
Uitwerken van een methodiek voor de evaluatie van het drugbeleid in België, in de sector gezondheid

**Haalbaarheidsproject in opdracht van
het Federaal Wetenschapsbeleid**

Eindverslag

Oktober, 2004

INHOUDSTAFEL

I. ALGEMENE OPZET VAN HET ONDERZOEK	3
1. Inleiding	3
2. Medewerkers	3
3. Doelstelling	3
4. Methodologie	3
5. Afbakening van het onderzoek	4
6. Voorafgaande opmerkingen	5
6.1. De vraag naar heldere, nauwkeurig omschreven doelstellingen	5
6.2. Het ontbreken van bruikbare en vergelijkbare data	5
6.3. Het ontbreken van relevante literatuur	6
II. THEORETISCH KADER	7
1. (Beleids)evaluatie: definiëring en nut	7
2. Evaluatie van de effectiviteit van drugstrategieën in de Europese Unie	8
3. De Belgische 'Beleidsnota in verband met de drugproblematiek' (2001)	8
3. Definiëring van 'criterium', 'indicator' en 'structuur-, proces- en effectevaluatie'	10
3.1. Criterium	10
3.2. Indicator	10
3.3. Structuur-, proces- en effectevaluatie	11
III BESPREKING VAN DE CRITERIA EN INDICATOREN	12
1. Het creëren van de randvoorwaarden	12
1.1. De mate van coördinatie	12
1.2. De beleidsorganisatie: gecentraliseerd vs. regionaal beleid	14
1.3. Budgetverdeling	15
1.4. Budget per inwoner	18
1.5. Continuïteit in de budgettering	19
1.6. Budgettaire ruimte voor onderzoek en (permanente) evaluatie	19
2. De gerichtheid naar de doelgroepen	20
2.1. Aantal en types van preventie-activiteiten	20
2.2. Aantal en types van hulpverleningsprogramma's	21
2.3. De kwaliteit van het 'early warning systeem' (EWS)	23
3. Individuele programma's	23
3.1. Mate waarin acties/ programma's gebaseerd zijn op evidentie	23
3.2. Mate waarin acties/ programma's gebaseerd zijn op kosten-effectiviteit	24
4. Uitkomstindicatoren	25
IV CONCLUSIES	27

I. ALGEMENE OPZET VAN HET ONDERZOEK

1. Inleiding

Aan welke criteria moet het 'luik gezondheid' van het Belgische drugbeleid (minimaal) voldoen om bij te dragen tot een 'kwaliteitsvolle' en effectieve aanpak van het gezondheidsprobleem dat illegale drugs in de samenleving veroorzaakt? Welke implicaties heeft dit voor de evaluatie van het 'luik gezondheid' van het Belgische drugbeleid? Dit onderzoek zet een eerste stap in de richting van een formulering van een antwoord op deze complexe vragen aan de hand van de beoordeling (in termen van relevantie, bruikbaarheid en meetbaarheid) van een aantal indicatoren die (mogelijk) bruikbaar zijn om de kwaliteit van het Belgische drugbeleid (beleidsdomein gezondheid) te evalueren.

2. Medewerkers

- N. Vanoverbeke (HEDM) (uitvoering fase 1)
- D. Pollet (AAP, Ugent) (uitvoering fase 2)
- L. Annemans (ZAP, Ugent) (coördinatie)

3. Doelstelling

Zoals vermeld in de inleiding heeft dit project als doel het uitwerken van een methodiek die toelaat het drugbeleid in België (enkel op het domein gezondheidszorg) op een wetenschappelijke en objectieve wijze te kunnen evalueren aan de hand van een aantal criteria en indicatoren.

Uit het onderzoek (zie ook verder) bleek dat de wetenschappelijke evidentie voor het bepalen van een dergelijke methodiek zeer schaars is. Er is een uitgebreide wetenschappelijke evidentie ivm de werking van individuele programma's ter preventie en behandeling van drugsproblematiek, maar niet inzake het globale beleid.

We kunnen hier Solano (2002) citeren, die stelt: "what is apparent is that the evaluation and the available evidence regarding drug policies entail substantial complexity and do not readily present unequivocal positions."

Daarom werd tijdens de uitvoering van dit project beslist om de finaliteit ervan te herzien in het voorbereiden van een beleidsondersteunend document, met als doel het uitwerken van een "blauwdruk" voor de evaluatie van het Belgische drugbeleid, luik gezondheid.

4. Methodologie

Mogelijk relevante criteria en indicatoren die toelaten het drugbeleid te evalueren, werden getoetst aan de hand van relevante literatuur, recent verzameld onderzoeksmateriaal en interviews met experts.

Volgende zoektermen werden gebruikt bij het literatuuronderzoek: [(illegale) drugs, drug(s)beleid, drug(s)gebruik, drug(s)misbruik, middelenmisbruik] in combinatie met [evaluatie, gezondheidsbeleid, evaluatieonderzoek, E(uropese) U(nie), structuurevaluatie, procesevaluatie, effectevaluatie, beleidsevaluatie, effectiviteit, flexibiliteit, indicatoren,

criteria, evaluatie-instrumenten, coördinatie, kosten-effectiviteit, budgettering, budgetverdeling, overheidsuitgaven, beleidsorganisatie, drug(s)plan, drug(s)strategie, actieplan, beleidsnota, sociale kost(en) (analyse), straatprijs, zorgaanbod, preventie, hulpverlening, verslavingszorg, zorgcircuit, netwerk(vorming), behoefteonderzoek, zorgcontinuïteit, zorgfuncties, (zorg)modules, toegankelijkheid, laagdrempeligheid] In de Engelstalige bronnen werd gezocht op (illicit) drugs, substance abuse (treatment), in combinatie met (drug) policy (evaluation), health policy (evaluation), cost-effectiveness, evaluation (framework), (evaluation) indicators, program(me) (evaluation), outcome(s) (evaluation), policy level, program(me) level, patient level, structure (evaluation), process (evaluation), supply reduction, demand reduction, harm reduction, prevention, coordination, social cost, evidence-based(-practice), monitoring, training, EWS, evaluation tools, instruments, quality assessment, quality assurance, standards, quality of care.

In een eerste fase werd de nadruk gelegd op het bekomen van een overzicht van het drugsbeleid in verschillende EU landen. Hoewel dit uiteraard van belang was voor de onderzoeker in kwestie is deze informatie niet relevant voor dit rapport. Ook werd veel aandacht besteed aan de budgettaire aspecten van het drugsbeleid in verschillende landen (o.a. uitgaven per capita, uitgaven in % van BBP, etc...). Hoewel dergelijke cijfers, verzameld door de EMCDDA, nuttig kunnen zijn in een Internationale vergelijking, moet men waakzaam zijn ten aanzien van de wijze waarop deze cijfers verzameld worden en de onzekerheid die eraan gepaard gaat. Na deze eerste fase werd een mogelijke lijst van criteria en indicatoren opgesteld waaraan een drugsbeleid eventueel zou kunnen getoetst worden.

In een tweede fase werd de literatuur verder uitgediept om argumenten voor of tegen het toepassen van elk van die criteria te vinden.

Ook werden hier experts ingeschakeld aan wie gevraagd werd deze criteria te beoordelen. Het hanteren van expertinterviews is uiteraard niet de meest robuuste methode van onderzoek. Nochtans waren wij genoodzaakt deze methode te hanteren, gezien het gebrek aan relevante literatuur terzake (zie verder). Ook eerdere beleidsevaluaties (zie o.a. RAND, 2002) hanteerden deze methode. De volgende experts hebben input geleverd in verband met (een aantal van) de in dit onderzoek besproken criteria en indicatoren:

- Pierre Kopp (Frankrijk)
- Christine Godfrey (UK)
- Juan Tecco (België)
- Brice De Ruyver en Freya Vander Laenen (België)

Daarnaast konden we ook een beroep doen op de relevante input van een aantal leden van het begeleidingscomité dat voor deze studie werd aangesteld.

5. Afbakening van het onderzoek

Het luik 'gezondheid' is moeilijk af te bakenen en is, in het kader van dit onderzoek, **niet volledig isoleerbaar** of te scheiden van andere beleidsdomeinen van het drugbeleid, zoals bijvoorbeeld het sociaal en economisch beleid, en het juridisch beleid. De verschillende reacties op het drugfenomeen vanuit de verschillende deeldomeinen kunnen niet los van elkaar gezien worden en zijn complementair van aard. Dit kan zo ver gaan dat veiligheidsoverwegingen de aanzet geven tot het aanpassen van het gezondheidsbeleid. (Drugbeleid 2000: Inleiding workshop 19/02/2003, De Sleutel)

Er is m.a.w. sprake van een interactie tussen de verschillende deeldomeinen van het drugbeleid. In deze studie werd hiermee rekening gehouden. Dit uit zich in de aard van de gekozen indicatoren, die het domein 'gezondheid' dan ook in sommige gevallen overstijgen, en in de keuze van de experts, waarbij niet alleen voor experts in de sector "gezondheid" werd gekozen.

Toch kan gesteld worden dat dit onderzoek zich voornamelijk toespitst op reductie in de "vraagzijde" (vooral preventie en hulpverlening) en niet op reductie van de "aanbodzijde" (via veiligheidsmaatregelen, repressie).

Voorts ligt de focus in dit onderzoek op illegale drugs, met andere woorden, op de problematiek van het gedeveerd of ongepast gebruik van legale geneesmiddelen wordt niet ingegaan.

6. Voorafgaande opmerkingen

6.1. De vraag naar heldere, nauwkeurig omschreven doelstellingen

Het actieplan van de Europese Unie inzake de drugbestrijding (2000-2004) stelt dat de lidstaten in hun actieplannen "heldere en nauwkeurig omschreven doelstellingen" moeten opnemen (EWDD, 2004).

De eerste vraag die men zich normaliter stelt wanneer men een beleid wenst te evalueren is: "Wat dient er geëvalueerd te worden?". Wil men bijvoorbeeld de *effectiviteit* van het Belgische drugbeleid nagaan via een effectevaluatie, dan dienen in de eerste plaats kwantitatieve doelstellingen van het Belgische drugbeleid (wat is het beoogde effect) gekend te zijn. Een effectevaluatie van een beleid vereist dus de aanwezigheid van duidelijk geformuleerde, concrete en meetbare doelstellingen. In de 'Beleidsnota in verband met de drugproblematiek' (2001) zijn volgende doelstellingen opgenomen:

- (1) minder verslaafden;
- (2) minder fysieke en psycho-sociale schade;
- (3) minder maatschappelijke overlast

Men zou hier kritisch kunnen opmerken dat deze doelstellingen niet gekwantificeerd zijn. Maar, zelfs indien de doelstellingen kwantitatief zouden uitgedrukt kunnen worden, dan nog is het niet mogelijk om nadien na te gaan of het al dan niet realiseren van deze "effectdoelstellingen" te wijten is aan het beleid of aan andere omstandigheden die buiten het drugsbeleid om een rol spelen (o.a. de sociaal-economische toestand). Bijgevolg kan men zich zelfs de vraag stellen of het formuleren van kwantitatieve doelstellingen echt zin heeft. We komen hier later op terug.

