ICHO vzw
Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding
(K.U.Leuven – Universiteit Gent – Universiteit
Antwerpen – Vrije Universiteit Brussel)

De ASSIST screeningstest bij eerstejaarsstudenten te Leuven

Jen LIU, K.U.Leuven

Promotor: Catharina MATHEI, K.U.Leuven
Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde- ACHG

Co-promotor: Maura SISK, K.U.Leuven
Medisch centrum voor studenten- MCS

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011-2012

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Dankwoord

Mijn dank aan mijn promotor Prof. Dr. Cathy Matheï voor haar advies omtrent dit thema.

Mijn speciale dank aan Dr. Maura Sisk, co-promotor van de thesis en mijn praktijkopleider in het 8e jaar. Dankzij haar en het hele team van artsen en collega's in het Medisch Centrum voor Studenten is deze thesis een feit. Dank voor jullie hulp bij het verzamelen van de gegevens en voor de fijne 'teamspirit'.

Joke Claessens van het VAD wil ik zeker bedanken voor de uitleg omtrent de ASSIST en voor het leveren van de gevalideerde vragenlijst, alsook de elektronische versie. Jullie doen fantastisch werk. De website is een handige bondgenoot voor de hulpverlener en verdient zeker extra aandacht.

Graag wil ik ook mijn huidige collega's bedanken voor de fijne werksfeer en de kans om aan dit project verder te werken.

Mijn dank gaat natuurlijk ook uit naar mijn familieleden, partner en vrienden. Voor de morele steun en verwerking van gegevens. Vooral dank aan mijn ouders voor hun zorg en de kansen die ze mij hebben geboden. Dank aan mijn broer voor de PC-ondersteuning. Dank aan mijn partner en diens familie voor de goede opvang tijdens het 'verhuisproces' en het pendeltraject tussen Leuven-Lommel.

Bedankt allemaal!

Inhoudstafel

Hoofdstuk I: Inleiding en onderzoeksvraag 1

I.1 Het eerste Jaarsonderzoek (EJO) 1

I.2 De ASSIST vragenlijst 2

Hoofdstuk II: Literatuuronderzoek 3

II.1 PICO en opzoekvraag 3

II.2 Methodiek 4

II.3 Middelengebruik in het algemeen: Feiten en cijfers 5

II.3.a Tabak 8

II.3.b Alcohol 11

II.3.c Cannabis 14

II.3.d Andere illegale drugs 16

II. 4 Middelengebruik bij jongeren/jongvolwassenen en studenten. 16

II.4.a Tabak 16

II.4.b Alcohol 18

II.4.c Illegale drugs 20

Hoofdstuk III: Resultaten en discussie 21

III.1 Tabak 22

III.2 Alcohol 24

III.3 Cannabis 25

III 4. Slaapmiddelen en amfetamninen 26

Hoofdstuk IV Conclusie 26

Referenties 28

Bijlage :De ASSIST versie 3.1-NL 30

Abstract

Context

Middelengebruik is ingeworteld in onze cultuur. Naast de sociaal aanvaarde genotmiddelen (tabak en alcohol), zijn er ook de illegale drugs.
Problematisch middelengebruik leidt tot lichamelijke, psychomentale en maatschappelijke problemen. Het is dan ook nuttig om risicovol middelengebruik te detecteren en bespreekbaar te maken.
De ASSIST vragenlijst, "Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test" is een screeningsinstrument ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze werd vertaald en gevalideerd in het Nederlands door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). In mei 2011 kon deze uitgetest worden op de populatie van het Eerstejaarsonderzoek, EJO van het Medisch en Psychotherapeutisch Centrum, MPTC van de K.U.Leuven.
Dit is een gratis aangeboden preventief medisch en psychosociaal onderzoek op vrijwillige basis voor alle eerstejaarsstudenten van de K.U.Leuven en Het Lemmensinstituut.

Onderzoeksvraag

We willen zien of de ASSIST toepasbaar is in een context zoals het EJO.
Wat zijn de resultaten van de ASSIST in deze populatie van eerstejaarsstudenten hoger onderwijs te Leuven?
Kan deze vragenlijst ook eventueel als zelftest ingevuld worden of dient afname door een hulpverlener behouden te blijven?

