vroeger de politie probleemjongeren en signaalgedrag kan oppikken, des te sneller kan de combinatie gemaakt worden met een snelle hulpverlening.”*
>
> ***Psychiater An Van Duyse, medisch directeur De Sleutel (De Tijd, 21/03/2015)***

3.2.5 Wat met cannabis?

Laat er geen misverstand over bestaan: **cannabis is een illegale drug**. Zowel voor minderjarigen als voor meerderjarigen zijn de invoer, de productie, het bezit, het gebruik en de verkoop van zowel cannabis als van andere illegale drugs zonder meer verboden. De straffen daarvoor liggen in dezelfde lijn als die voor andere illegale drugs.

Dat betekent dat wie in het bezit is van zelfs maar een kleine hoeveelheid cannabis voor eigen gebruik, wel degelijk kan worden bestraft. In tegenstelling tot wat velen denken, is er dus **geen legalisering** gebeurd. Maar strafbaarheid staat niet noodzakelijk gelijk aan vervolging. Zo geniet beperkt cannabisbezit en/of -gebruik door volwassenen op dit moment **de laagste vervolgingsprioriteit**.

3.2.6 Hoe worden drugs opgespoord?

Drugs zijn al lang een prioriteit, wat maakt dat de overheid **op alle niveaus de nodige capaciteit** heeft voorzien. Zo beschikken de federale politie en heel wat lokale recherchediensten over afzonderlijke secties of gespecialiseerde rechercheurs voor drugsbestrijding.

De totale inzet van middelen voor de opsporing en vervolging van drugsmisdrijven is moeilijk te schatten. Voor de **materiële kosten van werking en investeringen** worden er bijvoorbeeld geen specifieke middelen voorzien voor drugsmisdrijven, maar worden middelen uit de reguliere werking gebruikt.

Voorts zijn er op het vlak van politiemiddelen enkel cijfers beschikbaar over de personeelsmiddelen, en dan nog enkel van de federale gerechtelijke politie (terwijl bijvoorbeeld de lokale politie waarschijnlijk een veel groter aandeel presteert). **Bij de federale politie gaat ongeveer 17 procent van de personeelskost naar drugsbestrijding.**[17]

Federale politie	2012	2013	2014
Totaal gepresteerde uren criminaliteitsbestrijding	2.671.814	2.516.966	2.320.862
Totaal gepresteerde uren drugsbestrijding	444.773	441.141	395.789
Percentage kost	16,64%	17,52%	17,05%

[17] Bron: schriftelijke vraag 186 aan minister van Binnenlandse Zaken Jan Jambon

De gerechtskosten gelinkt aan middelengebruik zijn dan weer wel gekend. Voor het jaar 2014 liepen die op tot meer dan 600 000 euro.[18]

Omschrijving	Totaal (in euro)
Klinisch onderzoek met/zonder aderpunctie tot vaststelling drugsgebruik	15.446,84
Klinisch onderzoek met/zonder urinestaal tot vaststelling drugsgebruik	0,00
Opsporing verdovende middelen	36.359,97
Opsporing verdovende middelen volgens analyse in urine	82.888,72
Vernietiging van verdovende middelen	474.579,55

De manieren waarop drugsfeiten worden opgespoord zijn divers. Ze gaan **van toevallige ontdekkingen tot doelgerichte controles**. Zo kunnen drugsfeiten onverwacht aan het licht komen na klachten over overlast, doordat ze gelinkt zijn aan andere misdrijven, door verklikking, enzovoort.

Het gebeurt dat plantages of drugslabo's worden ontdekt, nadat er eerst een elektriciteitsdiefstal werd vastgesteld of geloosde chemicaliën werden gevonden. Via het internet vinden drugs ook steeds makkelijker hun weg naar de consument. Dat leidt tot bijkomende uitdagingen in het kader van opsporing en vervolging.

Doelgerichte controles vinden onder meer plaats in het verkeer, in scholen, maar ook via razzia's in cafés, met drugshonden in de gevangenissen ('swipings'), met scanners in havens, en zo meer. Vooral naar criminele organisaties wordt het onderzoek gevoerd met intensieve methodes als telefoontap, observatie, infiltratie, ...

Een belangrijk deel van de opsporingstaak rust bij **de douane**. Die beschikt daartoe over een ruim arsenaal aan controlemiddelen: operationele hondenteams, patrouillevaartuigen, zogenoemde 'rummage teams' voor het gericht doorzoeken van commerciële vaartuigen, bewakingsteams die goederenstromen de klok rond in het oog houden, vaste en mobiele scanners ... Zo wordt bijvoorbeeld de 'backscatter'-technologie ingezet voor massacontrole op 'rip-offs', waarbij drugs worden **verstopt in containers** met legitieme goederen in het land van oorsprong). In Antwerpen legt een gespecialiseerd drugsteam zich dagelijks exclusief toe op de opsporing van en het onderzoek naar verdovende middelen.

Douane, Openbaar Ministerie en politiediensten trachten samen vorm te geven aan een integrale en gedifferentieerde aanpak van de drugsproblematiek.

[18] Bron: schriftelijke vraag 14 aan minister van Justitie Koen Geens

“Ik sta zeker achter de ‘war on drugs’ die de Antwerpse burgemeester Bart De Wever is begonnen.”

Criminoloog Brice De Ruyver (De Tijd, 19/05/2015)

3.2.7 Opsporings- en vervolgingsprioriteiten

“Van alle 175 198 zaken die tussen 2010 en 2014 zijn binnengekomen bij de correctionele parketten en het federale parket, was op 10 januari 2015 maar liefst 55,46 % geseponeerd. 13,57 % werd ter beschikking gesteld. In 4,99 % van de gevallen werd een minnelijke schikking getroffen en bij 0,76 % werd er overgegaan tot strafbemiddeling. Voor 19,54 % werd verdere vervolging ingesteld (gerechtelijk onderzoek, raadkamer, dagvaarding, …). 5,65 % van de zaken bevond zich op datum van 10 januari 2015 nog in het opsporingsstadium.” [19]

Het is niet omdat iets strafbaar is, dat dit ook met prioriteit wordt vervolgd. In het kader van het drugsbeleid worden **richtlijnen uitgevaardigd door de minister van Justitie en het Parket-Generaal**, waarin dan de opsporings- en vervolgingsprioriteiten worden vastgelegd. Ook op lokaal vlak zal de procureur des Konings rekening houden met de **plaatselijke omstandigheden** en kan hij een bijzondere richtlijn verspreiden naar aanleiding van massabijeenkomsten, zoals een festival.

In 2003 maakte de wetgever voor het eerst een **onderscheid tussen cannabis en andere illegale drugs**, en tussen bezit voor persoonlijk gebruik en bezit met het oog op doorverkoop. Tot dan ging die nog ervan uit dat cannabis minder gezondheidsrisco’s met zich meebracht dan andere drugs en ook weinig of geen drugsgerelateerde criminaliteit en overlast veroorzaakte. Het maken van dit onderscheid in de wet heeft uiteraard ook gevolgen voor het vervolgingsbeleid.

Bij de politie en bij justitie, zowel nationaal als internationaal, liggen de **opsporings- en vervolgingsprioriteiten bij de productie van en de handel in drugs**. In het nationaal veiligheidsplan 2012-2015 is de drugsactiviteit opgenomen als een prioritair te behandelen criminaliteitsfenomeen. Daarbij gaat het in het bijzonder om de import en export van cocaïne, de productie en smokkel van synthetische drugs en cannabis, alsook de verkoop van drugs (dealen).

3.2.8 Gedoogbeleid of nultolerantie

Voor een goed begrip: een gedoogbeleid komt erop neer dat aan de gepleegde feiten geen vervolgingsprioriteit wordt gegeven, en dat ze dus ook niet worden vervolgd. Ze blijven daarentegen **wel steeds strafbaar**.

Concreet wordt het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik — dit is maximum drie gram of de teelt van één vrouwelijke cannabisplant — dan niet vervolgd. De politie maakt bij vaststelling van bezit voor eigen gebruik wel een **vereenvoudigd proces-verbaal** op en kan de cannabis in beslag nemen. Maar daar stopt het meestal.