6.2. Het ontbreken van bruikbare en vergelijkbare data

Om zicht te krijgen op de aard en de omvang van het druggebruik in België in het algemeen, en het problematisch druggebruik in het bijzonder, is er in de eerste plaats nood aan betrouwbare en vergelijkbare gegevens (Leurquin et al., 2000). Volgens Leurquin et al zijn in België (anno 2000 weliswaar) betrouwbare en vergelijkbare gegevens niet in voldoende mate voorhanden.

België beschikt bijvoorbeeld, net zoals vele andere Europese landen, niet over voldoende gegevens i.v.m. problematisch druggebruik. Dit heeft o.a. te maken met de illegale en verdoken aard van het druggebruik. Meer specifiek kan gesteld worden dat er wel een veelheid van gegevens bestaat, maar dat deze slechts fragmentarisch zijn en moeilijk samengebracht kunnen worden om tot een globaal beeld te komen. Als antwoord op de vraag wat de aard en de omvang van het problematisch

druggebruik in België en/of in bepaalde regio's is, kan men slechts algemene tendenzen aangeven (De Ruyver, 2001). Ook is het zo, dat gezien de aard van de problematiek die hier bestudeerd wordt, de kwaliteit van cijfermateriaal wellicht nooit perfect zal zijn. Denken we hierbij bijvoorbeeld aan het klassieke probleem met surveys, waarin de “drop-outs” (die verslaafden en problematische gebruikers die uit het vallen) niet betrokken worden, en waarin dus een vertekend beeld wordt verschaft (Heyman en Brownsberger, 2001).

De beschikbaarheid en de kwaliteit van basiscijfermateriaal is ook afhankelijk van registratiesystemen die diensten en instellingen hanteren. In deze context valt het volgens De Ruyver et al te betreuren dat er in België tot op heden geen uniforme en vergelijkbare registratiesystemen gehanteerd worden door de verschillende diensten (De Ruyver et al., 2004).

Recent is er wel een zeer belangrijke inspanning gedaan om een overzicht te krijgen van de uitgaven van het Belgische drugsbeleid (De Ruyver et al, 2004). Verder in dit rapport komen we op deze studie terug.

De beschikbaarheid van cijfers is voor ons onderzoek van belang gezien een aantal van de in dit onderzoek opgenomen indicatoren ter evaluatie van het beleid immers pas operationeel kunnen zijn in geval van de beschikbaarheid van kwaliteitsvol (epidemiologisch) cijfermateriaal.

6.3. Het ontbreken van relevante literatuur

In het licht van het Actieplan Drugs van de Europese Unie (2000-2004) dat het belang van evaluaties benadrukt om een betere aanpak van het drugprobleem te verwezenlijken, is het belangrijk een evaluatiecultuur in België uit te bouwen.

De parlementaire werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek concludeerde in 1997 reeds dat een geregelde evaluatie van doorgevoerde maatregelen noodzakelijk is. De vaststelling is echter dat er in België nog steeds geen evaluatiecultuur van groot belang aanwezig is, ondanks het groeiend besef dat beleid regelmatig dient te worden geëvalueerd, teneinde het aan te passen aan diverse sociale en maatschappelijke ontwikkelingen (De Ruyver et al., 2004).

In het buitenland werd reeds onderzoek inzake beleidsevaluatie verricht. Doch daar ligt de focus meestal op de evaluatie van één parameter van het gevoerde beleid of wordt meestal slechts één aspect van het drugbeleid onderzocht (bijvoorbeeld de outcome-evaluatie van behandelingsprogramma's voor problematische druggebruikers). Bovendien beperken de evaluaties in de literatuur zich veelal tot effectevaluaties van concrete activiteiten en is er weinig aandacht voor structuur- en procesevaluaties.

Het gevolg van dit alles is dat er **weinig relevante wetenschappelijke literatuur** te vinden is over de evaluatie van een drugbeleid in haar **totaliteit** of over de evaluatie van een volledig beleidsdomein ervan.

II. THEORETISCH KADER

1. (Beleids)evaluatie: definiëring en nut

Het ontbreekt vandaag aan consensus binnen de evaluatiegemeenschap en binnen de literatuur inzake de concrete omschrijving van het begrip beleidsevaluatie. De volgende definities zijn slechts enkele van de vele mogelijke omschrijvingen van de begrippen 'evaluatie' en 'beleidsevaluatie':

“Evaluatie is het oordeel over het nut van een beleidsmaatregel op basis van expliciete criteria en normen. Dit oordeel heeft voornamelijk betrekking op de behoeften waaraan de maatregel moet beantwoorden en op de effecten die hij teweegbrengt.” (MEANS, 1999)

"Beleidsevaluatie kan worden gedefinieerd als het beoordelen op geregelde tijdstippen van de inhoud, het proces en de effecten van het gevoerde beleid" (Hoogerwerf, 1998).

Met behulp van een evaluatie kan een gemotiveerd en solide oordeel over de effecten van publieke actie worden gegeven. Hierdoor is het makkelijker om behoeften vast te stellen, beleidsmaatregelen te selecteren, plannen in te voeren en resources doelmatiger toe te wijzen. Bovendien kan aan de hand van een evaluatie worden voorkomen dat men soms te hoge verwachtingen heeft van bepaalde maatregelen bij gebrek aan een gedegen kennis van de effecten ervan.

Evaluatie wordt in Europa steeds meer geaccepteerd als noodzakelijke voorwaarde voor actie, althans in verklaringen en voornemens. Sedert enkele jaren heeft de evaluatie van verschillende beleidsmaatregelen (op het gebied van preventie, behandeling, enz.) en programma's zich duidelijk ontwikkeld. Hoewel er nog heel wat werk te verzetten is, bestaat er nu een groeiend aanbod aan literatuur met wetenschappelijk documentatiemateriaal over het slagen en falen van bepaalde maatregelen en programma's. Dit in tegenstelling tot de literatuur over het slagen en falen van een **geheel** beleid of een geheel beleidsdomein (zie ook eerder).

Er moet dus een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen evaluatie van programma's enerzijds, en de evaluatie van een beleid in haar totaliteit anderzijds.

In vele strategieën en plannen van de lidstaten van de Europese Unie (EU) wordt bepaald dat de evaluatie van de uitvoering van beleidsmaatregelen, de effecten ervan (de doeltreffendheid) en de daaraan verbonden kosten (de doelmatigheid) prioriteit is. Enkele lidstaten hebben dan ook expliciet uitgebreide programma's voor evaluatie van het ingevoerd beleid gelanceerd aan de hand waarvan vaak voor het eerst rekenschap wordt afgelegd aan de burgers over wat de overheid onderneemt, op welke wijze en met welke resultaten. Bijgevolg kunnen met behulp van deze programma's niet alleen de doeltreffendheid en het rendement van het overheidshandelen worden verbeterd, maar wordt hiermee ook recht gedaan aan de in moderne democratieën door de samenleving al zo lang en terecht gewenste transparantie (EWDD, 2004).

RAND Europe (2002) bestudeerde het nieuwe Portugese drugsbeleid (2001) en stelde de volgende vragen inzake evaluatie:

- *“What do we want to evaluate? The object of evaluation determines the method of evaluation and the type of data needed.*
- *When do we want to evaluate? An implementation process could and probably should be evaluated within the first year or two of implementation, in order to enable policy makers to adjust the policy. But the effects of a policy are felt later.*

- *How do we want to evaluate? The object of evaluation determines the methodology needed to usefully assess its effectiveness.*
- *Who should conduct the evaluation?*
- *How much money do we want to spend on it?"*

In onze aanbevelingen (zie verder) zullen wij op deze vragen verder ingaan.

2. Evaluatie van de effectiviteit van drugstrategieën in de Europese Unie

Hoewel alle lidstaten van de EU op dit moment over meer of minder gedefinieerde drugstrategieën beschikken, is de evaluatie van het drugsbeleid nog geen gemeengoed. Zoals eerder werd gesteld, is er wel vooruitgang geboekt bij de evaluatie van specifieke programma's of activiteiten (meestal bij het terugdringen van de vraag), maar de ontwikkeling van instrumenten voor evaluaties van de nationale strategieën **als geheel** staat in Europa nog in de kinderschoenen.

Desondanks is er sprake van een aantal veelbelovende voorbeelden onder de nieuw vastgestelde strategieën. In de nationale drugplannen die in 2001 in Ierland en Portugal zijn aangenomen, is ook de oprichting van evaluatiemechanismen vastgelegd om de totale resultaten van de plannen te beoordelen. (zie national strategies, EMCDDA country profiles)

In Finland maakt een evaluatie deel uit van het actieplan 2001-2003. Die evaluatie is gericht op de effectiviteit van het plan als geheel, inclusief de behandelingsmaatregelen en acties met betrekking tot drugsbeperking.

In Frankrijk heeft het 'Observatoire français des drogues et toxicomanies' (OFDT) een mandaat gekregen van de 'Mission interministérielle lutte contre la drogue et la toxicomanie' (MILDT) om de effectiviteit te beoordelen van de belangrijkste aspecten van het Franse drugplan 1999-2001. (

Evaluatie heeft hoge prioriteit in Nederland, niet alleen met betrekking tot programma's voor het terugdringen van de vraag maar ook met betrekking tot andere beleidsaspecten (bv. beleid inzake coffeeshops, wijzigingen in de AHOJ-G-criteria, enz). Uitgebreid monitoren op het gebied van druggebruik en volksgezondheid - en de ontwikkeling van daarmee verband houdende activiteiten in de rechtshandhaving en het strafrecht - draagt ook bij tot de evaluatie van een beleid.

In andere nationale drugstrategieën werd de aanzet gegeven om evaluaties uit te voeren als instrument om *individuele* activiteiten te meten, zoals behandelingsmethoden of preventietechnieken. Een voorbeeld hiervan is de Belgische 'Beleidsnota in verband met de drugproblematiek' (2001), waarin evaluaties van behandelingsmethoden, van de zorgcircuits en van preventietechnieken noodzakelijk worden geacht (EWDD, 2002).

3. De Belgische 'Beleidsnota in verband met de drugproblematiek' (2001)

Met de 'Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek' werden voor het eerst de krijtlijnen uitgezet van een geïntegreerde en globale benadering van de drugproblematiek.

Omdat ons onderzoek zich toespitst op sector gezondheid en omdat veel van de in dit onderzoek besproken indicatoren gebaseerd zijn en verband houden met de inhoud van de beleidsnota, worden hieronder de **m.b.t. preventie en hulpverlening belangrijkste punten** uit de nota samengevat.

Drugmisbruik wordt in de nota erkend als een volksgezondheidsprobleem, waarvoor een normaliseringsbeleid uitgewerkt wordt, gericht op rationele risicobeheersing.

De voornaamste doelstellingen van het beleid zijn:

- het verminderen van het aantal afhankelijke druggebruikers;
- het verminderen van de fysieke en psychosociale schade als gevolg van druggebruik;
- het verminderen van de negatieve gevolgen van het drugfenomeen voor de samenleving (bvb. overlast).

Verskillende strategieën worden gehanteerd om deze doelstellingen te realiseren: preventie; zorgverlening, risicobeperking en reïntegratie van problematische gebruikers; repressie van producenten en handelaars.