Methode

Eerst verrichtten we een literatuurstudie via het watervalprincipe. We weerhouden de richtlijnen die betrekking hebben tot onze onderzoekspopulatie.
Daarnaast verworven we ook epidemiologische gegevens van uit databanken en verschillende internationale en nationale organisaties. De meeste gegevens komen uit de WHO, de gezondheidsenquête (HIS) 2008 en het VAD.
Er zijn twee studies met studenten die als basis dienden voor dit onderzoek. Met name het rapport: Leefgewoonten 2003 vanuit de K.U.Leuven en het rapport: In hogere sferen? volume 2 uit van AUHA, AUGent en de VAD.

In mei 2011 pasten we de ASSIST toe op 194 studenten op het EJO. Dit enerzijds met de elektronische versie beschikbaar op de VAD website in interviewvorm en via een papieren vragenlijst. De papieren versie vulden de studenten zelf in. In totaal waren er 8 artsen die hieraan deelnamen.

Resultaten

Tabak
48% van de mannelijke studenten en 64% studentes hebben nog nooit gerookt. Niemand van de ondervraagden had een hoog risicoprofiel.
Procentueel vallen er iets meer jongens dan meisjes in zowel het laag als het matig risicoprofiel. Dit bedraagt respectievelijk 31% (laag), 19%(middelmatig) en 24% (laag) en 11% (middelmatig).

Alcohol
De groep geheelonthouders bedraagt 5%. 9.7% van de studenten en 6,5% van de studentes hebben een matig risicoprofiel. Er zijn geen ondervraagden met een hoog risicoprofiel.

Cannabis
61,1% van de jongens en 82,9% van de meisjes hadden nog nooit cannabis gebruikt.
Volgens onze ASSIST screeningslijst zijn er 3,45% mannelijke en slechts 1,63% vrouwelijke studenten die een matig risico lopen door hun cannabisgebruik.

Andere illegale drugs en psychofarmaca
De prevalentie van illegaal drugsgebruik (buiten cannabis) ligt volgens de ASSIST zeer laag. Wat betreft psychofarmaca is de prevalentie van niet voorgeschreven gebruik ook laag.

Conclusie

De ASSIST is toepasbaar op het EJO. Er zouden wel aanpassingen moeten uitgevoerd worden om de elektronische vragenlijst te integreren in het bestaande programma voor het EJO.
Of het effectief de beste screeningsinstrument is voor deze populatie van studenten hoger onderwijs is niet conclusief. Het bevat geen directe vragen naar binge drinking gedrag (piekdrinken). Bovendien lijkt het navragen van tabak, alcohol en cannabisgebruik prioritair boven de ander middelen.
De meeste van de studenten hadden volgens de ASSIST nood aan informatie en een korte interventie omtrent middelengebruik. Doorverwijzing naar specialistische hulpverlening was niet aangewezen.

De resultaten van de ASSIST zijn enigszins vergelijkbaar met voorgaande studies. Het is niet evident om de gegevens te vergelijken vermits er geen uniforme vragenlijst gebruikt is geweest.
De resultaten moeten ook met voorzichtigheid bekeken worden. Mogelijks is er een onderrapportering van het gebruik, zeker deze voor illegale drugs. Dit omdat het EJO gelinkt is aan de K.U.Leuven en de studenten mogelijks sociaal wenselijke antwoorden aanbieden.

Als zelftest is de ASSIST voorlopig niet geschikt. Het kan mogelijks verwarrend zijn en bovendien verliest men de kans om directe feedback en een korte interventie te kunnen aanbieden als hulpverlener.

Hoofdstuk I: Inleiding en onderzoeksvraag

"Bewustmakingscampagne rond alcoholgebruik: studenten gefopt op fuif met alcoholvrij bier"
21 maart 2012 - *http://nieuws.kuleuven.be*

"25 en al hartaanval door het roken"
23 april 2012 – *De Standaard*

Enkele recente berichten in de media omtrent het middelengebruik van jongeren en jongvolwassenen. Studenten en middelengebruik, met voornamelijk het misbruik van alcohol in gedachten. Is het terecht of eerder een cliché?