In uitzonderlijke gevallen wordt het proces-verbaal doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie. Dat kan diverse maatregelen nemen: van een seponering met een waarschuwing van de politie en eventueel doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening, een minnelijke schikking, pretoriaanse (d.i. op het niveau van het parket) probatie, bemiddeling in strafzaken, tot en met een doorverwijzing naar de correctionele rechtbank.

[19] Bron: schriftelijke vraag 194 aan minister van Justitie Koen Geens

Voorbeelden

a) Proefproject in Gent: Project Proefzorg

Het Project Proefzorg[20] werd in 2005 in Gent opgestart. Drugsgebruikers die geen andere misdrijven hadden gepleegd, werden in dit project reeds **op het niveau van het parket doorverwezen naar de meest geschikte hulpverlening.**

Het parket kon daarbij kiezen voor korte proefzorg (enkel doorverwijzing) of lange proefzorg (zowel doorverwijzing als opvolging).

b) Ondertussen in Antwerpen: Onmiddellijke minnelijke schikking (OMS)

Voor de bestrijding van de vraagzijde startten parket en politie op 1 september 2013 in Antwerpen met het gebruik van het proces-verbaal 'onmiddellijke minnelijke schikking' (OMS). Het doel is om de lokale drugsmarkt zodanig te verstoren dat de drugsoverlast in de stad wordt teruggedrongen en **gebruikers naar een resultaatgerichte hulpverlening** worden geleid.

Bij de OMS-procedure wordt **een boetevoorstel** verbonden aan het bezit en/of gebruik van drugs in de publieke ruimte (75 euro voor softdrugs, 150 euro voor harddrugs). Antwerpenaren krijgen de keuze: **betalen of een vorm van hulpverlening volgen.**

Niet-Antwerpenaren, of zogenaamde drugstoeristen, worden in de eerste plaats ontmoedigd om drugs in Antwerpen te kopen en/of te gebruiken. Wanneer ze een OMS krijgen maar die niet betalen, worden ze **in Antwerpen gedagvaard.** Ze worden dus niet aangemeld bij het parket van de woonplaats.

Na een eerste evaluatie in november 2014 werd beslist om het OMS-systeem voor cannabisgebruikers voor onbepaalde duur verder te zetten en jaarlijks te evalueren.

De regering-Michel I zegt in het regeerakkoord het gedoogbeleid te zullen terugdraaien. In Antwerpen wordt inmiddels de **nultolerantieaanpak** al toegepast. Ook Brussel volgde inmiddels het Antwerpse voorbeeld.

3.2.9 In het geval van vervolging

Wanneer wordt vervolgd, kiest de rechter vaak voor **effectieve straffen**. Het gaat daarbij veelal om een geldboete, een werkstraf of een gevangenisstraf. Zeker bij feiten van handel of productie van drugs, en in het bijzonder bij grote hoeveelheden, treedt het gerecht **zeer repressief** op. Maar een louter repressieve aanpak helpt en werkt niet altijd, en ook niet voor iedereen. Uiteindelijk worden drugsgebruikers het best zoveel mogelijk naar de hulpverlening geleid.

[20] Bron: website De Sleutel, thesis DBK

> *“Opsluiting is geen oplossing, want er zijn nauwelijks drugsvrije afdelingen in de gevangenis. De straf wordt bovendien vaak niet uitgevoerd, tenzij je al een behoorlijke draaideurcrimineel bent. En elektronisch toezicht is voor drugsgebruikers geen oplossing, want met een enkelband thuiszitten verhindert niet dat er drugs geleverd en gebruikt worden.”*
>
> ***Rechter Jorn Dangreau (De Standaard, 10/09/2014)***

Daarom werd binnen de politie en justitie een beleid uitgebouwd dat enerzijds wil waarschuwen en drugsgebruik ontraden, maar dat anderzijds ook bruggen bouwt naar de hulpverlening. **Nauwe samenwerking tussen politie, justitie en hulpverlening** is daarbij cruciaal. Omdat geweten is dat een vrijwillige of vrijblijvende hulpverlening vaak niet werkt, wordt de repressieve stok steeds achter de deur gehouden.

➜ **Op het niveau van de opsporing**

Tijdens de opsporingsfase heeft het Openbaar Ministerie, samen met de politie, reeds volgende mogelijkheden:

- **Therapeutisch advies**: deze vorm van vroeghulp biedt de politiediensten de mogelijkheid om, onder toezicht van het Openbaar Ministerie, de betrokkene naar de hulpverlening door te verwijzen. Hij of zij wordt vrijblijvend in contact gebracht met een hulpverleningscentrum. Daar wordt samen met de betrokkene bekeken of en welke begeleiding is aangewezen. Het Openbaar Ministerie wordt nadien hierover geïnformeerd. Zo verneemt het of de betrokkene zich al dan niet heeft aangemeld. Op die manier kan het zich een beeld vormen van hoe de betrokkene omgaat met zijn drugsproblematiek.

- Het Openbaar Ministerie kan de zaak ook seponeren, met doorverwijzing van de betrokkene naar de hulpverlening (**sepot na doorverwijzing**).

➜ **Op het niveau van de vervolging**

Het Openbaar Ministerie beschikt niet alleen tijdens de opsporingsfase over enkele alternatieven. Ook op het niveau van de vervolging heeft het nog de volgende mogelijkheden om het gebruikelijke repressieve strafrechtelijke traject te verlaten:

- Het kan de betrokkene **een minnelijke schikking** voorstellen onder de vorm van een geldboete. Door de betaling vervalt de strafvordering en wordt hij of zij niet langer vervolgd.

- Het parket kan beslissen om een zaak niet te vervolgen, op voorwaarde dat de drugsgebruiker zich laat begeleiden en bijvoorbeeld een centrum voor hulpverlening opzoekt. Dat is de **pretoriaanse probatie**. Ook hier zal de zaak in principe zonder gevolg blijven, indien de voorwaarden worden nageleefd. In het andere geval kan het parket de zaak doorverwijzen naar de rechtbank.

- Wanneer er sprake is van een (drugs)misdrijf met slachtoffers kan de **bemiddeling in strafzaken** worden opgestart. Het parket zal in dat geval een of meer voorwaarden opleggen die de betrokkene gedurende zes maanden moet naleven, zoals het volgen van een drugsbehandeling. Bij naleving van de voorwaarde(n) vervalt de strafvordering. Bij niet-naleving wordt de zaak alsnog voor de rechter gebracht.

Het Openbaar Ministerie is niet de enige instantie die kan ingrijpen op de vervolging. Ook **het onderzoeksgerecht** kan bepalende beslissingen nemen.

Voorbeeld

De Drugsbehandelingskamer

Het proefproject van de Drugsbehandelingskamer illustreert dat men creatief kan omgaan met bestaande juridische instrumenten.[21]

In 2008 werd binnen de rechtbank van eerste aanleg in Gent **een gespecialiseerde kamer opgericht voor niet-georganiseerde drugs- en drugsgerelateerde criminaliteit.** Die kamer moet zich specifiek uitspreken over beklaagden bij wie een afhankelijkheidsproblematiek aan de basis ligt van de feiten waarvoor zij worden gedagvaard.

In de Drugsbehandelingskamer krijgen problematische gebruikers de kans om naar de drugshulpverlening te gaan via tussenkomst van een 'liaison': een aanspreekpunt of **contactpersoon uit de hulpverlening** die samen met de betrokkene bekijkt wat **het meest geschikte hulpverleningstraject** is. Wil de beklaagde geen hulp, dan kan de rechter hem of haar meteen veroordelen. In het andere geval moet de beklaagde ter opvolging op geregelde tijdstippen voor de rechtbank verschijnen. Na afronding van het traject worden de eventuele straf en bijkomende maatregelen op maat bepaald. De resultaten van het proefproject zijn veelbelovend.