De federale regering plaatst **preventie** centraal en erkent de bevoegdheden van de Gemeenschappen op dit gebied. De federale regering ondersteunt gehanteerde werkwijzen zoals globale aanpak, werking via intermediaire organisaties, aandacht voor de scholen, enz. Preventietrainingen moeten structureel ingebouwd worden bij de opleiding van de leerkrachten en en er dient ruimte vrijgemaakt te worden in het onderwijspakket voor het aanleren van 'leefvaardigheden'.

Speciale aandacht moet gaan naar jongeren om te vermijden dat men op steeds jongere leeftijd in contact komt met legale en illegale drugs en om hen op een verantwoorde manier te leren omgaan met deze producten. Drugpreventie voor jongeren moet, volgens de federale regering, starten in de lagere school en doorlopen tot in het hoger onderwijs.

De bestaande preventie-initiatieven op de verschillende niveaus worden verder uitgebouwd en waar nodig op elkaar afgestemd. De preventie-initiatieven dienen tevens **wetenschappelijk onderbouwd** en geëvalueerd te worden.

Naast primaire preventie, gericht tot een breed publiek of potentiële gebruik(st)ers, moeten de secundaire en de tertiaire preventie, gericht op vroegdetectie van problemen bij gebruik(st)ers en op schadebeperking bij regelmatige gebruik(st)ers, beter worden uitgebouwd. De gemeenten dienen daarom gestimuleerd te worden om een lokaal beleid uit te werken waarbij samengewerkt wordt tussen onderwijsinstellingen, gezondheidszorg, sociale hulpverlening, justitie, vrijetijdsorganisaties, werkgevers en vakbonden.

De **expertise** rond middelenproblemen in de basisopleiding van alle **gezondheidswerkers** (verplegend personeel, artsen, maatschappelijk werk, enz.) moet uitgebreid worden.

Voorts wordt gesteld dat probleemgebruikers moeten kunnen terugvallen op een brede waaier van **voorzieningen** gaande van laagdrempelige schadebeperkende initiatieven tot en met hoogdrempelige drugvrije therapeutische programma's. Tevens wordt in de nota aangegeven welke kenmerken de hulpverlening aan deze doelgroep dienen te karakteriseren:

- aansluiting en coördinatie;
- zorg op maat;
- efficiënte en effectieve hulp;
- vrijwilligheid van de hulpzoekende;
- gerichtheid op jongeren;
- samenwerking met justitie en andere belendende sectoren;
- harm reduction-initiatieven om de negatieve gevolgen van excessief druggebruik te beperken.

Daarnaast wordt vermeld hoe de drughulpverlening verder geprofessionaliseerd kan worden:

- uniforme registratie;
- kwaliteitsbewaking;

- aanpassen van het zorgaanbod aan de vraag;
- éénvormige diagnostiek en indicatiestelling;
- wetenschappelijk onderbouwde ('evidence based') behandelingstechnieken.

Binnen het domein 'zorgverlening, risicobeperking en reïntegratie' worden de organisatie van het zorgaanbod onder de vorm van zorgcircuits en de implementatie van 'case management' (dit is individuele begeleiding en opvolging) als belangrijke actiepunten naar voren geschoven. Het uitbouwen van een **zorgcircuit** wordt gezien als een manier om de drughulpverlening te optimaliseren. De Lokale Coördinatiegroepen Drugs (LCD) krijgen een belangrijke rol toegemeten bij de uitbouw van deze zorgcircuits (Federale Regering, 2001).

De bovenstaande opsomming van kenmerken en voorwaarden voor professionalisering gaan reeds sterk in de richting van wat men 'criteria voor het beoordelen van een drugbeleid' zou kunnen noemen. **Een belangrijk probleem is echter dat de uitvoering van bepaalde aspecten van deze beleidsnota op zich laat wachten.** Een evaluatie van het beleid zal zich niet enkel richten op bepalingen in beleidsnota's maar moet zich ook en vooral concentreren op het meten van wat er in werkelijkheid is uitgevoerd. We komen hierop verder terug.

3. Definiëring van 'criterium', 'indicator' en 'structuur-, proces- en effectevaluatie'

In dit onderzoek was het de bedoeling om de relevantie, bruikbaarheid en meetbaarheid van een aantal indicatoren, die (mogelijk) gehanteerd kunnen worden om de kwaliteit van het Belgische drugbeleid (luik gezondheid) te evalueren, nagegaan. Dit met als doel instrumenten aan te reiken voor een structuur-, proces- en (eventueel) effectevaluatie van het beleid.

Hieronder worden de concepten 'criterium', 'indicator' en 'structuur-, proces- en effectevaluatie' gedefinieerd en verduidelijkt.

3.1. Criterium

Een criterium is een duidelijk omschreven, meetbaar element, met directe relevantie naar de kwaliteit van het betrokken onderwerp en zo gedefinieerd dat we kunnen zeggen of het aanwezig is of niet. Een criterium bepaalt meestal de waarde en de voorwaarden waaraan een indicator dient te voldoen (EMCDDA, 1998).

Een voorbeeld. 'Evidence-based-practice' is, net zoals ook 'coördinatie' bijvoorbeeld, een criterium waaraan een kwaliteitsvol beleid zou moeten voldoen. Het is een duidelijk omschreven en meetbaar element, waardoor men, al dan niet aan de hand van indicatoren, kan nagaan of het aanwezig is of niet.

3.2. Indicator

Een indicator weerspiegelt een bepaald probleem of een bepaalde situatie. Indicatoren worden gebruikt als substituuat voor een doel of concept dat niet rechtstreeks kan worden gemeten of dat enkel later kan worden waargenomen. De selectie van geschikte indicatoren moet gebaseerd zijn op de literatuur, theorieën of voorgaand onderzoek. Indicatoren worden gebruikt om de kwaliteit van de uitvoering of de resultaten van een actie te meten (EMCDDA, 1998).

Een voorbeeld. Hierboven werd gesteld dat 'evidence-based-practice' een criterium is waaraan een kwaliteitsvol beleid zou moeten voldoen. Om te onderzoeken in hoeverre er sprake is van 'evidence-based-practice' kan men nagaan in hoeverre acties en programma's, verbonden aan het beleid, gebaseerd zijn op evidentie. 'De mate waarin preventieve of hulpverleningsprogramma's gebaseerd zijn op evidentie' (bijvoorbeeld uitgedrukt d.m.v. het aantal evidence-based programma's vs. het aantal niet-evidence-based programma's) is op die manier een indicator voor het criterium 'evidence-based-practice'.

Indicatoren moeten ook valide en betrouwbaar zijn. Indicatoren kunnen onderverdeeld worden naargelang zij betrekking hebben op de structuur, het proces of de uitkomst (Donabedian, 1980).

3.3. Structuur-, proces- en effectevaluatie

Wil men het deeldomein gezondheid van een drugbeleid zo volledig mogelijk evalueren, dan dient men drie types van evaluatie in verweging te nemen, namelijk een structuur-, een proces- en een effectevaluatie (Beusekom, Loo & Kahan, 2002).

Een structurevaluatie heeft als bedoeling kenmerken van de setting waarin de actie wordt geleverd - bijvoorbeeld de beschikbaarheid van praktische en financiële voorzieningen, de organisatie van de dienstverlening, enz. - te evalueren, teneinde de uitvoerbaarheid van de actie en de effecten ervan vooraf in te schatten. Gebeurt een structurevaluatie na de uitvoering van de actie (i.e. hier bijvoorbeeld de invoering van beleidsmaatregelen), dan heeft deze als bedoeling na te gaan of een effectieve en efficiënte uitvoering mogelijk is binnen de bestaande setting (Beusekom, 2002).

De indicatoren die worden gebruikt bij een structurevaluatie, zijn structuurindicatoren. Men kan, in andere bewoordingen, ook stellen dat een structurevaluatie nagaat of aan de *randvoorwaarden* van een adequaat beleid wordt voldaan.

Procesindicatoren worden gebruikt bij een procesevaluatie. Een procesevaluatie beoordeelt de wijze van uitvoering van acties en de reacties van de betrokkenen. Zij beoordeelt eveneens de 'kwaliteit' van de acties (EMCDDA, 1998).

Uitkomst-indicatoren of 'outcome'-indicatoren worden gebruikt bij een effectevaluatie. Een effectevaluatie ('outcome'-evaluatie) betreft de effecten van de acties. Een evaluatie van de effecten van een beleid betekent onontkoombaar dat men geconfronteerd wordt met grote technische en wetenschappelijke obstakels. Verondersteld wordt namelijk dat op wetenschappelijke gronden in een bepaald tijdbestek een causaal verband kan worden gelegd tussen getroffen beleidsmaatregelen en de ontwikkeling van het fenomeen. Dit causaal verband is echter, zoals dit in algemene zin in de sociale wetenschappen geldt, bijzonder moeilijk vast te stellen, aangezien zoveel andere factoren (economische en sociale ontwikkelingen, uiteenlopende vormen van overheidsbeleid, enz.) de waargenomen veranderingen teweeggebracht kunnen hebben. Bovendien is er vaak een belangrijk tijdsverloop tussen het uitvoeren van de actie en het resultaat ervan, waardoor het aantonen van causale verbanden extra wordt bemoeilijkt.

Met andere woorden, zelfs indien effectevaluatie van een beleid zou mogelijk zijn, dan nog is de relevantie ervan twijfelachtig, gezien men niet met zekerheid kan stellen dat men de kwaliteit van het beleid op zich meet.

Dit neemt niet weg dat effectevaluatie van individuele programma's wel mogelijk en noodzakelijk is, en dat hierbij wetenschappelijke methodes moeten toegepast worden.

III BESPREKING VAN DE CRITERIA EN INDICATOREN

Hierna wordt ingegaan op de onderzochte criteria en indicatoren. Aan de hand van literatuur en van de respons van de experts en aan de hand van onderbouwing vanuit de literatuur, wordt een overzicht gegeven van hun relevantie, bruikbaarheid en/of meetbaarheid voor de evaluatie van het drugbeleid in België (beleidsdomein gezondheid).

De onderzochte criteria en indicatoren zijn het resultaat van een 'long-list' die tot stand kwam na een eerste literatuuronderzoek bij de aanvang van het project (niet alleen met aandacht voor literatuur inzake drugbeleid, maar ook bvb. alcoholbeleid), gevolgd door niet-gestructureerde gesprekken met experts, o.a. leden van de begeleidingscommissie van dit onderzoeksproject.

Nadien werd deze long list getoetst aan de hand van een tweede 'literatuurrunde' waarbij naar evidentie werd gezocht die de relevantie van een criterium of indicator bevestigt of verwerpt. Tenslotte werd aan de hand van een gestructureerd interview met de eerder genoemde experts de long list kritisch beoordeeld.

In wat volgt komen enkel die criteria en indicatoren naar voor die na dit proces werden weerhouden.

Er worden drie niveaus beschouwd:

Het eerste niveau houdt verband met het creëren van de randvoorwaarden. Hieronder vallen o.a. de organisatie van het beleid en de budgettering.

Het tweede niveau houdt verband met het beleid naar de doelgroepen toe. Dit verwijst in de eerste plaats naar het bereik van de doelgroepen en de toegankelijkheid van preventieve en curatieve programma's.