Ik had het geluk om mijn eerste HAIO jaar in de studentenpraktijk van de K.U.Leuven te kunnen doorbrengen. Deze niet alledaagse praktijk wordt druk bezocht door studenten tijdens hun verblijf op kot en door buitenlandse studenten.
Werkzaam zijnde in de praktijk participeerde ik ook actief aan het Eerstejaarsonderzoek (EJO).
Meer uitleg over dit preventief medisch en psychosociaal onderzoek volgt.

Gelijktijdig werd er tevens een screeningstest dat ontwikkeld werd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vertaald en gevalideerd in het Nederlands. Dit door de vereniging voor alcohol-en andere drugproblemen (VAD). Deze vragenlijst heet toepasselijk de 'Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test', in het kort de 'ASSIST'. (1)
Verdere uitleg over dit instrument volgt ook later.

Gezien het preventieve karakter van het EJO leek dit een opportuniteit om de ASSIST vragenlijst te toetsen. Dit is dan ook de voornaamste onderzoeksvraag: kunnen ze de ASSIST toepassen tijdens het EJO?
Bijkomend levert deze proefdraai natuurlijk interessante data op omtrent middelengebruik bij eerstejaarsstudenten. Dit kunnen we dan ook vergelijken met data uit voorgaande studies met studenten.
Tot slot wilde ik de ASSIST vragenlijst toetsen als zelftest versus de huidige elektronische versie in interviewvorm.

I.1 Het eerstejaarsonderzoek (EJO)

Jaarlijks worden alle eerstejaarsstudenten van de K.U.Leuven en het Lemmensinstituut uitgenodigd voor het EJO.
Dit EJO wordt georganiseerd gedurende de twee semesters van het academiejaar. De sessies worden uitgevoerd door de 3 vaste stafartsen, 2 HAIO's en 3 externe artsen. Het secretariaat van het MPTC verzorgt het onthaal en de administratie van de studenten.

Per sessie (per arts) worden er 14 à 16 studenten uitgenodigd. Aangezien de opkomst 60% is, komen er gemiddeld 11 studenten per sessie. Gemiddeld is er 20 minuten voorzien per student. Sommige studenten worden sneller gezien, voor andere studenten is er meer tijd nodig.

Het betreft een **gratis preventieve medische en psychosociale controle**. De bedoeling van dit onderzoek is een aantal zaken, zoals gewicht, lengte, ... opnieuw te meten, de vaccinatiegegevens te controleren en eventueel ontbrekende vaccins toe te dienen. Aan de hand van een gesprek en een klinisch onderzoek peilt een arts naar het psychisch en fysisch welbevinden.
Het preventief geneeskundig onderzoek biedt de gelegenheid om **te praten** over heel wat vragen. Het wil bij de aanvang van de studentenloopbaan , de student helpen bij het opnemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.
Indien er problemen zijn wordt men **doorverwezen** naar een gespecialiseerde hulpverlener. Tevens kan de student informatie en brochures verkrijgen omtrent allerhande gezondheidsthema's.

I.2 De ASSIST vragenlijst

Dit is een korte toelichting uit de 'Handleiding ASSIST voor de eerstelijnsgezondheidszorg'.(1) De volledige versie inclusief informatie over een kortdurende interventie is terug te vinden op de VAD website. Tevens in Bijlage de ASSIST V3.1 NL, de antwoordkaart en de feedbackkaart.

De ASSIST is een screeningsinstrument voor alcohol, roken en ander middelengebruik. Het instrument werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en een internationaal team van onderzoekers.(21)

Oorspronkelijk is het instrument bedoeld voor de eerstelijnsgezondheidszorg, maar het is ook bruikbaar in andere sectoren. In het kader van een Vlaams-Nederlands project werd het instrument naar het Nederlands vertaald. Dit door de VAD.