Daarnaast heeft zo'n drugsbehandelingskamer ook op andere domeinen **positieve effecten:** de betrokkenen werden succesvol doorverwezen naar drugshulpverlening, begeleid bij financiële problemen en zetten de stap naar de arbeidsmarkt.

Ook wanneer de verdachte werd aangehouden en dus onder **voorlopige hechtenis** werd geplaatst, is een doorverwijzing naar de hulpverlening als alternatief voor de voorlopige hechtenis mogelijk. In dat geval zal de verdachte worden **vrijgelaten onder voorwaarden**. Bij niet-naleving van die voorwaarden kan de verdachte opnieuw worden aangehouden. Het naleven van de voorwaarden kan overigens een gunstige invloed hebben op de uitspraak van de rechter te gronde.

➜ Op het niveau van de straftoemeting

Wanneer het parket toch beslist om een zaak te vervolgen, wordt die zaak doorverwezen naar de rechtbank. Ook op het niveau van de straftoemeting beschikt **de rechter** over een aantal mogelijkheden om de betrokkene door te verwijzen naar de hulpverlening.

In het geval van **probatie-opschorting** worden de feiten bewezen geacht, maar volgt er geen veroordeling, als de betrokkene de opgelegde voorwaarden naleeft. Daarnaast kan de rechter wel degelijk een straf opleggen, maar beslissen om de straf niet uit te voeren. Dat is dan het **probatie-uitstel**. In beide gevallen zal de betrokkene gedurende een proeftijd van maximum vijf jaar een aantal probatievoorwaarden moeten naleven. Doet hij dat niet, dan kan er toch een effectieve straf volgen of kan de voorziene straf alsnog worden uitgevoerd.

[21] Bron: website De Sleutel, thesis DBK

> *“Als we weten dat aan de grondslag van een misdrijf alcohol of illegaal druggebruik ligt, dan moeten we dat probleem in de kern aanpakken. Zorg ervoor dat in de Belgische gevangenissen in hulpverlening voorzien wordt voor problematische druggebruikers. Met uitzondering van een aantal projecten, gebeurt dat vandaag veel te weinig.”*
>
> ***Criminologe Freya Vander Laenen (Het Nieuwsblad, 17/11/2015)***

➜ **Op het niveau van de strafuitvoering**

Het laatste niveau in het strafrechtelijke traject is dat van de strafuitvoering. Iemand kan immers ook een **effectieve (gevangenis)straf** hebben gekregen. Toch is het voor wie een gevangenisstraf moet ondergaan mogelijk om vervroegd vrij te komen.

Bij de **voorwaardelijke invrijheidstelling** kan de betrokkene vroeger vrijkomen op voorwaarde dat hij zich bijvoorbeeld laat behandelen voor zijn drugsprobleem. Worden de voorwaarden nageleefd, dan wordt de betrokkene definitief in vrijheid gesteld.

3.2.10 In de gevangenis

“Penitentiair beambten weten perfect hoe drugs binnenkomen. Ze komen binnen met het bezoek en worden onder de tafels doorgegeven. Er zijn één of twee penitentiair beambten die meer dan vijftig mensen in het oog moeten houden. Dit is perfect tegen te houden, als elke gevangenis al een paar drugshonden zou hebben. Celonderzoeken door penitentiair beambten zijn volstrekt zinloos. Met een hond zou men onmiddellijk alles vinden, in plaats van nu een half uur te verliezen omdat mensen alles moeten doorzoeken.”

Penitentiair beambte

In de meeste gevangenissen circuleren er drugs en worden er drugs gebruikt. Het gaat om een maatschappelijk fenomeen dat een vervolg krijgt binnen de gevangenismuren. De **beschikbaarheid van drugs binnen die muren** vormt dan ook een groot probleem, in het bijzonder voor gevangenen die omwille van drugsfeiten in de gevangenis zitten.

Zij blijven in de gevangenis **in aanraking komen met drugs** en raken op die manier niet van hun verslaving verlost. Anderzijds zijn er ook gevangenen die in de gevangenis starten met het gebruik van drugs omdat ze zich vervelen, zich willen ontspannen, hun problemen willen vergeten, ...

Uiteraard speelt hier ook **het probleem van de overbevolking**. Zolang er vier of vijf mensen uren- en dagenlang samen in één cel moeten zitten, heb je die liever rustig. In die optiek neigen penitentiair beambten er wel eens naar om niet in te grijpen tegen het drugsgebruik, omdat anders het **samenleven in de gevangenis** totaal onmogelijk wordt. Drugs komen via allerlei kanalen de gevangenismuren binnen, maar **meestal via het bezoek**.

Uit een onderzoek van de FOD Justitie blijkt dat twee op de drie gevangenen ooit al een illegale drug heeft gebruikt. In de gevangenis zelf zou **één op de drie gedetineerden drugs gebruiken**. Zowat tien procent van de gedetineerden werd pas gebruiker in de gevangenis. Hoewel gedetineerden alle middelen gebruiken die beschikbaar zijn, blijkt cannabis toch de meest gebruikte drug, gevolgd door heroïne en illegaal medicijngebruik.[22]

Van de gedetineerden die illegale middelen gebruikt, gaat het **in 95 procent van de gevallen om cannabis.** Vijf procent van alle gedetineerden gaf aan dat ze cannabis voor het eerst hebben gebruikt in de gevangenis.[23]

[22] Bron: website FOD Justitie

[23] Bron: VAD, Factsheet cannabis

Om de beschikbaarheid van drugs binnen de gevangenis terug te dringen, worden nu al meerdere maatregelen genomen. De strijd tegen drugs in de gevangenis gebeurt op twee niveaus: **preventie/sensibilisering en repressie**.

Zowel op systematische wijze (maandelijks) als naar aanleiding van tips of verdachte handelingen worden er controles uitgevoerd. Gedetineerden worden **na elk bezoek gefouilleerd**, hun cellen worden regelmatig gecontroleerd en in samenwerking met de politie houdt men zoekacties met drugshonden. Ook gaat er de nodige aandacht naar preventie en naar voorlichting, zowel van de gedetineerden als van het gevangenispersoneel.

Maar wellicht is een van de belangrijkste maatregelen de **mogelijkheid tot therapie en behandeling** binnen de gevangenis. Met dat doel zijn al verschillende projecten opgezet in bepaalde gevangenissen (voorbeelden op blz. 52). Deze en andere gelijkaardige projecten zijn goed maar **kleinschalig**. Niet elke gevangenis beschikt bovendien over zulke programma's of initiatieven. Voor de gedetineerde drugsverslaafde zal veel dus afhangen van de instelling waarin hij terechtkomt.

Ten slotte mag de begeleiding niet stoppen aan de gevangenispoort. Ook **na de vrijlating** moet ze voortduren. De overheid voorziet elke Vlaamse gevangenis daarom van een **Centraal aanmeldingspunt voor drugsgebruikers**, waar gespecialiseerde teams van externe hulpverleners ervoor zorgen dat gedetineerden een beroep kunnen doen op hulpverlening in de vrije samenleving. Samen met de gedetineerde zoeken zij naar een gepast drugsprogramma en leggen ze contacten met hulpverleningsorganisaties met het oog op het volgen van een behandeling **na de vrijlating**.

“Gelukkig bestaat in Gent een proefproject dat de Drugsbehandelingskamer heet. Mensen die onder invloed van drugs een misdrijf plegen, krijgen daar de kans aan zichzelf te werken en een behandelingstraject te volgen. Pas nadien is er een uitspraak.”