Ten slotte houdt het derde niveau verband met de individuele programma's naar de individuele cliënt toe.

1. Het creëren van de randvoorwaarden

1.1. De mate van coördinatie

In 1987 werd voor het eerst in een internationale overeenkomst, het allesomvattend interdisciplinair plan (inzake nieuwe activiteiten ter indamming van het drugmisbruik) van de Verenigde Naties, het belang van gecoördineerde actie erkend. Dat coördinatie de hoeksteen is van een evenwichtig en allesomvattend drugbeleid wordt vastgesteld in latere internationale, door de Verenigde Naties en de Europese Unie gesloten overeenkomsten, waarvan de meest recente de verklaring over de leidende beginselen voor de terugdringing van de vraag naar drugs is, aangenomen tijdens de speciale zitting van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (SAVVN) in 1998.

Binnen de Europese Unie wordt in brede kringen ingezien dat nationale en internationale coördinatie onontbeerlijk is. Lidstaten hebben stappen ondernomen om het binnenlands beleid te coördineren, door nationale beleidsvormen en -initiatieven vast te stellen, door centrale **coördinatie-eenheden** te vormen en nationale **drugcoördinatoren** te benoemen. Met de drugstrategie van de Europese Unie 2000-2004 wordt het belang van coördinatie opnieuw bevestigd en een mandaat voor verbetering geleverd.

Ondanks deze internationale consensus is het onduidelijk wat coördinatie nu precies inhoudt. Het is een slecht omschreven, moeilijk meetbaar concept. Wat het is wordt misschien pas echt duidelijk als het ontbreekt. In een in 2001 gepubliceerd verslag van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD)* werd coördinatie op druggebied omschreven als “het organiseren of integreren van de verschillende elementen die de nationale aanpak van het drugprobleem vormen, met als doel het werk te harmoniseren en, ten minste impliciet, de effectiviteit te vergroten”. Europese lidstaten hebben hier hun eigen interpretatie aan gegeven en er zijn significante verschillen tussen de landen in de wijze waarop deze het beginsel van coördinatie van een drugbeleid ten uitvoer leggen. Er is derhalve nieuwe consensus nodig om een **gemeenschappelijke werkdefinitie van coördinatie** op druggebied vast te stellen teneinde het misbruik en de toevoer van illegale drugs effectiever te kunnen aanpakken (EWDD, 2003).

We citeren ook een expert: *"Coördinatie is een moeilijk objectief te meten criterium. Vele actoren zeggen dat er gecoördineerd wordt terwijl ze geen idee hebben wat 'coördinatie' precies betekent en inhoudt. Er zijn mechanismen nodig om 'coördinatie' objectief te meten.* (Godfrey)

Het EMCDDA spreekt van type van coördinatie (bvb. een drugscel, of een agentschap, enz...), de verantwoordelijkheid (bvb. onder de eerste minister, of onder de minister van volksgezondheid, ...) en het globale karakter (enkel volksgezondheid, of alle facetten).

Wil men een idee krijgen over de mate waarin coördinatie aanwezig is in het Belgische drugbeleid, dan dienen in de eerste plaats de **horizontale en verticale beleidsafstemming** te worden nagegaan. Een geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak van het drugprobleem is immers pas effectief wanneer er sprake is van zowel horizontale als verticale beleidsafstemming (De Ruyver et al., 2004).

Onder horizontale beleidsafstemming wordt de coördinatie en samenwerking tussen de verschillende sectoren/actoren ((drug)preventie, (drug)hulpverlening, algemeen welzijnswerk, politie, justitie) verstaan.

'Overall coordination' is nodig: bvb. leerlingen worden uitgesloten door hun school nadat ze betrapt worden op (ongepast) druggebruik. Dit leidt tot (een verdere) desintegratie van de jongeren. Zo'n zaken moeten worden vermeden door 'overall coordination' “ (Godfrey).

Onder verticale beleidsafstemming wordt de coördinatie en samenwerking tussen de volgende beleidsniveaus (overheden) verstaan:

- federaal
- gemeenschap en gewest
- provinciaal
- regionaal
- lokaal

Ook binnen één sector of beleidsniveau dient er coördinatie te bestaan.

Meer concreet dient men na te gaan of binnen het intersectorieel netwerk, alle verschillende actoren uit alle essentiële sectoren en beleidsniveaus voldoende worden betrokken. Ook de mate van netwerkontwikkeling en de sterkte van de netwerken, dienen, zowel sectorieel als intersectorieel, beoordeeld te worden.

* noteer dat we spreken van EWDD wanneer een Nederlandstalige bron wordt geciteerd en EMCDDA wanneer een Engelstalige bron van dezelfde organisatie wordt geciteerd.

Wil men coördinatie beoordelen, dan is het ook aangewezen na te gaan of er gewerkt wordt met **duidelijke opdrachten en mandaten**, die door de verschillende overheden en sectoren (sectoren onderzoek, preventie, hulpverlening, veiligheid en beleid) worden erkend. Onduidelijkheid over opdrachten en mandaten belemmert immers een efficiënte horizontale en verticale beleidsafstemming. Dit laatste is in België momenteel het geval (De Ruyver, 2004).

"Hier is het belangrijk na te gaan of alle essentiële sectoren en beleidsniveaus vertegenwoordigd zijn binnen de netwerken en samen rond de tafel zitten. Ontbreekt er iemand rond de tafel, dan kan dit een indicatie zijn voor een tekort aan coördinatie. Ook de mate van netwerkontwikkeling en de sterkte van de netwerken, dienen, zowel sectorieel als intersectorieel, beoordeeld te worden." (Vander Laenen)

Tenslotte wijzen we nog op de continuïteit in het beleid. We doelen hier niet op de continuïteit in de budgettering maar eerder in de beleidsvisie. De EMCDDA stelt terecht dat "it is interesting to note how this area of drug policy making is subject to frequent changes. Often, changes in government result in a change in drugs strategy or the (re)organisation of drugs agencies." Hoewel men permanent moet streven naar verbetering, dient ook het aanpassen van het beleid in een pregedefinieerd kader te verlopen, en niet ad hoc.

1.2. De beleidsorganisatie: gecentraliseerd vs. regionaal beleid

In de literatuur werden geen aanwijzingen gevonden dat dit een indicator van belang is voor de kwaliteit van een drugbeleid.

Om voldoende te kunnen inspelen op allerlei specifieke regionale en lokale behoeften, is het van belang de lokale initiatieven te stimuleren, aangezien het lokale beleidsniveau het best geplaatst is om de situatie en de kenmerken van het problematisch druggebruik te kennen waaraan de lokale diensten en voorzieningen dagdagelijks het hoofd moeten bieden. (De Ruyver, 2001)

"Het voordeel van een regionaal beleid is dat het beleid kan aangepast worden aan lokale behoeften en noden. Drugproblemen manifesteren zich immers niet overal op dezelfde manier. Er bestaan veel regionale verschillen. Een gecentraliseerde aanpak is daarom niet altijd aangewezen. Bij de aanpak van drugproblemen moet hiermee rekening worden gehouden." (Godfrey)

"Het nadeel van een (te) regionaal beleid is dat er meer kans bestaat dat het beleid wordt aangepast door mensen die het beleid invullen en toepassen volgens hun eigen persoonlijke visie. Dit kan leiden tot minder goede resultaten, indien er niet over de coördinatie gewaakt wordt." (Godfrey)

"De vraag of een centraal gevoerd beleid beter is dan een regionaal gevoerd beleid of omgekeerd, is echter geen eerlijke vraag. Het gaat erom dat er een goed evenwicht wordt gevonden tussen beide. Sommige zaken worden immers beter regionaal aangepakt, terwijl andere beter federaal worden geregeld." (De Ruyver)

Hetgeen hier van belang is, is niet de vraag of er al dan niet een gecentraliseerd dan wel een regionaal beleid gevoerd wordt, maar wel of er in voldoende mate **(verticale) coördinatie** bestaat en of er een **goed evenwicht** wordt gevonden tussen de centrale en regionale (of lokale) aanpak zodanig dat er voldoende kan ingespeeld worden op allerlei verschillende **regionale behoeften** (zie ook vorige paragraaf).

Simpelweg nagaan of het drugbeleid gecentraliseerd of regionaal wordt georganiseerd is niet zinvol. Er moet worden nagegaan of er een goed evenwicht wordt gevonden tussen een gecentraliseerde en regionale aanpak wat betreft bevoegdheidsverdeling." (Godfrey)

Toch houdt dit criterium meer in dan enkel het belang van coördinatie. De mate waarin budgetten verdeeld worden over de verschillende bevoegdheden kan een aanwijzing zijn voor de beleidskeuze: gaan er meer middelen naar de regionale overheden of meer naar de centrale? En in welke mate is er sprake van evenredige verdeling onder de regionale overheden? Scheeftrekkingen wijzen op een suboptimale beleidsorganisatie.

Hieronder volgen een aantal vaststellingen uit 'Drugbeleid in cijfers' (De Ruyver et al., 2004) die schetsen hoe in België het beleid wordt gevoerd (in termen van 'Wie financiert wat?') en hoe de bevoegdheden zijn verdeeld.

In 2002 kwamen de meeste middelen voor de financiering van de verschillende sectoren (beleid, onderzoek, preventie, hulpverlening en veiligheid) van het federale niveau, met uitzondering van de preventiesector. **De beleidssector** wordt voor 76% vanuit het federale niveau gefinancierd. De overige 24% komen voornamelijk van de Vlaamse Gemeenschap, van het provinciale niveau en de Vlaamse Gemeenschapscommissie. De investeringen in beleid vanuit de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zijn marginaal.

De **sector epidemiologieonderzoek** wordt voor 52% gefinancierd vanuit het federale niveau. De overige 48% komt hoofdzakelijk van de Franse Gemeenschap. De Vlaamse Gemeenschap, de Duitse Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de provincies investeren ook in onderzoek, doch de middelen hiervoor zijn beperkt.

De **sector preventie** wordt voor ongeveer 35% gefinancierd vanuit de federale staat. Dit impliceert dat de overige 65% van de andere beleidsniveaus komt. Het Waalse Gewest, de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap zijn de belangrijkste financieringsbronnen, waarbij opvalt dat in Wallonië, waar de niet-federale investeringen komen van het Waalse Gewest en in mindere mate de Franse Gemeenschap, een veel ruimer budget besteed wordt aan preventie dan in Vlaanderen, waar de niet-federale investeringen komen van de Vlaamse Gemeenschap.

De **sector hulpverlening** wordt voor bijna 89% gefinancierd vanuit het federale niveau, ondanks het gegeven dat ook de gemeenschappen bepaalde bevoegdheden hebben op het vlak van gezondheid. Uitermate beperkte budgetten komen vanuit de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie en het Waalse Gewest.

Het bovenstaande brengt ons bij het aspect van budgetverdeling.

1.3. Budgetverdeling

Onder overheidsuitgaven wordt hetgeen **de verschillende overheden** investeren in de aanpak van het drugfenomeen verstaan.