De ASSIST is een screeningsinstrument, bestaande uit 8 vragen, waarmee men eenvoudig en snel een inschatting kan maken van de ernst van middelengebruik bij volwassenen.
De vragenlijst behandelt:
- tabak
- alcohol
- cannabis
- cocaïne
- stimulerende middelen type amfetamine
- slaap- en kalmeringsmiddelen
- hallucinogenen
- vluchtige snuifmiddelen
- opiaten
- andere drugs

De afname van de ASSIST biedt informatie over:
• de middelen die personen ooit tijdens hun leven hebben gebruikt;
• de middelen die ze tijdens de laatste drie maanden hebben gebruikt;
• problemen verbonden aan middelengebruik;
• risico op huidige of toekomstige problemen;
• risico op afhankelijkheid;
• intraveneus gebruik.

De ASSIST en de kortdurende interventie helden de gezondheidswerker, om:
• een inschatting te maken van de ernst van de problematiek;
• het middelengebruik bespreekbaar te maken;
• patiënten op een gestructureerde manier te informeren over de risico's verbonden aan middelengebruik;
• het middelengebruik te identificeren als een beïnvloedende factor voor bestaande aandoeningen;
• patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van een afhankelijkheidsproblematiek te detecteren.

Het resultaat van de screening geeft ook aan welke verdere opvolging aangewezen is: informatie, kortdurende interventie of intensievere hulpverlening.

Hoofdstuk II: Literatuuronderzoek

II.1 PICO en opzoekvraag

Patient, Intervention, Comparison, Outcome
P
Eerstejaarsstudenten hoger onderwijs: Lemmensinstituut en K.U.Leuven. Deze ondergaan op vrijwillige basis een medisch onderzoek, na een schriftelijke uitnodiging.

I ASSIST vragenlijst. Alcohol, smoking and Substance Involvement Screening Test.

C
Huidige Eerstejaarsonderzoek screeningtools: CUGE, Vragen naar tabak-drugs/medicatiegebruik.

O
Kan deze vragenlijst toegepast worden in en setting als het EJO?
Wat zijn de resultaten van deze ASSIST screeningstest.
Kan deze test eventueel vooraf ingevuld worden door de student zelf?

Opzoekvraag en methode
Er is in de literatuur zoveel beschreven over middelengebruik en misbruik. Talloze richtlijnen zijn verschenen omtrent het beleid en screening/diagnose.

Ik beperkte me vooral tot de richtlijnen die relevant zijn voor onze regio en populatie, en die natuurlijk betrekking hebben tot de eerstelijnszorg.
Hiervoor gebruik ik het waterval principe.

Via www.CEBAM.be hebben we toegang tot de meest relevante richtlijnen:

Domus Medica Aanbevelingen
- Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de Huisarts. Publicatie sept 2011
- Geneesmiddelenverslaving. Publicatie jun 2011
- Stoppen met roken. Publicatie sep 2006. Revisie dec 2009

Nederlandse vereniging voor huisartsen- NHG standaarden
- Problematisch alcoholgebruik. Publicatie Apr 2005
- Stoppen met roken. Publicatie Jul 2007

Centraal begeleidingsorgaan - CBO: link naar website van PVA, Partnership Vroegsignalering Alcohol. Er bestaan 4 werkgroepen, waaronder "de werkgroep Jongeren".

Website van **WHO**: www.WHO.int

Website Vereniging voor alcohol-en andere drugproblemen - **VAD**: www.VAD.be
Deze VZW overkoepelt het merendeel van de Vlaamse organisaties die werken rond het thema middelengebruik.
Via het VAD kwam ik in contact met vele data en studies omtrent middelengebruik, zowel nationaal als internationaal. De volledige lijst is terug te vinden bij de referenties. Er wordt in de verdere tekst ook steeds gerefereerd naar de bron van de data.

Ik heb tevens een Pubmed search uitgevoerd:
Pubmed search: "Substance abuse screening" limits: English, Dutch, child, all adult, Publisher last 5 years.
Enkel de reviews: 54 resultaten.

Pubmed search: "Substance abuse student" limits: English, Dutch, Publisher in the last 5 years.
Enkel de reviews: 82 resultaten.
De meeste artikels zijn niet (gratis) beschikbaar. Bovendien kon ik reeds via het VAD, de WHO en Cebam voldoende informatie verzamelen.