Advocaat Fien Sabbe (De Morgen, 30/12/2015)

Voorbeelden

a) Het Believe-programma in Ruiselede

In Ruiselede kunnen een zestiental gedetineerden die veroordeeld zijn voor drugsfeiten en problemen hebben met middelenmisbruik of -afhankelijkheid, deelnemen aan het ‘Believe’-programma. **Leven zonder drugs staat daarin centraal.**

De deelnemers worden therapeutisch begeleid en leren **persoonlijke en sociale vaardigheden** ontwikkelen. Om te voorkomen dat ze hervallen, leven ze er op basis van een **strikt bepaalde dagstructuur** van verplichte tewerkstelling, therapie en vrijetijdsbesteding. Zowel voor als tijdens de deelname worden er vrijwillige drugstests afgenomen.

b) Drugsvrije D-Side in Brugge

In Brugge werd in 2009 de drugsvrije afdeling ‘D-Side’ opgestart als een proefproject. Inmiddels is die uitgegroeid tot een vaste afdeling binnen dat penitentiaire complex. Op basis van dezelfde **combinatie van therapeutische begeleiding en een strikte** structuur wordt een drugsvrije omgeving gecreëerd. De vleugel biedt plaats aan een twintigtal mannelijke gedetineerden, met of zonder drugsverleden, die drugsvrij willen leven en tijdens hun detentie niet in aanraking willen komen met drugs.

c) Therapeutische centra

Andere gevangenissen werken samen met één of meer therapeutische centra. Die sturen **gespecialiseerde hulpverleners** naar de inrichtingen om ‘intakes’ te verzorgen en om de gedetineerden te ondersteunen in hun motiveringsproces om na de detentie ook **een ontwenningsprogramma** te volgen.

DEEL III. De visie van de N-VA: naar een drugsvrij bestaan

"Niets gaat boven een goede gezondheid. Het is het alfa en het omega van een leven in geluk en welbevinden. Gezondheid begint bij preventie. Preventie is meer dan het louter voorkomen van ziekten. Het omvat ook vroegdetectie en in veel gevallen ook vroeginterventie om erger te voorkomen."

N-VA-verkiezingsprogramma, 2014

De strijd tegen drugs moet worden gevoerd. **Drugs maken te veel levens kapot**, rukken gezinnen uiteen en veroorzaken maatschappelijke drama's. Daarbij komt dat het drugsmilieu een crimineel circuit is en een onderdeel vormt van de **georganiseerde misdaad**. De aanpak van productie en handel is voor de N-VA dan ook prioritair.

Maar ook op kleinere schaal moeten we een duidelijk signaal durven geven. **De maatschappelijke kost van drugsgebruik en -handel** valt immers niet te onderschatten. Naast het torenhoge medische prijskaartje voor de behandeling van verslaafden, moeten we ook allerhande uitkeringen verstrekken omdat zij niet langer kunnen functioneren in de maatschappij. En dan zijn er nog alle investeringen in de **onvermijdelijke ordehandhaving**.

Bovendien berokkenen drugshandel en -gebruik **ook de gewone burger** overlast. Dealers terroriseren immers hele straten en buurten. En gebruikers onder invloed vertonen agressief gedrag of trachten op alle mogelijke manieren aan geld te komen om hun gebruik te financieren.

1. Drugsgebruik niet tolereren

Laten we wel wezen: **cannabis legaliseren is niet de oplossing**. De zwarte markt zou blijven bestaan, niet het minst voor minderjarigen. Legalisering geeft ook het foute signaal, alsof drugsgebruik niet gevaarlijk zou zijn. Het kost bovendien handenvol geld om een degelijk controlesysteem op poten te zetten, terwijl je nagenoeg geen besparingen boekt op het bestaande drugsbeleid. Bovendien is een legalisering onder de huidige internationale regelgeving ook helemaal niet mogelijk.

Een gedoogbeleid is al evenmin een optie. Het staat haaks op het principe van de ontrading en zorgt alleen maar voor onduidelijkheid. Een gedoogbeleid doet niets aan de structurele oorzaken van het drugsprobleem en verhindert een krachtdadige maar menswaardige aanpak van de groep probleemgebruikers.

Laten we verstandig zijn en **lessen trekken uit ons discours over tabak en alcohol**. Legalisering zorgt ervoor dat het probleem langer onder de radar blijft en zelfs wordt geminimaliseerd, waardoor de maatschappelijke kost des te groter is. De weg die we met tabak en alcohol hebben afgelegd, is een voorbeeld van hoe we als beleidsmakers niet moeten omgaan met drugs. Voor tabak en alcohol zet de N-VA daarom in op een beleid dat de schade zoveel mogelijk beperkt via sensibilisering en vooral op een duidelijk kader voor gebruik.

> *“Het resultaat van de inspanningen van velen is vaak schamel omdat ze naast elkaar werken. Preventie, behandeling, opsporing, bestraffing: ieder doet zijn ding en gaat vervolgens naar huis.”*
>
> ***Guy Tegenbos (De Standaard, 25/11/2015)***

Voor illegale drugs is het enige antwoord een duidelijke neen. **Er bestaat niet zoiets als goede en slechte drugs.** De N-VA maakt daarom ook geen onderscheid tussen soft- en harddrugs. Alle illegale drugs zijn per definitie slecht en worden daarom niet getolereerd.

Niet-gebruik is de maatschappelijke norm en daarop moeten we dan ook inzetten. Dat betekent dat we een **intensieve maar doordachte strijd moeten voeren tegen drugs** en drugsgerelateerde criminaliteit, en dat op alle fronten.

In het federale regeerakkoord wordt alleszins een stap in de goede richting gezet. **Het bezit van drugs is verboden** en het gebruik van drugs in de publieke ruimte valt in geen geval onder een gedoogbeleid.

Nu moeten we ook werk maken van een **effectief vervolgingsbeleid**. Het duidelijke signaal dat drugsgebruik niet alleen is verboden maar ook wordt bestraft, heeft een enorm ontradend effect. Kijk maar naar Antwerpen.

2. Investeren in beleid, niet in structuren

Spijtig genoeg starten we in België, net zoals voor vele andere dossiers, ook voor ons drugsbeleid met een handicap. Het beleid om de drugsproblematiek structureel aan te pakken, zit **verdeeld tussen het federale, Vlaamse en lokale niveau**. Die versnippering maakt een gecoördineerde en coherente aanpak vrijwel onmogelijk.

Zo worden de lokale en intergemeentelijke preventiewerkers onvoldoende geïntegreerd in het Vlaamse preventiebeleid. Daardoor is er ook een **ongelijke spreiding over Vlaanderen**. Die lokale preventiewerkers vormen nochtans een belangrijke schakel in het beleid.

Daarom blijft de N-VA pleiten voor **een homogene bevoegdheidsverdeling**, waarbij het zwaartepunt bij de deelstaten ligt. Geef Vlaanderen alle instrumenten om een efficiënt en effectief drugsbeleid te voeren, zonder daarbij de ruimte voor lokale besturen in te perken.

Met die instrumenten bedoelen we niet alleen de bevoegdheden maar ook de financiële middelen. **Versnippering brengt immers ook extra kosten met zich mee.** Federale middelen vanuit Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken, Vlaamse middelen, middelen van de provincies, middelen van de steden en gemeenten, structurele middelen en projectgebonden middelen: breng dat allemaal maar eens correct in kaart!

Alle bevoegdheden bij de deelstaten onderbrengen zou niet alleen de coherentie van het beleid ten goede komen. Het zou ook leiden tot een besparing, waardoor **meer geld naar dat beleid** zelf zou vloeien. De N-VA wil in de eerste plaats investeren in een deugdelijk drugsbeleid, niet in structuren.

3. Middelen gericht en efficiënt inzetten

We spenderen vandaag al heel wat geld aan de strijd tegen drugs. Maar dat budget kunnen en moeten we beter besteden. Dat betekent keuzes maken en vooral **de juiste prioriteiten** stellen. Vandaag gaat een deel van het **geld onvermijdelijk verloren door inefficiëntie**. De pot moet immers worden verdeeld over eindeloos veel niveaus en instellingen, zodat er uiteindelijk weinig of geen geld overblijft voor het beleid zelf.

Tot nu toe maakten de beleidsmakers bovendien geen duidelijke keuzes. Men investeert in alles een beetje, waardoor er **niets ten gronde wordt aangepakt** of degelijk wordt uitgebouwd. De N-VA pleit daarom voor een drugsbeleid met een duidelijke, uitgesproken visie. Wij willen investeren in een aanpak die effectief resultaat boekt. Daarbij moet **het einddoel steeds een drugsvrij bestaan zijn**, zowel voor de niet-gebruiker als voor de gebruiker.