Zoals reeds aangegeven hierboven, zijn de overheidsuitgaven (op federaal, gemeenschaps-, gewestelijk, provinciaal en lokaal niveau) een evidente en belangrijke indicator om de budgettaire opvolging van de engagementen van regeringen in de aanpak van het drugprobleem te beoordelen.

De budgetverdeling tussen de aanpak van de vraagzijde en de aanpak van de aanbodzijde, alsook de budgetverdeling tussen het preventieve en curatieve luik zijn op die manier ook indicatoren voor de

mate waarin vanuit een bepaald oogpunt (gezondheid vs. juridisch oogpunt en preventief vs. curatief oogpunt) wordt gehandeld.

"De manier waarop het budget wordt verdeeld en besteed verschilt sterk van land tot land. Het is een heel goede indicator omdat het aangeeft waar het meest belang aan gehecht wordt en of er aandacht is voor alle deelaspecten van het probleem.

Het is noodzakelijk dat het beleid goed is uitgebalanceerd (evenwicht 'law enforcement' - preventie - treatment) en de budgetverdeling is een goede indicator om dit na te gaan.

Ter verduidelijking van de bruikbaarheid en meetbaarheid van budgetverdelingen als indicatoren voor de kwaliteit van het Belgische drugbeleid in het kader van dit onderzoek, wordt hieronder ingegaan op de (budgettaire) situatie in België (in 2002) aan de hand van enkele vaststellingen uit 'Drugbeleid in cijfers' (De Ruyver et al., 2004).

Sinds de parlementaire werkgroep (1996-1997) staat preventie in België het hoogst op de prioriteitenlijst, gevolgd door hulpverlening en dan pas repressie ('ultimum remedium'). Meer middelen worden echter besteed aan veiligheid/repressie, dan aan hulpverlening en in laatste instantie aan preventie. Er gaan dan ook aanzienlijk meer middelen naar de aanpak van de aanbodzijde (veiligheid), dan naar de aanpak van de vraagzijde (preventie en hulpverlening).

Een in het oog springend feit is dat meer dan de helft (54%) van de bestede middelen inzake de aanpak van het drugprobleem naar de sector veiligheid gaan. Dit gegeven is echter onlosmakelijk verbonden aan de hoge personeelskosten van de politiediensten inzake de opsporing van drugdelicten en de hoge detentiekost van drugdelinquenten (zelfs bij een minimale inschatting).

De sector hulpverlening besteedt 38% van de overheidsuitgaven inzake de aanpak van het drugprobleem. Ook hier dient opgemerkt te worden dat deze hoge overheidsuitgave onlosmakelijk verbonden is aan het feit dat de behandeling, en in het bijzonder de residentiële behandeling van drugverslaafden, een dure aangelegenheid is.

De investering in de sector preventie bedraagt slechts 4%. Hier kan opgemerkt worden dat de huidige werkwijze binnen de sector preventie duidelijk minder uitgaven genereert in vergelijking met de werkwijze binnen de sectoren veiligheid en hulpverlening. In Portugal, bijvoorbeeld, werd in het nieuwe beleidsplan (2001) voorzien dat tegen 2005 ongeveer 14% van het budget aan preventie zou worden besteed (RAND, 2002).

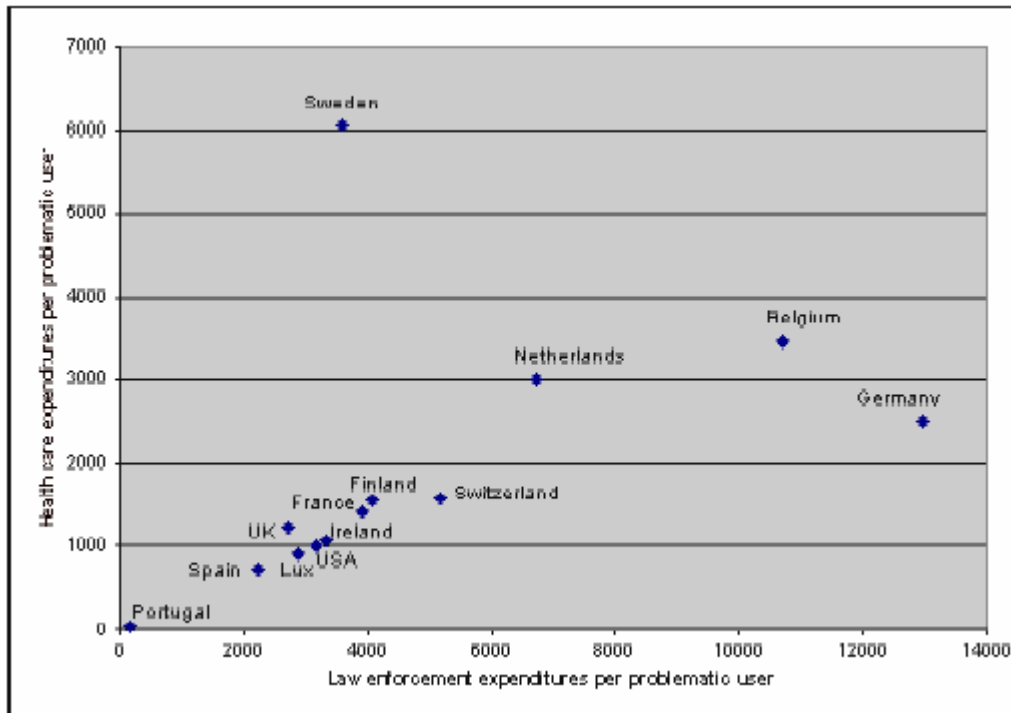
De investeringen in de sectoren beleid (3%) en onderzoek (1%) zijn marginaal. Vooral de 1% aan onderzoek lijkt laag. In het Portugese beleidsplan werd voorzien dat tegen 2005 3% van het budget aan onderzoek zou worden besteed (RAND, 2002).

Na terugkoppeling van deze gegevens naar de relevante beleidsdocumenten, kwamen De Ruyver et al. (2004) tot de conclusie dat **de besteding van de budgetten over de verschillende sectoren in België onvoldoende correspondeert met de genomen beleidsopties.**

"Hier is het belangrijk dat er gekeken wordt naar de investeringen van alle verschillende beleidsniveaus. Is de budgetverdeling goed uitgebalanceerd? Welke evolutie zit erin? Om dit laatste na te gaan is 'follow-up' onderzoek heel belangrijk. Ook de vergelijking tussen de budgettering en alle centrale beleidsdocumenten (ook deze van de gemeenschappen en gewesten) is van primordiaal belang om na te gaan in hoeverre beleidsprioriteiten op papier ook in de praktijk worden omgezet." (De Ruyver en Vander Laenen)

Een mogelijkheid is een internationale vergelijking om na te gaan of een bepaald land sterk afwijkt van de aanpak in andere landen, zoals het EMCDDA regelmatig doet.

De figuur hieronder toont de geschatte uitgaven per land en per probleemgebruiker uitgedrukt, op 2 assen: law enforcement uitgaven (X as) versus gezondheidsuitgaven (Y-as). Volgens deze figuur zou België zeer hoog scoren voor wat betreft totale uitgaven (zie echter volgende paragraaf) maar zou het accent teveel op de law enforcement liggen.



I.v.m. de **meetbaarheid** van overheidsuitgaven dient gewezen te worden op twee cruciale factoren die de aard van de cijfers kunnen beïnvloeden.

Ten eerste is er de uiteenlopende financieringswijze van de verschillende administraties. De uitgaven verbonden aan de sector veiligheid bijvoorbeeld situeren zich hoofdzakelijk op het federale niveau, terwijl de uitgaven verbonden aan de sector preventie verspreid zitten over verschillende niveaus. De kans is dan ook reëel dat er een **schaeftrekking** in de berekening van de overheidsuitgaven ontstaat. Bovenstaande bedenking moet des te meer voor ogen worden gehouden wanneer de relevante overheidsuitgaven gehergroepeerd worden naar investeringen in de aanbod- versus de vraagzijde.

Ten tweede is, wanneer er gewerkt wordt met cijfers over overheidsuitgaven, de **kwaliteit** van de onderzoeksresultaten rechtstreeks **afhankelijk van zowel de beschikbaarheid, als de kwaliteit van het basiscijfermateriaal** (De Ruyver et al., 2004).

Tecco wijst erop dat het niet in de eerste plaats de grootte (zie hieronder) of de verdeling van het budget is, maar de mate waarin het efficiënt wordt besteed: *"I think that social cost evaluation is one of the most interesting tools for the evaluation of drug policy. This is part of the basic social cost evaluation."* (Tecco)

1.4. Budget per inwoner

Naast de verdeling van de budgetten is uiteraard de grootte orde van het beschikbare budget van belang bij het evalueren van een beleid.

Een eerste mogelijkheid die zich opdringt is het vergelijken van wat een bepaald land uitgeeft (bvb. België) aan het drugsbeleid ten opzichte van andere landen met een gelijkaardige sociaal-economische toestand.

Men moet dan wel vergelijken met een gemiddelde van andere landen en niet met één welbepaald land. De moeilijkheid blijft hoe dan ook het juist bepalen van dat budget.

Nagaan hoeveel er precies wordt besteed in een bepaald land is moeilijk. Bijvoorbeeld, als er geld uitgegeven wordt om diefstal door heroïneverslaafden tegen te gaan, heeft dit dan nog te maken met het drugbeleid?" (Godfrey)

Zelfs als men over dit laatste consensus bereikt, dan nog blijft vergelijken moeilijk:

"Het budget per inwoner is van te veel zaken afhankelijk om het als indicator voor het succes van een beleid te gebruiken. (Godfrey)

Het budget per inwoner is uiteraard in de eerste plaats afhankelijk van de ernst en omvang van het drugprobleem en varieert daarom o.a. sterk van land tot land. De budgetten uitdrukken per drugsverslaafde biedt ook geen oplossing, omdat hier vooral onzekerheid ivm de noemer bestaat. Bovendien zal een vergelijking met andere landen hier weer stuiten op de vraag welk land nu een optimale besteding vertoont.

Het grote probleem m.b.t. het budget is dat er geen precieze standaarden bestaan die aangeven hoeveel een land precies moet spenderen wil het allerlei drugproblemen op een efficiënte manier aanpakken en oplossen. (Godfrey)

Binnen een bepaald land kan deze indicator daarentegen wel nuttig zijn om na te gaan hoeveel er geïnvesteerd wordt in de problematiek van de illegale drugs in vergelijking met hetgeen geïnvesteerd wordt in andere maatschappelijke en gezondheidsproblemen, zoals alcohol en tabak. In België zijn de overheidsuitgaven inzake de aanpak van illegale drugs ruimschoots inferieur aan de uitgaven voor andere sociale en gezondheidsproblemen (zoals bijvoorbeeld thuiszorg, de medische en dringende sociale bijstand, enz.) (De Ruyver et al., 2004). Een mogelijke parameter die hierbij kan gehanteerd worden is het aantal DALYs (Disability Adjusted Life Years lost) dat gepaard gaat met de respectieve ziekten. De DALY wordt vaak gehanteerd als parameter om prioriteiten in gezondheidsdoelstellingen te leggen, en past dus ook in een inschatting van de nodige middelen voor een specifiek beleid voor een bepaalde problematiek.