II.2 Methodiek

Onze onderzoekspopulatie bestaat uit 194 eerstejaarsstudenten van de K.U.Leuven,en het Lemmensinstituut. Dit zijn alle eerstejaarsstudenten die zich vrijwillig aanboden in mei 2011 voor het EJO.
We pasten de ASSIST screeningstest toe via de elektronisch beschikbare versie. Tijdens het wachten in de wachtzaal vulden de studenten ook een papieren versie in. Dit zou dienen om de ASSIST te evalueren als zelftest.

Verder verloopt het EJO via de conventionele screeningstools en vragen.
Zo wordt er aan de hand van het screeningsinstrument de CUGE nagegaan of er mogelijks sprake is van probleemdrinken.
De CUGE (23)

Heb je wel eens de behoefte gehad minder te gaan drinken?
Ben je wel eens onder invloed van alcohol geweest in een situatie met een verhoogd risico voor een ongeluk; bv. bij het fietsen of autorijden?
Heb je je ooit schuldig gevoeld over iets wat je gedaan hebt toen je had gedronken?
Heb je ooit s'ochtends alcohol gedronken om je rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid?

Het gebruik van tabak en cannabis werd nagevraagd via een multiple choice vraag:

- nooit gebruikt/ gerookt
- ooit gebruikt/ gerookt
- gelegenheidsgebruik/ gelegenheidsroker
- gestopt > 6maand geleden
- gestopt < 6 maand geleden
- huidig gebruiker/ roker

Medicatiegebruik wordt nagevraagd. Geen specifieke vragen naar andere illegale drugs. Wel wordt er een vragenlijst aangeboden omtrent psychosociaal welzijn (zoals slaapproblemen, gebruik van psychotherapie, financiële problemen etc.)

Nadien worden de resultaten van de ASSIST met de studenten besproken. Bij laag en matig risico wordt er informatie meegegeven. Er kan ook een korte interventie plaatsvinden.
Bij hoog risico worden de studenten verwezen naar de huisarts of naar het MPTC, medisch en psychotherapeutisch centrum van de K.U.Leuven.

II.3 Middelengebruik in het algemeen: Feiten en cijfers

Middelengebruik is van oudsher ingeworteld in onze cultuur. Middelen zoals alcohol en tabak werden reeds in de oudheid genuttigd. Ze zijn ook wat men sociaal aanvaarde genotsmiddelen noemt.
Onder drugs verstaan we hier alle psychoactieve stoffen die zijn opgenomen in de wet op de verdovende middelen. De voornaamste zijn cannabis, speed, cocaïne, LSD, XTC en heroïne.
De redenen die aanzetten tot en het blijven gebruiken van deze middelen zijn talrijk en meestal betreft het een samenspel van multiple factoren.
Mensen gebruiken doorgaans middelen voor de positieve (aangename) effecten. Waarom het soms uit de hand loopt hangt af van enerzijds persoonsgebonden factoren, maar ook van het middel en omgevingsgebonden factoren.(2)

Men kan middelengebruik enigszins (artificieel) indelen in riskant gebruik en problematisch gebruik. Riskant gebruik is een gebruikspatroon dat het risico op schadelijke gevolgen voor de gebruiker verhoogt'. Deze schade kan zich zowel op fysiek als mentaal en sociaal vlak

manifesteren. De term riskant gebruik is geen DSM-IV term, maar wel courant gebruikt in de literatuur.
Een trapje hoger spreekt men van echt problematisch gebruik. Dit is niet altijd eenzijdig te definiëren. Het kan beïnvloed worden door de individuele gevoeligheid (persoonsgebonden factor), de mate, wijze en duur van gebruik, combinatie van middelen, psychiatrische comorbiditeit en omgevingsfactoren. De DSM-IV maakt onderscheidt tussen stoornissen in het gebruik van middelen enerzijds. Dit slaat op misbruik en afhankelijkheid. Hierdoor ontstaan er moeilijkheden in de dagdagelijkse activiteiten van de gebruiker en heeft het vaak juridische en sociale gevolgen.
Anderzijds zijn er stoornissen door het gebruik van het middel. Dit heeft eerder betrekking tot problemen na intoxicatie, onthouding, delier enz. (3)