Een doordacht drugsbeleid zet in op de drie besproken pijlers: **preventie, behandeling en repressie**. Via preventie worden zoveel mogelijk mensen weggehouden van drugs. Maar eens in contact met drugs willen we mensen terug op het rechte pad brengen door hen van hun verslaving af te helpen.

Op dit moment gaat er nog te veel geld naar behandeling, terwijl de **investering in preventie minimaal** is. Zo werd er in 2008 per burger slechts 1,12 euro uitgegeven aan drugspreventie.[24] Dat is ruim onvoldoende. Zeker als je weet dat niet alle budgetten in het kader van behandeling worden gebruikt voor initiatieven die inzetten op een drugsvrij leven.

3.1 Preventie

Preventie is de eerste barrière tegen drugsgebruik. Hoe meer mensen we kunnen ontraden om drugs te gebruiken, des te minder middelen we moeten uitgeven voor de behandeling van verslaafden. **Voorkomen is altijd beter dan genezen**, zowel budgettair als vanuit menselijk oogpunt.

Daarom moet het budget voor preventie minimaal worden verdubbeld. Middelenmisbruik en verslavingsproblemen voorkomen is de eerste beleidskeuze. Dat impliceert dat je zowel **voldoende middelen als mensen** voor preventie moet uittrekken.

Natuurlijk moet je enkel budget vrijmaken voor initiatieven die ook werkelijk resultaat opleveren. Daarom pleit de N-VA ervoor om een aantal indicatoren te ontwikkelen waarmee je **het effect kan beoordelen van de initiatieven** die werden genomen in het kader van preventie. Heeft zo'n initiatief geen positieve impact, dan investeer je niet langer erin. De middelen zijn beperkt, en net daarom moeten we continu erover waken dat men **het beschikbare budget ook kostenefficiënt uitgeeft**.

[24] Bron: Drugs in Cijfers III: Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België, F. Vander Laenen, B. De Ruyver, et.al, BELSPO, 2011

> *“Het preventieaspect gaat volledig verloren omdat mensen verschillende informatie krijgen via verschillende kanalen.”*
>
> ***Dr. Hendrik Peuskens, psychiater in ontwenningskliniek van de Alexianen in Tienen***

Daarbij spreekt het vanzelf dat we niet inzetten op vormen van preventie die eerder een averechts effect hebben, zoals het testen van drugs.

Naast de zuivere preventie moeten we ook meer ruimte maken voor **vroegdetectie en vroeginterventie**. Beide vereisen een laagdrempelig, kortstondig aanbod met voldoende professionele omkadering en snel toegankelijke doorverwijsmogelijkheden. Ook moeten we waakzaam blijven voor nieuwe tendensen en de aanpak van nieuwe fenomenen, zoals smartdrugs, en specifieke doelgroepen.

Een doelgroep die bijzondere aandacht verdient, zijn de minderjarigen. Het overgrote deel van de drugsexperimenten gebeurt bij **kinderen tussen 12 en 18 jaar**. Slechts een kleine groep slaat op volwassen leeftijd aan het experimenteren. Dat wil zeggen dat **heel wat problemen reeds op vroege leeftijd aanwezig** zijn. Daarom is er ook binnen de politie een permanente aandacht nodig voor jeugdig drugsgebruik en heeft ook de politie nood aan specialisten die het signaalgedrag van jongeren kunnen oppikken.

Maar preventie begint voor ons zelfs nog vroeger. Al van kindsbeen af moeten kinderen de nodige sociale vaardigheden ontwikkelen, zodat ze kunnen omgaan met nieuwe uitdagingen en prikkels in hun directe omgeving. **Neen zeggen** als je iets krijgt aangeboden waar je geen behoefte aan hebt, dat leer je vanaf de kleutertijd.

3.2 Repressie

Ook repressie is preventie. Maar het tekort aan middelen is hier duidelijk voelbaar, op de verschillende niveaus. **Nieuwe opsporingsmethodes** worden niet of slechts vertraagd aangewend wegens budgettaire krapte. Drugsbendes profiteren daar natuurlijk van door hun smokkeltechnieken te optimaliseren.

Ook in de gevangenissen zijn meer middelen en mensen nodig om de aanwezige drugsproblemen efficiënt te kunnen aanpakken.

Elke euro die we investeren in preventie of repressie betaalt zichzelf dubbel en dik terug, want dat is een euro die we niet moeten uitgeven aan behandeling. Die grote kosten mogen ons daarom niet tegenhouden om te **investeren in een strikt en correct handhavingsbeleid**. Een goed repressiebeleid werpt zijn vruchten af.

Kijk maar naar Antwerpen. De eerste resultaten van de **Antwerpse ‘war on drugs’** zijn veelbelovend: drugsdealers worden aan een hoog tempo gearresteerd, het parket wijst volop problematische gebruikers door naar de hulpverlening en drugspanden worden consequent gesloten.

Belangrijk is dat daarbij de hulpverlening ook reeds aan bod komt, doordat **problematische gebruikers een therapieaanbod** krijgen, dat wordt afgezet tegen verdere gerechtelijke stappen om de slaagkansen te verhogen. Samenwerking met het parket is essentieel om kleine en grote dealers daadwerkelijk aan te pakken en om probleemgebruikers naar de hulpverlening te leiden.

In Antwerpen behoort de drugshandel en de daaraan gerelateerde drugsoverlast tot een van de prioriteiten. De aanpak is gericht op **zowel de vraag- als de aanbodzijde van de illegale markt**, waarbij het terugdringen van de overlast een centraal streven is.

"Dat de aanpak in Antwerpen werkt, is zonneklaar. Bij het begin van de legislatuur startte burgemeester Bart De Wever (N-VA) met een oorlog tegen drugs, onder meer door het opnieuw opstarten van de zogenaamde 'kaalplukteams' en een verhoogd cameratoezicht. Drie jaar later zijn 2 200 dealers opgepakt en is de druggerelateerde criminaliteit in Antwerpen significant gedaald."

Het Nieuwsblad, 13/01/2016

De aanbodzijde wordt zowel **aangepakt op straatniveau**, door de overlast te bestrijden, als op het niveau van de lokale organisaties die zich verrijken met de verkoop van verdovende middelen.

Voor de bestrijding van de vraagzijde startte Antwerpen in het najaar 2013 met het uitschrijven van proces-verbalen. Het doel is om **de lokale drugsmarkt zodanig te verstoren** dat de drugsoverlast in de stad wordt teruggedrongen en gebruikers naar de hulpverlening worden begeleid.

De aanpak van Antwerpen laat zich zeker niet zomaar toepassen op elke gemeente in Vlaanderen. Maar het is wel een korf vol goede initiatieven en praktijkvoorbeelden waar elke gemeente wel iets uit kan plukken. Zelfs de PS in Brussel heeft dat intussen ingezien en zet nu ook in op een 'war on drugs' in de hoofdstad.

3.3 Curatieve aanpak

Hoeveel we ook ontraden, er zal altijd een groep mensen zijn die hun weg vinden naar cannabis, heroïne, cocaïne, en ga zo maar door. Om hen terug op het rechte pad te helpen, moeten we ook blijven inzetten op de curatieve aanpak. De N-VA ziet daar een **grote rol weggelegd voor de eerstelijnszorg**.

Als spilfiguur in onze gezondheidszorg is **de huisarts bijzonder goed geplaatst** om bij patiënten in een zeer vroeg stadium een drugsprobleem te ontdekken. Hij zorgt voor een eerste aanpak, de zogenoemde vroeginterventie, en verwijst de patiënt zo nodig door naar andere zorgvormen.

> *“Wij willen verder blijven inzetten op het driesporenbeleid zoals dat ook in Antwerpen bestaat met een preventief, curatief én repressief beleid. Er moeten efficiëntere afspraken worden gemaakt en inzake drugsbeleid moeten er nieuwe stappen vooruit worden gezet. Het doel is duidelijk: de criminaliteit verder terugdringen en Aalst drugsvrij maken.”*
>
> ***Christophe D’Haese, burgemeester van Aalst (Het Nieuwsblad, 13/01/2016)***

Ook **apothekers** zouden systematisch deel moeten uitmaken van een behandelingsnetwerk. Ze hebben immers niet alleen een meerwaarde bij preventie, vroegdetectie en doorverwijzing, maar ook bij substitutiebehandeling, waarbij het illegale drugsgebruik wordt vervangen door een gecontroleerd gebruik van vervangmedicatie, zoals methadon.