"In de toekomst zou er ook eens de vergelijking moeten gemaakt worden tussen de investeringen in de aanpak van illegale drugs en deze in de aanpak van legale drugs zoals alcohol en tabak." (Vander Laenen)

1.5. Continuïteit in de budgettering

Een laatste aspect ivm de budgettering is uiteraard de continuïteit hiervan. We citeren De Ruyver, 2004:

"De kortlopende contracten in de sector onderzoek, in de veiligheids- en preventiecontracten en het grootstedenbeleid hypothekeren de continuïteit en langetermijnvisie van projecten. Hierbij merken we op dat m.b.t. de veiligheids- en preventiecontracten hieraan reeds deels tegemoet gekomen werd door de contracten vanaf 2002 voor twee jaren af te sluiten met de steden en gemeenten. Het Regeerakkoord van 2003 stelt verder dat de veiligheids- en preventiecontracten in de toekomst voor meerdere jaren zullen worden afgesloten." (De Ruyver et al., 2004, p. 418)

Het bovenstaande illustreert het mogelijke belang van deze indicator. Ook de experts bevestigen het belang van deze indicator in het kader van dit onderzoek.

In het Verenigd Koninkrijk zijn veel budgettaire mechanismen heel 'short-term' waardoor ze variëren van jaar tot jaar. Ook de bemanning varieert van jaar tot jaar. Daarom zou deze indicator, althans in de UK, van belang kunnen zijn. (Godfrey)

1.6. Budgettaire ruimte voor onderzoek en (permanente) evaluatie

Eerder in dit rapport werd het belang van expliciet in het beleid ingebouwde evaluaties reeds onderstreept. Met behulp van een evaluatie kan immers een gemotiveerd en solide oordeel over de effecten van publieke actie worden gegeven. Hierdoor is het makkelijker om behoeften vast te stellen, beleidsmaatregelen te selecteren, plannen in te voeren en resources doelmatiger toe te wijzen.

Een concreet voorbeeld van de relevantie van deze indicator blijkt o.a. uit Vanderplascchen (2001). Men kan 10-tallen van dergelijke citaten terugvinden in de literatuur.

"De wetenschappelijke opvolging van de implementatie en uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik is een conditio sine qua non, wil men dit project kunnen verder zetten en bijsturen. Wetenschappelijk onderzoek maakt het mogelijk om na te gaan of de vooropgestelde modules effectief gerealiseerd worden en of de implementatie van dit model bijdraagt tot de vooropgestelde doelstellingen." (Vanderplascchen et al., 2001)

Algemeen zouden dus beleidsmaatregelen, preventiecampagnes, gezondheidsprogramma's, het hulpverleningsaanbod, 'early warning systemen', behoeften van doelgroepen, overheidsuitgaven, sociale kosten, enz. op een regelmatige (of permanente) basis geëvalueerd dienen te worden.

Daarom is de budgettaire ruimte voor onderzoek een indicator die mogelijk van groot belang is voor de kwaliteit van het drugbeleid.

"Er ontbreken permanente fondsen om onderzoek te doen. Dit belet het ontwikkelen van een langetermijnvisie. Het maakt ook dat er niet zoveel experts terzake zijn, zodat de mogelijkheden tot overleg met andere personen beperkt zijn." (Vander Laenen)

Het probleem reikt verder dan het ter beschikking stellen van middelen voor onderzoek. Omwille van het belang van betrouwbare data voor de evaluatie van het drugbeleid, kunnen 'de budgettaire ruimte voor de ontwikkeling en/of controle van uniforme en vergelijkbare registratiegegevens' of 'de mate

waarin er systematische monitoring is van de epidemiologische situatie in België' toegevoegd worden aan de lijst met mogelijke indicatoren voor de kwaliteit van het drugbeleid.

"Hier moet het onderscheid worden gemaakt tussen 'research' en het verkrijgen van 'high level important information en data'.

Research steunt op informatie en data. Daarom moet er (tevens) geïnvesteerd worden in 'information structures', die zowel regionaal als nationaal in het drugbeleid moeten worden geïntegreerd. Via deze structuren moet het mogelijk zijn om correct, betrouwbaar en valide cijfermateriaal in te zamelen." (Godfrey)

Ook de allocatie van die middelen is van belang: moet er eerder onderzoek gebeuren naar de effecten van beleidsmaatregelen of van specifieke programma's naar doelgroepen? Moet er eerder fundamenteel wetenschappelijk onderzoek ondersteund worden?

We citeren Vander Laenen:

"Hier is het ook belangrijk na te gaan in hoeverre de mogelijkheid bestaat om fundamenteel wetenschappelijk onderzoek op het gebied van drugs te doen. Op dit moment is er in België enkel aandacht voor beleidsgericht onderzoek." (Vander Laenen)

2. De gerichtheid naar de doelgroepen

In een rapport voor de EMCDDA, toonden Vanoverbeke et al (2000) aan de hand van een Markovmodel aan dat het ingrijpen op verschillende mogelijke doelgroepen totaal andere gezondheidseconomische gevolgen kan hebben.

Op basis van deze studie kwam men tot de conclusie dat het reduceren met 1% van het aantal "samplers" (personen die voor het eerst een drug "proberen") een veel grotere impact heeft dan het verhogen van de toegang tot behandeling met 1%.

In de hierna volgende criteria wordt aandacht geschonken aan de beschikbaarheid van programma's, zowel preventief, als curatief.

2.1. Aantal en types van preventie-activiteiten

Preventieactiviteiten kunnen plaatsvinden in de volgende sectoren: onderwijs, arbeid, jeugdwerk, sport, uitgaansleven, welzijnswerk en lokaal beleid.

Procesindicatoren hebben hier vooral betrekking op het aantal, de kwaliteit van acties en de implementatie ervan. Daarom zijn hier de belangrijke vragen:

- Zijn er een voldoende aantal en types preventieactiviteiten?
- Stemmen het aantal en types preventieactiviteiten in de praktijk overeen met 'de voorschriften' van de centrale beleidsdocumenten? (M.a.w. in hoeverre passen initiatieven in het beleid? = beleidskoppeling)
- In hoeverre zijn alle preventie-activiteiten effectief? M.a.w. in hoeverre bereiken ze hetgene waar ze voor bedoeld zijn?

Bijzondere aandacht dient hier te gaan naar risicogroepen. In recente Europese beleidsdocumenten

wordt opgeroepen tot doelgroepgerichte, bewezen effectieve maatregelen om het risico terug te dringen. Dit is logisch, aangezien de kosten-effectiviteit van deze maatregelen meestal veel beter is. M.a.w. met minder middelen bereikt men minstens even goede effecten. Jonge delinquenten, jongeren afkomstig uit gemarginaliseerde etnische bevolkingsgroepen of immigrantengemeenschappen, jongeren die in een tehuis wonen en kinderen die afkomstig zijn uit achtergestelde of slecht functionerende gezinnen. (EMCDDA briefing Drugs in beeld Sept Oct 2003).

2.2. Aantal en types van hulpverleningsprogramma's

Deze indicator 'Aantal en types van programma's' zou voor de sector hulpverlening ook kunnen omschreven worden als het 'aantal modules, zorgfuncties en zorgtrajecten'.

Er is een veelheid aan doelgroepen binnen de hulpverlening (bijvoorbeeld zwangere werkloze vrouwen, minderjarige polydruggebruikers, 'dubbele diagnose-cliënten' (Dubbele diagnose betreft het samengaan van middelenaafhankelijkheid en een ander psychiatrisch ziektebeeld), enz.). Mede hierdoor blijft de hulpverlening aan personen met drugproblemen zelden beperkt tot één enkele behandelingsvorm (Willenbring, 1996), maar bestaat het hulpverleningsproces veelal uit verschillende behandelingsvormen met zorgcontinuïteit als een belangrijke vereiste (Graham et al., 1995). Bovendien zijn voor de aanpak van een complexe en meervoudige problematiek en voor het bevorderen van de levenskwaliteit van de verschillende doelgroepen, geïntegreerde en geïndividualiseerde ('case management') behandelingsvormen vereist.

'aantal en type programma' is een heel belangrijk criterium. In België is de populatie van heroïneverslaafden redelijk oud in vgl met andere Europese landen. Het zorgaanbod moet daaraan aangepast zijn (= zorg op maat). Het zorgaanbod moet dus afgesteld zijn op de heterogeniteit in de bevolking (Kopp).

Uit deze probleemschets blijkt het belang van de verschillende relevante zorgcircuits. Er dient dus in de eerste plaats een evaluatie van de zorgcircuits (welke modules maken er deel van uit? Werken de zorgcircuits goed?, enz.) plaats te vinden, wil men nagaan of aan alle behoeften van alle doelgroepen tegemoet kan gekomen worden.

De complexe en meervoudige problematiek van heel wat druggebruikers maakt bovendien dat ze een beroep doen op modules uit *verschillende* zorgcircuits. Hier zal een goede afstemming tussen de respectieve zorgcircuits nodig zijn teneinde de cliënt te verwijzen naar de voor zijn zorgvraag meest geschikte module(s) (Vanderplasschen, 2001). Hier is de mate van coördinatie (sectoriële coördinatie) opnieuw van primordiaal belang.

Een belangrijk beleids criterium is dan ook of er een inventaris bestaat van alle diensten en voorzieningen die een aanbod hebben naar (problematische) druggebruikers. Dit geldt voor de drugspecifieke of categoriale diensten, maar zeker voor de niet drugspecifieke diensten en voorzieningen. Ook binnen de sector "welzijn", zowel ambulante als residentiële, is heel wat hulp en opvang voor druggebruikers opgezet.

Het spreekt voor zich dat het in de praktijk onderzoeken in hoeverre zorgcircuits al hun taken (dit zijn o.a. het bevorderen van de 'zorgcontinuïteit', 'zorg op maat', 'multidisciplinariteit', 'flexibiliteit', 'toegankelijkheid' en 'afstemming' van het hulpverleningsaanbod) volbrengen, geen gemakkelijke opdracht is wegens allerlei operationaliseringsmoeilijkheden.

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van de operationalisering van 'toegankelijkheid'.

Operationalisering van toegankelijkheid

Toegankelijkheid verwijst hier naar de 'laagdrempeligheid' van het zorgaanbod. De laagdrempeligheid kan op vier niveaus beschouwd worden: laagdrempeligheid in de **ruimte**, in de **contactname**, in de **tijd** en in de **begeleiding**. Er bestaat geen duidelijke definitie van het begrip 'laagdrempeligheid'. Het kan verschillende theoretische betekenissen hebben en verschillende praktische realisaties inhouden.

Laagdrempeligheid in de ruimte heeft te maken met de geografische afstand tussen cliënten en laagdrempelige centra. Over het algemeen kan men stellen dat hoe kleiner die afstand is, hoe lager de drempel wordt, hoe toegankelijker de centra worden. **Een goede regionale spreiding van alle vormen van hulpverlening** met erkenning van alle partners in de zorgcircuits middelenmisbruik, zijn hiervoor noodzakelijke voorwaarden (VAD, 2004). **Cliënten en hun omgeving moeten dus minstens in hun eigen regio een adequate zorg kunnen krijgen.**

De laagdrempeligheid in de contactname impliceert dat er t.a.v. de cliënt zo weinig mogelijk voorwaarden worden gekoppeld aan contactname dat 'contact opnemen' op zich zo weinig mogelijk afschrikt (bijvoorbeeld geen directe confrontatie van de cliënt met de hulpverlener). Voor een aantal cliënten betekent deze laagdrempeligheid ook een lage drempel in de motivatie tot verandering, wat betekent dat aanvankelijk aan de motivatie zal gewerkt worden vanuit een niet-therapeutisch oogpunt (door onder meer spuitenuilprojecten en straathoekwerk).