Als huisarts wordt je vaak geconfronteerd met middelengebruik. In het rapport omtrent 'Middelengebruik in Vlaanderen: een stand van zaken' uit 2007 ziet men dat het aantal consulten voor alcoholgebruik bij de huisarts gestaag stijgt vanaf de leeftijd van 15 jaar en een piek bereikt rond het 30ste levensjaar. Dit vaak wanneer reeds het niveau van problematisch gebruik is bereikt en in acute situaties. Alert zijn voor patronen van riskant gebruik kan uit de hand lopende situaties voorkomen. Het bespreekbaar maken van het topic is vaak al een stap in de goede richting. Het lijkt logisch dat een handig screeningsinstrument hierbij kan helpen.

Er zijn talrijke publicaties omtrent middelengebruik te vinden in de literatuur. Het VAD bundelt de meest relevante recente publicaties op hun website. Bovendien kan men ook nationale en internationale richtlijnen raadplegen.

In het Belgisch nationaal rapport (Belgian national report on drugs uit 2011) over drugs bundelt het WIV (Wetenschappelijk instituut voor volksgezondheid) cijfers over het gebruik van illegale drugs in België. Het is een rapport van de werkgroep BMCDDA (Belgian monitoring centre for drugs and drugs addiction).
Analoog hiermee kunnen we Europese cijfers raadplegen bij het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD), in het engels EMCDDA (European monitoring centre for drugs and drugs addiction). (4)
World drug Report 2010 is een initiatief van de Verenigde Naties. Het bevat internationale statistische gegevens omtrent middelengebruik.
Ook in 2010 publiceert het WHO 'The Atlas on substance abuse', met speciale aandacht voor de epidemiologie, preventie en behandeling van middelenmisbruik. (5)

Wat voor ons interessant is zijn cijfers over middelengebruik van de Belgische en Vlaamse bevolking. Deze zijn te vinden in de gezondheidsenquête. De recentste gezondheidsenquête HIS (Health interview survey) dateert uit 2008.(6)
In 2007 werd ook de beschikbare data gebundeld in een rapport: 'Middelengebruik in Vlaanderen: een stand van zaken'. (3)

Werkzaam zijnde in een studentenpraktijk zijn we vooral geïnteresseerd in gegevens omtrent studenten en jongvolwassenen.

Voor deze gegevens baseren we ons vooral op 2 onderzoeksrapporten. Een rapport uit Leuven en een grootschalige enquête resulterende uit een samenwerkingsverband tussen de universiteiten en hogescholen uit Gent en Antwerpen

Rapport leefgewoonten 2003 (7)
In 1993 en 2003 werd er vanuit het Medisch centrum voor studenten, Studentenvoorzieningen K.U.Leuven, in samenwerking met het departement Sociologie, een uitgebreid onderzoek gedaan naar het gebruik van medicatie en genotmiddelen bij studenten. Deze studie werd het **Rapport Leefgewoonten 2003** gedoopt.
De bevraagde populatie waren 2e en 4e jaarstudenten van K.U.Leuven en 2e jaarsstudenten van KHLeuven.

Populatie en responsgroep

	Populatie				Responsgroep				Respons		
	M	V	T	%	M	V	T	%	M	V	T
Groep Humane wetenschappen	1 607	2 555	4 162	48,39	577	1 200	1 777	52,90	35,91	46,97	42,70
Groep Biomedische wetenschappen	410	988	1 398	16,25	113	421	534	15,90	27,56	42,61	38,20
Groep Exacte wetenschappen	1 089	512	1 601	18,61	505	284	789	23,49	46,37	55,47	49,28
KHLeuven	512	928	1 440	16,74	108	151	259	7,71	21,09	16,27	17,99
Totaal	3 618	4 983	8 601	100,00	1 303	2 056	3 359	100,00	36,01	41,26	39,05
%	42,06	57,94	100,00		38,79	61,21	100,00				