Voor de patiënt is een bezoek aan de huisarts of de huisapotheker vaak **minder stigmatiserend en confronterend**. Ze hoeven niet aan te kloppen bij een verslavingscentrum en dus ook niet in een wachtzaal plaats te nemen tussen lotgenoten die misschien nog niet willen stoppen. Artsen en apothekers zijn ook goed verspreid over Vlaanderen, wat naburige zorg vergemakkelijkt.

Maar er is nog veel werk aan de winkel. Slechts een kwart van de Belgische huisartsen voelt zich voldoende gewapend om mensen met een drugsverslaving te helpen. De N-VA zet daarom in op **meer vorming en interdisciplinaire ondersteuning** voor de actoren van de eerstelijnszorg. Die eerstelijnszorg gaat verder dan enkel de huisartsen en de apothekers. Ook **de thuiszorg en de residentiële zorg** vallen daaronder.

Psychologische ondersteuning van de drugsverslaafde en zijn familie kan **in de thuisomgeving door klinische psychologen**. Zij onderzoeken de psychische noden van de patiënt en geven advies en begeleiding bij de medische behandeling. De Wereldgezondheidsorganisatie raadt trouwens sterk aan om dergelijke ondersteuning te bieden. Met de terugbetaling van psychologische zorg kan de beleidsmaker extra ondersteuning bieden.

Samenwerking en overleg met alle betrokken actoren en zorgverstrekkers is cruciaal. Het zal meer duidelijkheid scheppen over ieders taken en beschikbaarheid, over de financiering en ondersteuning, de eventuele vormingen of bijscholingen waaraan ze nood hebben en welk samenwerkingsverband met andere zorgvormen het best werkt.

4. Drugsgebruiker hoeft geen slachtoffer te zijn

Laten we wel duidelijk zijn: een drugsgebruiker hoeft geen slachtoffer te zijn. Een beleid dat uitgaat van het slachtofferverhaal zal eerder geneigd zijn in te zetten op schadebeperking en laat sneller de armen zakken. Een beleid dat ervan uitgaat dat verslaving een ziekte is, zal **blijven inzetten op genezing**.

Het einddoel bij de behandeling van een drugsgebruiker moet voor de N-VA altijd **een stapsgewijs bereikte drugsstop** zijn. Substitutietherapie kan, zolang dat einddoel maar behouden blijft en hoelang het bereiken ervan ook mag duren. Vervang desnoods heroïne tijdelijk door methadon, maar laat het ook **niet meer dan een overgangsfase** zijn naar een drugsvrij bestaan. Gebruikersruimten horen niet thuis in een gezond drugsbeleid.

© Thinkstock

Indien het onmogelijk blijkt voor de patiënt om het substitutiemiddel los te laten en nog voldoende mee te draaien in de maatschappij, dan moeten we erop toezien dat het gebruik ervan wordt herleid tot het minimum of het hoogst noodzakelijke.

Bij iedere gebruiker, ook als die hervalt, moeten we telkens opnieuw proberen om het drugsprobleem in de diepte op te lossen, en **niet het probleem in stand te houden**. Al zal dat bij de ene verslaafde meer tijd kosten dan bij de andere, het einddoel blijft gelijk.

5. Een verhaal van rechten en plichten

5.1 De drugsgebruiker

Ook de hulpverlening aan drugsverslaafden kadert in ons rechten-en-plichtenverhaal. Zoals iedere patiënt dat binnen de grenzen van zijn of haar mogelijkheden moet doen, zo moet ook de drugsverslaafde het beste van zichzelf blijven geven om de kans op succes te verhogen. Drugsverslaafden hebben **het recht om behandeld te worden, maar ook de plicht om aan hun behandeling mee te werken**.

Valerie Van Peel
Kamerlid
OCMW-voorzitter Kapellen

“Het recht op leefloon voor een persoon met een verslaving mede afhankelijk maken van de wil om in behandeling te gaan, is niet hard. Het is zeggen: ‘Wij geven je niet op.’ Niet meer, niet minder. Het is de plicht van een OCMW om mensen met alle middelen die ze hebben maatschappelijk te integreren.”

In de eerste plaats hebben drugsgebruikers ook zelf een rol op te nemen in het beperken van de schade die hun drugsgebruik veroorzaakt. En **dat gaat verder dan enkel een drugsstop**. Ook de impact op hun gezin, hun directe omgeving en zelfs de overheid moeten zij zoveel mogelijk zien te beperken.

“De overlast op straat is verminderd. De mensen die we betrappen op drugsbezit, verwijzen we door naar therapie-advies. Dat gebeurde in 2013 en 2014 meer dan ooit: we stuurden 2 780 gebruikers naar de therapie, tegenover 565 in 2011 en 2012. Dankzij onze inzet op het terrein kunnen we drugsgebruik beter in kaart brengen.”

Bart De Wever, burgemeester van Antwerpen (Gazet van Antwerpen, 21/09/2015)

5.2 De overheid

Gelukkig staat het individu daarin niet alleen. **De overheid ondersteunt en begeleidt** drugspatiënten via diverse initiatieven en projecten.

Zo botsen zij bij re-integratie in de maatschappij al te vaak op problemen om **een dak boven hun hoofd** te krijgen. Verhuurders zijn niet zo happig op (ex-)verslaafden. Soms kan een tijdelijke woonst dan een oplossing bieden, in afwachting dat zo'n patiënt, stapje per stapje, op weg wordt gezet naar zelfstandig wonen.

'Housing First' is een concept dat zulke tijdelijke woonvormen ter beschikking stelt. Het komt overgewaaid uit de Verenigde Staten, waar het in de jaren negentig werd uitgewerkt. In België verkeert 'Housing First' nog in een testfase. Onder meer in Antwerpen loopt er een proefproject.

5.3 De omgeving

Ook de nabije omgeving kan (potentiële) drugsgebruikers bijstaan, zowel met het oog op **preventie als bij hun re-integratie** in de maatschappij.

Zo bieden jeugdbewegingen een positief kader waarin mensen hun **sociale vaardigheden kunnen toetsen en ontwikkelen**. Hoe reageer je als leider of als groep op een lid dat drugs gebruikt, bijvoorbeeld? En wat spreek je af over het gebruik van drugs en alcohol op kamp? Overkoepelende organisaties van jeugdbewegingen zijn dan ook waardevolle partners om een preventief drugsbeleid mee uit te werken.

Alcohol- en drugspreventie **op de werkvloer** is een ander voorbeeld dat aantoont hoe de omgeving ondersteunend kan werken. In de privésector is zo'n preventiebeleid al jaren verplicht. Maar ook de Vlaamse overheid werkte reeds een alcohol- en drugsbeleid uit, waarmee zij onmiskenbaar haar voorbeeldfunctie opneemt.

5.4 Het gezin

De drugsgebruiker heeft een probleem dat zich niet beperkt tot de eigen persoon. Hij of zij heeft in de regel ook een familie, vrienden en kennissen. **Eén op de drie drugsgebruikers in behandeling heeft een kind**. Die kinderen hebben overigens een beduidend hoger risico om later zelf verslaafd te raken. Investeren in hun opvang is een vorm van preventie.

Om aan die nood tegemoet te komen, zijn al een aantal initiatieven ontwikkeld, zoals netwerkvorming met de grootouders, school, huisarts, Kind en Gezin, en zo meer. Het blijft een belangrijke investering om het kind zo efficiënt mogelijk te begeleiden naar een zo gezond mogelijke leefomgeving.