Op het lokale niveau is het bijgevolg belangrijk dat iedereen die geconfronteerd wordt met drugproblemen **minimaal in de eigen omgeving een eerste opvang** kan krijgen. De eerste vroege interventie en eerste opvang moet lokaal kunnen gebeuren, bij voorkeur binnen bestaande eerstelijnsvoorzieningen zoals centra algemeen welzijnswerk, centra voor leerlingenbegeleiding (CLB), gemeentelijke jeugddiensten, preventiediensten, OCMW's, huisartsen, enz.). Problemen en probleemgedrag in een vroeg stadium (h)erkennen en opvangen kan erger voorkomen. Deze opvang wordt best binnen een lokaal overleg gecoacht. Dit garandeert een naadloze aansluiting op de meer categoriale drughulpverlening (georganiseerd in het regionale zorgcircuit), wanneer meer specifieke zorg vereist is (Vanderplasschen et al., 2001).

De laagdrempeligheid in de tijd wordt gerealiseerd door voldoende uren toegankelijk en beschikbaar te zijn voor de cliënten.

De laagdrempeligheid in de begeleiding is tenslotte de belangrijkste peiler van de laagdrempelige werking, en houdt o.a. in de onvoorwaardelijke behandeling, en het niet mogen weigeren van cliënten. **Naast het aantal centra, het aantal zorgverleners** en de spreiding en **netwerkontwikkeling** van of binnen het zorgaanbod, is het bovendien belangrijk **de diversiteit van het aanbod** in de verschillende centra na te gaan. Wil men immers 'zorg dicht bij huis' en 'zorg op maat' aan alle verschillende doelgroepen aanbieden, dan dient de hele waaier van voorzieningen goed verspreid te zijn over de verschillende centra in een bepaalde regio.

We citeren De Ruyver en Vander Laenen:

"Het zorgaanbod is in België niet evenwichtig gespreid. Dit is zo omdat de aandacht voor de drugproblematiek en de aandacht voor de uitbouw van allerlei centra vroeger geen gemeengoed was. In sommige regio's was er veel aandacht voor en daar groeide het zorgaanbod (niet beleidsmatig maar 'bottom-up'). In andere regio's gebeurde dit niet. Dit vertaalt zich in de huidige onevenwichtige spreiding van het aanbod." (De Ruyver)

"Hier is het zeer belangrijk om ook de diversiteit van het aanbod in kaart te brengen. Als er ergens tien centra gevestigd zijn die allemaal éénzelfde dienst aanbieden, dan garandeert een dichte spreiding van centra niet per se 'zorg op maat'." (Vander Laenen)

Het punt dat hier dus wordt gemaakt is dat een goed beleid ook al deze facetten ('zorgcontinuïteit', 'zorg op maat', 'multidisciplinariteit', 'flexibiliteit', 'toegankelijkheid' en 'afstemming' van het hulpverleningsaanbod) operationaliseert om nadien de beoordeling ervan op een systematische en objectieve manier te kunnen laten verlopen.

Hierbij is uiteraard standaardisatie in de evaluatie van de klanten die voor behandeling in aanmerking komen van belang. We citeren De Sleutel (www.desleutel.be): "from a management perspective, the introduction of a European standard for basic assessment of our clients could start the process of total quality management, in providing accepted fundamentals in documenting the core business of the treatment centres (Abstract Europasi artikel in JSU, June 2004)"

2.3. De kwaliteit van het 'early warning systeem' (EWS)

Uit al het bovenstaande is reeds meermaals het belang van monitoring (van prevalentie en trends) gebleken. EWS zijn één manier om bij te dragen tot een goede monitoring. In hoeverre een EWS goed en snel werkt en effectief is, is daarom een mogelijke indicator voor de kwaliteit van het drugbeleid.

EWS zijn belangrijk op voorwaarde dat er iets kan gedaan worden met de informatie die eruit voortkomt. Dit hangt o.a. af van de algemene flexibiliteit van het beleid.

"Deze mechanismen moeten aanwezig zijn om nieuwe drugs op te sporen en nieuwe trends in druggebruik te ontdekken. De vraag is wel: welk nut heeft informatie over nieuwe drugs en nieuwe trends als er niets aan kan gedaan worden of als er niet op kan gereageerd worden? Er dient voldoende coördinatie en flexibiliteit aanwezig te zijn om direct te kunnen reageren op zaken die worden ontdekt door de EWS." (Godfrey)

"EWS zijn effectief om te vast te stellen dat er een probleem is, maar zijn niet effectief om het probleem direct op te lossen. Zo weet men bijvoorbeeld dat er een toename is van het gebruik van xtc in Frankrijk maar men kan er niet direct iets aan doen.

*De informatie die EWS verschaffen kan wel zinvol zijn om tot een oplossing te komen. Dan hangt het af van de **flexibiliteit** en **slagkracht** van het beleid of er al dan niet snel een oplossing (bv. een nieuw behandelingssysteem) wordt gevonden.*

Ook hebben sommige experts bedenkingen bij de kwaliteit van de informatie die via de EWS naar boven komt. We citeren Kopp:

EWS dienen te worden geëvalueerd als er nieuwe informatie uit voortkomt omdat de schakels in EWS vaak mensen zijn die in direct contact staan met verslaafden waardoor die mensen soms de neiging blijken te hebben om te overdrijven waardoor dan weer valse paniek wordt gezaaid." (Kopp)

3. Individuele programma's

3.1. Mate waarin acties/ programma's gebaseerd zijn op evidentie

In omzeggens elk beleidsdocument komt naar voor dat op zijn minst de individuele programma's die worden uitgevoerd, op evidentie gebaseerd moeten worden. Wil men dus de **effectiviteit** van het

preventie – en zorgaanbod nagaan, dan dienen er (regelmatig) 'outcome'-evaluaties van programma's, technieken, modules enz. te gebeuren.

We citeren Godfrey:

"Voor elke treatment-subgroep moet worden nagegaan

- *hoeveel centra er voorzien zijn voor deze groep in een bepaald gebied;*
- *of de behandeling voor deze subgroep effectief is;*
- *of de behandeling voor deze subgroep kosten-effectief is." (Godfrey)*

en:

- *programma's zou men enkel mogen invoeren als ze evidence-based zijn*
- *vervolgens moet men evaluatiemechanismen inbouwen om het bewijs van programma-effectiviteit te kunnen blijven nagaan → programma's blijven evidence-based of worden weerlegd. (Godfrey)*

Evidentie kan reeds bestaan in andere landen, en de bewijzen van de evidentie kan te vinden zijn in de literatuur. Toch moet men een aantal bedenkingen maken:

1. evidentie is niet steeds transposeerbaar van één land op een ander. Het is niet enkel het programma waarover evidentie moet geleverd worden, maar ook over de wijze waarop dit programma kan en zal uitgevoerd worden.
2. de tijd die nodig is om evidentie op te bouwen in de eigen context is vaak lang en dan ook belangrijke verloren tijd. Een tussenoplossing is om programma's reeds op kleine schaal toe te passen, met onmiddellijk een operationele doelstelling, maar terzelfdertijd eveneens een onderzoeksdoelstelling.

3.2. Mate waarin acties/ programma's gebaseerd zijn op kosten-effectiviteit

In het bovenstaande is de term kosten-effectiviteit reeds enkele malen gevallen. Kosten-effectiviteit kan gedefinieerd worden als :

"A technique in which the cost and effects of an intervention and an alternative are presented in a ratio of incremental cost to incremental effect."

"A systematic quantitative method for comparing the costs of alternative means of achieving the same stream of benefits or a given objective"

Dit is een uiterst belangrijke indicator omdat hij toelaat de allocatie van de overheidsuitgaven beter te beoordelen. Geeft men het geld uit daar waar het de meeste baten oplevert? Uiteraard dient men hiervoor eerst over metingen van evidentie beschikken.

Een belangrijke bemerking hierbij is dat het doel van een drugbeleid uiteraard nooit het besparen van middelen mag inhouden. Het correcte doel is een maximaal resultaat te bereiken (= de doelstellingen maximaal realiseren) binnen het kader van de beschikbare middelen.

4. Uitkomstindicatoren

Omwille van eerder opgesomde redenen is een effectevaluatie van het deeldomein gezondheid of een effectevaluatie van een geheel drugbeleid haast onmogelijk.

Een alternatief om de effectiviteit van het gevoerde beleid te beoordelen, is het uitvoeren van een analyse van de '**sociale kost**' van het drugfenomeen. Dit wordt hieronder verduidelijkt.

De drugproblematiek in al zijn aspecten heeft negatieve gevolgen voor zowel individuen, als voor de maatschappij. Deze negatieve gevolgen omvatten gezondheids-, psychosociale en juridische problemen, de veiligheids- en economische problemen. Deze negatieve gevolgen en de aanpak ervan brengen kosten met zich mee, zowel op individueel niveau als op het niveau van de samenleving. Het geheel van deze kosten wordt door Kopp (2001) de 'sociale kost' van het drugfenomeen genoemd. Dit concept omvat drie grote categorieën van kosten:

(1) Overheidsuitgaven zijn het geheel aan uitgaven door de Staat en andere overheden inzake de aanpak van het drugprobleem. Deze uitgaven worden onderzoeksmatig frequent geclusterd in 3 groepen: preventie, hulpverlening en veiligheid.

(2) Private kosten zijn de uitgaven die druggebruikers maken m.b.t. de aankoop van verdovende middelen en de uitgaven die niet terugbetaald worden (vb. kosten advocaat, bepaalde medische kosten, etc.)

(3) Externe kosten zijn het geheel aan indirecte kosten ten laste van de gemeenschap (vb. productiviteitsverlies, absentisme, vroegtijdig overlijden, etc.)

Telt men deze drie samen, dan krijgt men de sociale kost. Dit is de totale kost ten laste van de gemeenschap.

De **sociale kosten zijn een indicatie voor de effectiviteit van het gevoerde beleid**. Op basis van een analyse van de sociale kosten kunnen immers uitspraken gedaan worden over de baten van het gevoerde drugbeleid in termen van een vermindering van de sociale kost (spuitenruil bijvoorbeeld heeft tot doel de verspreiding van het HIV-virus bij injecterende druggebruikers tegen te gaan, wat zou kunnen leiden tot een daling in de uitgaven m.b.t. behandeling terzake). Om een zicht te krijgen op de effecten van de overheidsuitgaven inzake de aanpak van de drugproblematiek, dient er in de toekomst in België dan ook onderzoek uitgevoerd te worden naar de sociale kosten (De Ruyver et al., 2004).