In Hogere Sferen? Volume 2 (8)
In 2011 werd **In Hogere Sferen? vol. 2** gepubliceerd. Dit betrof een grootschalige enquête rond middelengebruik georganiseerd bij hogeschool- en universiteitsstudenten. Dit onderzoek gebeurde in een samenwerkingsverband tussen o.a. de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), de Universiteit Antwerpen (UA) en de Universiteit Gent (UGent). Het betrof een opvolging van de gelijknamige studie uit 2003.
De bevraagde studenten zijn de studenten van de Associatie Universiteit en Hogescholen Antwerpen (AUHA) en de studenten van de Associatie Universiteit Gent (AUGent), dit in de maanden maart en april 2009.

Het onderzoek had als doel een representatief beeld te schetsen voor de studentenpopulatie in de aan het onderzoek deelnemende associaties. In het academiejaar 2008-2009 waren 55.461 studenten ingeschreven in de AUGent en 29.210 studenten in de AUHA. Samen maakt dat een totale populatie van 84.671 studenten.
18.543 studenten vulden de vragenlijst volledig in, waarvan 16.953 op een rol binnen de AUGent ingeschreven en 1.590 die in de AUHA studeren. Dat betekent een responsgraad van 21,9%.

Leeftijdsverdeling **In Hogere Sferen? Vol.2**

	N	n
Leeftijd		
18 jaar	516	14,6%
19 jaar	685	19,4%
20 jaar	749	21,2%
21 jaar	634	17,9%
22 jaar	415	11,7%
23 jaar	230	6,5%
24 jaar	127	3,6%
25 jaar	53	1,5%
26 jaar	128	3,6%
Totaal	3.537	100,0%

De meeste studenten zijn late tieners of prille twintigers. 96,4% is 25 jaar of jonger, driekwart is 21 jaar of jonger.

II.3.a Tabak

De geneeskundige literatuur biedt een scala van tienduizenden studies over de invloed van het roken op de gezondheid. Het gebruik van tabak wordt tegenwoordig beschouwd als de belangrijkste vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in de wereld. De meeste data komt uit de WHO.(5)

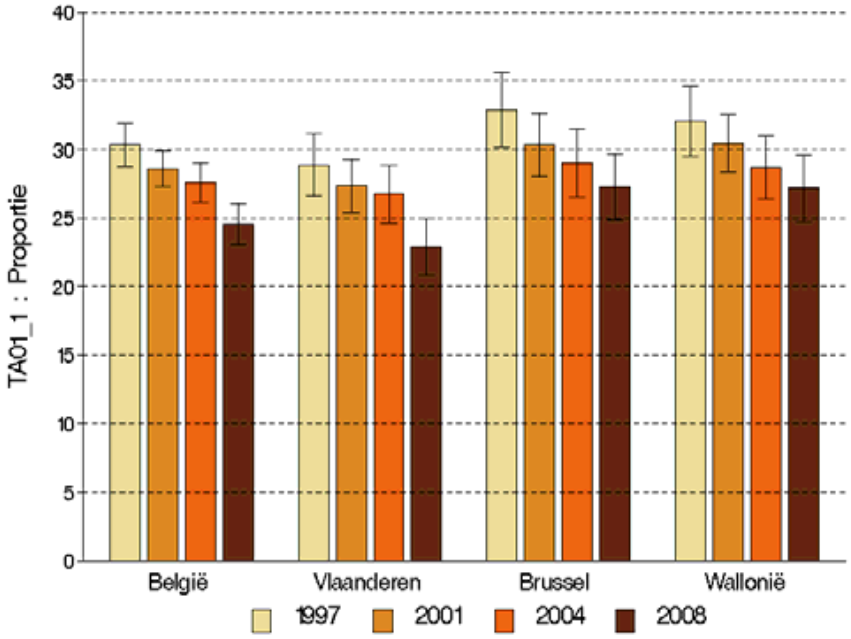
Roken is de belangrijkste risicofactor van ziekte in Europa. Volgens de WHO sterft 50% van de regelmatige rokers aan hun rookgedrag. Dit niet enkel door hun invloed op kanker, maar ook door hun belangrijke rol in cardiovasculaire aandoeningen, chronische ademhalingsproblemen en emfyseem. Het gebruik van sigaretten tijdens de zwangerschap geeft een risico op een laag geboortegewicht en wiegendood. Bovendien wordt passief roken als een belangrijk risico beschouwd voor longkanker en cardiovasculaire aandoeningen bij niet rokers, alsook voor ademhalingsproblemen bij jonge kinderen. Deze gegevens zijn niet nieuw en gekend door elke arts en ook door vele actieve rokers.
Volgens het WHO zouden er indien er tussen nu en 2020 geen drastische maatregelen genomen worden, zal roken in de Europese regio tegen dan verantwoordelijk zijn voor 20% van de sterfgevallen. Mocht de tabaksconsumptie echter nu worden beperkt, dan zouden tegen 2050 150 miljoen vroegtijdige sterfgevallen worden vermeden. Meerdere studies tonen aan dat stoppen met roken een positief effect heeft op de gezondheid. Stoppen met