Heel wat ouders weten niet wat te doen als ze ontdekken dat hun kind, minderjarig of niet, een drugsprobleem heeft. Hoe moeten ze reageren? Is drugsgebruik zo onschuldig als soms in de media of op straat wordt beweerd? Zijn zij als ouder niet mee met hun tijd als ze drugsgebruik afkeuren? Is streng optreden hun ouderlijke plicht? Door het voeren van een gedoogbeleid voor cannabis heeft de overheid wellicht niet de beste weg gewezen.

Daarom betrek je het best ook de familie bij de behandeling van de problematische cannabisgebruiker. Maar families en naasten zijn dikwijls beschaamd om wat hen overkomt. Of ze voelen zich schuldig. Daarin schuilt de grootste opdracht, als we willen **inzetten op destigmatisering**.

6. Een transparant, doelgericht en wetenschappelijk gegrond beleid

6.1 Duidelijke wetgeving

Het is begrijpelijk dat een beleid prioriteiten stelt, maar dat **mag niet leiden tot onduidelijkheid**. De bestaande laagste vervolgingsprioriteit voor cannabis leidt bij velen tot het misverstand dat het bezit van een gebruikershoeveelheid cannabis niet strafbaar is. Hoewel iedereen geacht wordt de wet te kennen, is dat zelfs voor professionelen geen eenvoudige opdracht, als de uitvoering van die wet afhankelijk blijkt van verschillende uitvoeringsbesluiten en richtlijnen.

Bovendien zorgt het huidige vervolgingsbeleid voor ongelijkheden. Bepaalde feiten worden immers anders behandeld naargelang de plaats waar ze worden gepleegd. Zo kan iemand die betrapt wordt met vier gram cannabis op zak in het ene arrondissement wel worden vervolgd en in een ander arrondissement vrijuit gaan.

Het huidige beleid zorgt dus voor **onduidelijkheid, misverstanden en ongelijkheid**. Dat is ronduit nefast. Daarom kiest de N-VA voor een duidelijk en transparant wetgevend kader: **drugsgebruik is verboden en wordt niet getolereerd.**

6.2 Doelgerichte aanpak

Het is duidelijk dat de verslavingszorg, als deel van de **geestelijke gezondheidszorg**, aan hervorming toe is. Overleg met het middenveld en de kernactoren is noodzakelijk om te bepalen volgens welk 'zorgprogramma' zal worden gewerkt. Zo'n programma bestaat uit modules, aan elkaar geschakeld volgens de reële behoeften van de patiënt. Zo kom je tot **een vraag- en niet een aanbodgestuurde zorg**.

> *“Nogal wat hulpverleners weten zich onvoldoende gewapend om op een adequate manier met problematische druggebruikers aan de slag te gaan. Toch moeten we ook en vooral binnen de verslavingszorg resoluut kiezen voor herstelzorg, waarbij cliënten ervaren dat zij zélf keuzes hebben en dus verantwoordelijkheid kunnen (en moeten) nemen.”*
>
> *Senator Pol Van Den Driessche en Vlaams volksvertegenwoordiger Björn Anseeuw (Krant van West-Vlaanderen, 10/02/2016)*

Het nieuwe landschap van de verslavingszorg zal de bestaande initiatieven, waar nodig, opnemen in de **bredere geestelijke gezondheidszorg**. Tegelijk zal het voldoende ruimte laten voor innoverende projecten en bestendigen wat goede resultaten oplevert. Sociaal ondernemerschap moet je tenslotte koesteren.

Vandaag bestaan reeds **twee speciale centra voor patiënten met dubbeldiagnose**. Bij dubbeldiagnose gaat verslaving hand in hand met psychosen. Het is een groeiend probleem, onder meer door het toenemende gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte. De verwachtingen zijn dat die twee centra straks niet langer zullen volstaan om de golf van psychosen als gevolg van cannabisgebruik op te vangen. Wel kunnen we de daar opgebouwde expertise aanwenden om die patiënten op te vangen in de andere vormen van geestelijke gezondheidszorg.

De N-VA pleit daarom voor een grondige hervorming, niet enkel van de verslavingszorg maar van de geestelijke gezondheidszorg in haar geheel. Op dit moment wordt er nog **te fragmentarisch** gewerkt, waardoor nog te veel mensen tussen de mazen van het net vallen. Bovendien zijn de zorginstellingen en de bijhorende budgetten niet evenwichtig verspreid over Vlaanderen.

6.3 Wetenschappelijk gegrond beleid

Overheidsgelden moeten goed worden besteed. Maar hoe weet je of dat het geval is? Het effect van een actie, een project, een beleid moet je kunnen meten, anders ga je louter af op een gevoel van slagen of falen. **Meten doe je met vooraf vastgestelde indicatoren.** Zo kan je bijvoorbeeld bekijken hoeveel drugsverslaafden via een spuitenruilpunt naar een verdere zorgvorm worden doorverwezen en uiteindelijk afkicken. Of je kan analyseren welke ondersteunende maatregelen bij substitutietherapie het meest effect sorteren.

Monitoring van gegevens laat toe je beleid bij te sturen en aan te passen waar nodig. Door meer en gedetailleerde informatie te verzamelen en te delen met andere Europese landen, kunnen we het beleid systematisch bijsturen en optimaliseren. Maar België hoort niet bij de goede leerlingen in Europa. **Specifieke monitoring voor drugs en drugsverslaving** gebeurt niet systematisch voor ons land, maar al naargelang de diverse Gemeenschappen prioriteit eraan toekennen. België is ook één van de weinige Europese landen die niet alle drugs registreren, maar het bij een beperkte selectie houden. Bovendien blijken de Belgische gegevens moeilijk in te passen in het Europese systeem.

In samenspraak met de sector en met de brede verscheidenheid aan betrokken zorgverstrekkers, moeten we verder inzetten op **de registratie en analyse van zinvolle gegevens** door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Op basis daarvan kan het beleid dan worden bijgestuurd en verbeterd waar nodig.

7. Een moderner gevangenisconcept

Onze gevangenissen zijn een broeihaard voor verslaving. Wie zonder verslaving binnengaat, **dreigt met een drugsverslaving weer buiten te komen**. De erbarmelijke leefomstandigheden in de meeste gevangenissen liggen voor een groot deel aan de basis van dat probleem. Er wordt al snel een oogje dichtgeknepen voor drugsgebruik binnen de gevangenismuren, want zo blijven de gevangenen rustig.

De N-VA wil ook hier het bestaande gedoogbeleid een halt toeroepen. Er moet **meer controle komen op drugs binnen de gevangenismuren**. Dat betekent meer 'swipings', maar ook meer differentiatie tussen gevangenen. Door drugsverslaafden apart te nemen, hen van hun verslaving af te helpen en vooral te resocialiseren, wordt het probleem grondig aangepakt in plaats van met het zoveelste lapmiddel.

Die resocialisatie mag echter niet stoppen aan de gevangenispoort. Ook na het verblijf in de gevangenis moet die worden meegenomen in **het re-integratietraject**.

De N-VA kiest hiermee voor een moderner gevangenisconcept, waarbij drugsverslaafden ook in de gevangenis niet zomaar aan hun lot worden overgelaten. De drugsverslaving aanpakken betekent in vele gevallen **ook de criminaliteit aanpakken.**

Drugsactieplan

1 Drugsgebruik wordt niet getolereerd. Een gedoogbeleid staat haaks op ontrading en verhindert een daadkrachtige aanpak. Daarom kiest de N-VA voor een duidelijk en transparant wetgevend kader: **drugsgebruik is verboden.**

2 Drugsgebruikers hebben het recht om geholpen te worden, maar ook de plicht om aan hun behandeling mee te werken. Wij zien de drugsgebruiker daarom **niet als een slachtoffer maar als een patiënt:** iemand die op weg moet worden geholpen naar een drugsvrij bestaan.

3 Substitutietherapie kan, maar is in principe **slechts een overgangsfase.** Gebruikersruimten horen daarentegen niet thuis in een gezond drugsbeleid.

4 Het gaat niet enkel om de drugsgebruiker zelf, ook zijn **familie en directe omgeving** moeten voldoende ondersteuning krijgen.