We citeren ook Tecco:

"I think that social cost evaluation is one of the most interesting tools for the evaluation of drug policy. This is part of the basic social cost evaluation" (Tecco)

Idealiter kan men toch verder gaan, door de storende factoren, die eerder in dit rapport geciteerd werden, in kaart te brengen, en ze in rekening te nemen bij de evaluatie van de effecten van een drugbeleid. We citeren Godfrey:

Rekening houden met 'outcomes' is cruciaal omdat elk beleid toch een zekere impact moet hebben op het fenomeen waarvoor het ontwikkeld is. Er zou zelfs moeten gestart worden met een outcome-evaluatie. De storende factoren zijn echter een probleem wil men een verband leggen tussen allerlei structurele factoren en de outcomes van een beleid.

Daarom zouden er modellen ontwikkeld worden die rekening houden met allerlei mogelijke storende factoren waardoor het ontdekken van significante verbanden mogelijk wordt. Deze modellen zouden in elk beleid moeten worden geïntegreerd.

Het is noodzakelijk indicatoren van verschillende niveaus in een onderzoek of evaluatie te betrekken. Op die manier wordt het immers mogelijk problemen te lokaliseren en de sterktes en de zwaktes van het beleid te bepalen. Daar dient men dan de nodige conclusies en aanbevelingen aan te verbinden.

Een voorbeeld. Na jaarlijkse controle wordt vastgesteld dat er minder druggerelateerde overlijdens zijn. Geld en middelen voor onderzoek moeten dan aangewend worden om te onderzoeken waarom er minder doden zijn. Zo bouwt men intelligentie op en die intelligentie moet dan worden gebruikt om modellen te creëren waarop men zich in de toekomst kan baseren. (Godfrey)

We citeren ook Somers (2004): “Studies using rigorous and comparable methodologies report significant variability in rates of alcohol and other substance use disorders. These data suggest that different policies and regional practices are associated with variability in rates of disorders. Policy-makers and health planners require regular, regionally sensitive estimates of prevalence rates to respond effectively to unique patterns of need in their constituencies.

IV. CONCLUSIES

We trachten het bovenstaande samen te vatten, met als doel een reeks parameters aan te reiken aan de hand van de welke men een drugsbeleid (sector gezondheid) kan beoordelen.

De EMCDDA, in haar rapport omtrent de “Drug Coordination Arrangements in the EU Member States” somt een aantal algemene principes op volgens dewelke een antidrugsbeleid zich zou kunnen laten leiden:

- A clear set of achievable objectives should be defined;
- Target groups should be clearly identified, priority being given to initiatives aimed at reducing drug abuse among young people;
- A balanced approach should be adopted for dealing with illicit demand, illicit supply and illicit trafficking; Programmes should be comprehensive and long-term; (noteer dat dit principe wijst op de afstemming met de niet-gezondheids sector).
- The development of the programmes and their implementation should be supported by research into the extent of drug abuse and its aetiology and consequences;
- The achievements of the programmes should be evaluated periodically;
- The work of all the agencies concerned at the national, regional (cantonal, provincial) and local levels should be part of a coordinated plan;
- The formulation of the national strategy should take into account in the first place the existing resources and, in the implementation of the strategy, a cost-effective approach should be adopted, with external support if necessary;
- The potential of community actions should be recognised and developed;
- The national strategy could make the fullest possible use of the experience and attainments of other countries in fighting drug abuse and illicit trafficking and the coordinating agency might offer to share its experiences with corresponding foreign authorities.”

In ons overzicht komen we een aantal parameters naar voor die overlappen met de bovenstaande lijst. We hebben echter getracht een structuur aan te brengen opdat de gebruiker van dit instrumentarium op een systematisch manier kan tewerk gaan bij de beoordeling van het beleid. Ook dient men erover te waken dat het formuleren van principes niet bij abstracte termen blijft.

We vatten tot besluit dit instrumentarium samen. Deze tabel pretendeert niet een volledig instrumentarium te betekenen voor de evaluatie van het drugsbeleid maar geeft een eerste aanzet tot een objectieve en uitvoerbare beoordeling.

Als antwoord op de vraag wie deze evaluatie moet uitvoeren menen we dat dit moet gecoördineerd door een onafhankelijke instantie, d.w.z. een instelling die los staat van de centrale coördinatie unit en los staat van het middenveld. Dit om te vermijden dat betrokken organisaties zichzelf zouden moeten evalueren.

VOORGESTELD INSTRUMENTARIUM

1. Het creëren van de randvoorwaarden	Is er een globaal plan? Is er continuïteit ingebed in dit plan? Is dit plan gebaseerd op gunstige ervaringen in andere landen? Zijn er mechanismen voorzien om de uitvoering van het plan op te volgen?
1.1. De graad van coördinatie	Is er een horizontale en verticale beleidsafstemming voorzien in dat plan? Is er een duidelijke omschrijving van opdrachten en mandaten voor alle betrokkenen? Is er een centraal overzicht van de communicatielijnen tussen alle sectoren en beleidsgebieden?
1.2. Budgetverdeling	Stemt de horizontale/verticale budgetverdeling overeen met de beleidsopties, en de beschikbare middelen?
1.3. Budget per inwoner	Is het budget per inwoner in proportie met het budget voor andere ziektebeelden, zoals bijvoorbeeld Alzheimer (Disability-Adjusted Life Years)
1.4. Continuïteit in het budget	Worden budgetten vastgelegd voor meerdere (bv. 3 of meer) jaren.
1.5. Budgettaire ruimte voor onderzoek en evaluatie	Welke percentage van de middelen wordt besteed aan onderzoek en gegevensregistratie? Stemt de verdeling van dit budget overeen met de beleidsopties?
2. De gerichtheid naar de doelgroepen	
2.1. Aantal en types van preventie-activiteiten	Zijn er een voldoende aantal en types preventieactiviteiten? Stemmen het aantal en types preventieactiviteiten in de praktijk overeen met de beschikbare middelen? Zijn er preventiemaatregelen gericht naar de gekende risicogroepen, en is de dekking voldoende?
2.2. Aantal en types van hulpverleningsprogramma's	Bestaat er een inventaris van alle diensten en voorzieningen die een aanbod hebben op de markt? Wijst deze inventaris op volledigheid en evenwichtige spreiding van het aanbod op de markt? In welke mate is er sprake van laagdrempeligheid in de contactname, in de tijd, en in de plaats?
2.3. De kwaliteit van het 'early warning systeem' (EWS)	Bestaat er een EWS? Wordt de kwaliteit ervan geëvalueerd? Is er een systematische terugkoppeling en actieplan verbonden aan de signalen van het EWS?
3. Individuele programma's	
3.1. Mate waarin acties/programma's gebaseerd zijn op evidentie	In hoeverre zijn alle preventie-activiteiten evidence-based en effectief? In hoeverre zijn alle behandlings- en rehabilitatie-activiteiten evidence based en effectief? Bestaat er een systeem van tijdelijke toepassing van programma's binnen een onderzoek?
3.2. Mate waarin acties/programma's gebaseerd zijn op kosten-effectiviteit	Is er een proces voorzien voor de evaluatie van de kosten-effectiviteit van de uitgerollde programma's? In welke mate zijn de bestaande programma's kosten-effectief.
4. Uitkomstindicatoren	Is er een geregeld onderzoek gepland naar de sociale kost van de drugsproblematiek? Is er een opvolging van de prevalentie van het probleem volgens robuuste en met

BRONNEN

Beusekom, I., Loo, M. & Kahan, J.P. (2002). *Guidelines for implementing and evaluating the Portuguese Drug Strategy*. Santa Monica: CA : RAND.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.

De Ruyver, B., Pelc, I., Casselman, J., Geenens, K., Nicaise, P., From ,L., Vander Laenen, F., Meuwissen, K. & Van Dijck, A. (2004). *Drugbeleid in cijfers. Een studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen*. Gent: Academia Press.

EMCDDA briefing Drugs in beeld Sept Oct 2003

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention*, Manuals No. 1, Lisboa.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003). Annual report. THE STATE OF THE DRUGS PROBLEM IN THE EUROPEAN UNION AND NORWAY.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2001). Drug Coordination Arrangements in the EU Member States

Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD) (2002). *Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de EU*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD) (2003). Coördinatie: een essentieel onderdeel van nationaal en Europees Drugsbeleid. *Drugs in Beeld*, 9.

Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD) (2004). Evaluatie van de strategie en het actieplan van de Europese Unie (2002-2004). *Drugs in Beeld*, 12.

Federale Regering (2001). *Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek* (niet-gepubliceerde beleidsnota). Brussel: Federale Regering.

Graham, K., Timney, C., Bois, C., & Wedgerfield, K. (1995). Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4).

Vanoverbeke et al. Macro-economic analysis of heroin markets in the EU and the impact of substitution treatment. HEDM EMCDDA report, 2000.

Hoogerwerf, A. (1998). *Beleidsevaluatie*. Alphen aan den Rijn: Samsom.

Leurquin, P., Bils, L., Hariga, F. e.a. (2000) *Rapport national belge sur les drogues 2000*. Bruxelles: Belgian Information REITOX Network – ISP/WIV.

Leus, E. & Walckiers, D. (2002). *Early warning system on drugs at public health level in Belgium*. Brussels: Epidemiology Unit, Scientific Institute of Public Health.

Jackson, A.G. (2002). *The costs of drug abuse and drug policy*. Ottawa: Library of Parliament, report produced for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, available online at www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp.

MEANS (1999). *Socio-economische programma's*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Pelc, I., De Ruyver, B., Casselman, J., Noirfalise, A., Macquet, C., Bosman, G., Bullens, F., From, L., Meuwissen, K., Nicaise, P., Vander Laenen, F. & Warland, O. (2001). *Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers, Algemeen rapport*. Brussels: Belgian Federal Services for Scientific, Technical and Cultural Affairs.

RAND Europe . Guidelines for Implementing and Evaluating the Portuguese Drug Strategy. February 2002

Trace, M., Roberts, A. & Klein, M. (2004). *Assessing drug policy principles and practice*. Oxford: Beckley Foundation & London: Drugscope.

VAD (2004). *Memorandum over een globaal Vlaams alcohol- en drugbeleid*. On-line document beschikbaar via www.vad.be/nieuws.html.

Van Brussel, G. (2000). *Druggebruik van jeugd tot geriatrisch probleem, een samenvatting*. In: De Ruyver, B., Vermeulen, G., Flaveau, A., De Leenheer, A., Carlier, F., Noirfailise, A., Pelc, I. (Red.). *Drugbeleid 2000: Drugbeleid aan de vooravond van de 21ste eeuw (Zevende Nationaal Congres)*. Antwerpen/Apeldoorn: Maklu Uitgevers, 161-163.

Somers J, Goldner E, Waraich P, Hsu L, Prevalence Studies of Substance-Related Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Can J Psychiatry* 2004;49:373-384

Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Wet houdende instemming met het Samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid (2003, 11 mei). *Belgisch Staatsblad*, 02/06/2003.

Willenbring, M. (1996). *Case management applications in substance use disorders*. In: Siegal, H. & Rapp, R. (Red.). *Case management and substance abuse treatment: practice and experience*. New York: Springer Publishing Company, 51-76.

www.desleutel.be

www.emcdda.org