5 Geef **Vlaanderen alle instrumenten, bevoegdheden en middelen** om een efficiënt en effectief drugsbeleid te voeren, zonder daarbij de ruimte voor lokale besturen in te perken.

6 Maak keuzes en stel prioriteiten. In plaats van in alles een beetje te investeren, moeten we **de beschikbare middelen gericht leren inzetten.**

→ Dat betekent dat we meer budget moeten vrijmaken voor **preventie en repressie**, in plaats van alles in te zetten op de curatieve aanpak. Hoe meer mensen we kunnen ontraden om drugs te gebruiken, des te minder middelen we moeten uitgeven aan de behandeling van drugsgebruikers.

- Dat betekent ook dat je enkel investeert in **wat effectief werkt.** Het testen van drugs kadert niet in een preventiebeleid. Daaraan moeten we dan ook geen middelen besteden.

- Dat vereist bovendien **bijzondere aandacht voor minderjarigen.** Het overgrote deel van de experimenten met drugs gebeurt immers door jongeren tussen 12 en 18 jaar. De nodige sociale vaardigheden om neen te zeggen aan allerlei prikkels kan je echter al van kindsbeen af aanleren.

7 De Antwerpse 'war on drugs' toont dat **een kordaat drugsbeleid**, waarbij alle actoren op het veld samenwerken, zijn vruchten afwerpt.

8 In de curatieve aanpak is een bijzondere rol weggelegd voor de **eerstelijnszorg:** huisartsen, apothekers, psychologen, maar ook de residentiële zorg en de thuiszorg.

9 De geestelijke gezondheidszorg, en de verslavingszorg als onderdeel daarvan, is aan **hervorming** toe.

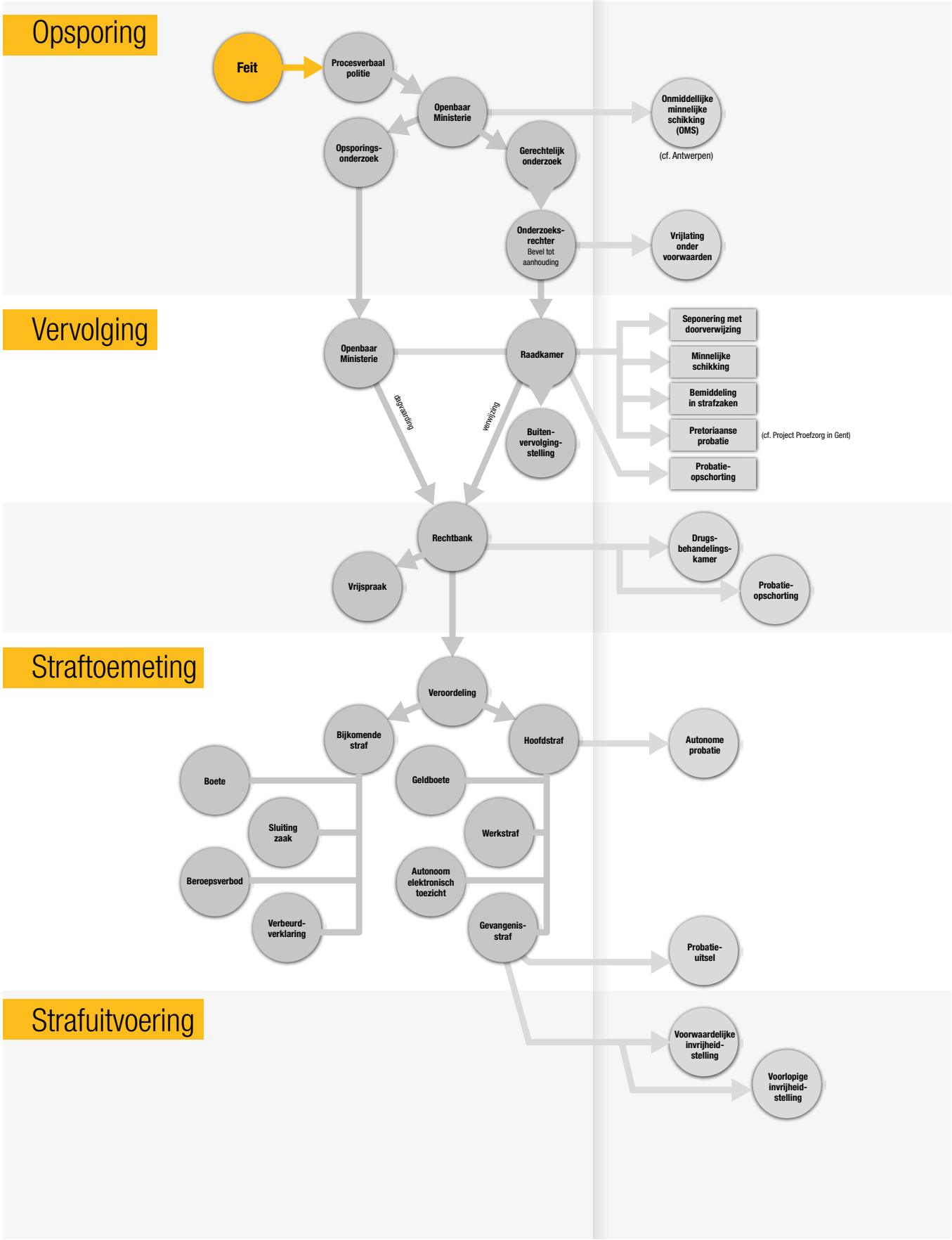
10 Het gedoogbeleid in gevangenissen moet stoppen. Meer **controle binnen de gevangenismuren** is noodzakelijk en resocialisatie en re-integratie mogen niet stoppen aan de gevangenispoort. De drugsverslaving aanpakken betekent in veel gevallen ook de criminaliteit aanpakken.

“Legaliseren van het bezit van een kleine hoeveelheid cannabis is onder de huidige internationale regelgeving zelfs niet mogelijk.”

Martine, juriste

Strafprocedure

Doorverwijzing naar hulpverlening



Voorkomen is beter dan genezen

© Anne Deknock

Drugsmisdaden blijven veelal verborgen. Het zijn vaak immers 'slachtofferloze' delicten: niemand doet aangifte. Bovendien zorgt het sociale en psychologische leed voor een taboe rond de verslavingsproblematiek.

Ouders, buurtbewoners, hulpverleners en politiemensen kennen de ellende echter al te goed. Psychoses, verloedering, huiselijk geweld, dealen, diefstallen en inbraken, ... Het wordt tijd om er paal en perk aan te stellen.

Door strenger op te treden, inderdaad. Maar repressie alleen is geen oplossing. Zonder een gecoördineerde benadering zullen zwarte markten floreren, verdwijnen verslaafden naar de marge van de samenleving en verschuift de overlast. Het preventieve en het curatieve luik zijn zeker zo belangrijk als het repressieve luik.

De N-VA wil een integrale aanpak. De grote drugscriminaliteit nemen we keihard onder handen. Dealers, verslaafden en kleine criminelen verdwijnen niet zolang de georganiseerde misdaad vrij spel heeft. Politie moet de overlast gericht opvangen, terwijl verslaafden hun eigen leven weer in handen moeten nemen.

We moeten realistisch zijn: drugs zullen nooit volledig verdwijnen. Maar we kunnen voorkomen dat mensen naar dergelijke middelen grijpen. Door bewustmaking op zeer jonge leeftijd, door buurtversterking en therapie.

In deze brochure vindt u de N-VA-visie op het drugsbeleid. Een beleid van rechten en plichten, van vrijheid en verantwoordelijkheid. Streng maar rechtvaardig, en kordaat waar nodig. Zoals u de N-VA kent.

Bart De Wever
Algemeen voorzitter N-VA

V.U.: Piet De Zaeger, Koningsstraat 47 bus 6, 1000 Brussel

Februari 2016

DENKEN.DURVEN.DOEN.

Koningsstraat 47 bus 6, 1000 Brussel
Tel. 02 219 49 30 – info@n-va.be – www.n-va.be

FSC www.fsc.org MIX Papier van verantwoorde herkomst FSC® C012789