roken op de leeftijd van 60, 50, 40 of 30 jaar laat die persoon respectievelijk. 3,6,9 of 10 jaar langer leven dan wanneer ze niet zouden stoppen.

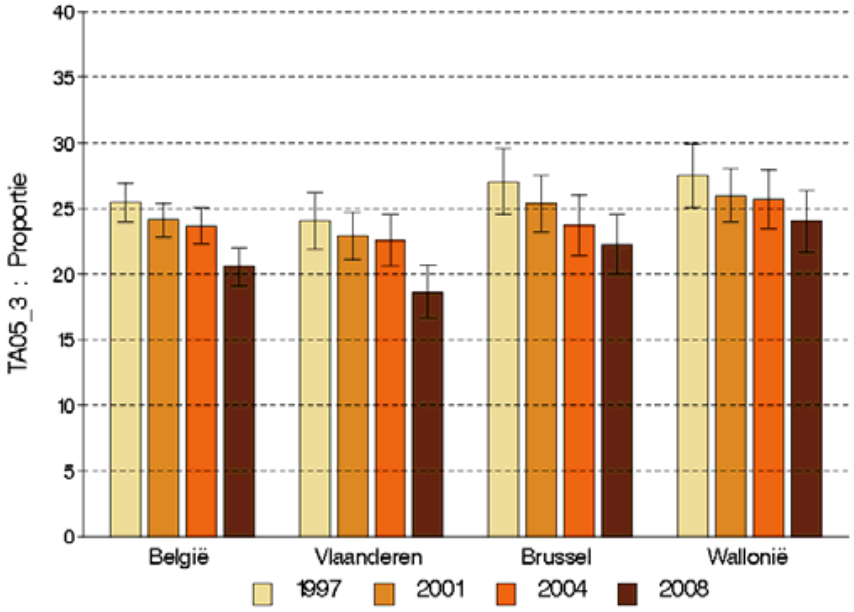
De Gezondheidsenquête HIS (6) laat toe om de evolutie van het rookgedrag in België te volgen via een omvangrijke steekproef van de bevolking.
Voor de onderstaande resultaten ivm het tabaksgebruik bij volwassenen baseren we ons op de resultaten van de Gezondheidsenquête HIS 2008

<u>Rookgedrag in de bevolking van 15 jaar en ouder</u>
In België is 25% van de bevolking roker. De grote meerderheid van de rokers is dagelijks roker. 21% van de bevolking rookt iedere dag, slechts 4% rookt af en toe. Dit is een duidelijk bewijs dat tabak een afhankelijkheid creëert. Eén roker op tien is trouwens zeer sterk afhankelijk van tabak. Men ziet wel gelukkig een dalende trend in vergelijking met 2004, toen Belgie nog 28% rokers telde.

Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat op dit moment rookt, volgens gewest en jaar, Gezondheidsenquête, België, 2008



Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dagelijks rookt, volgens gewest en jaar, Gezondheidsenquête, België, 2008

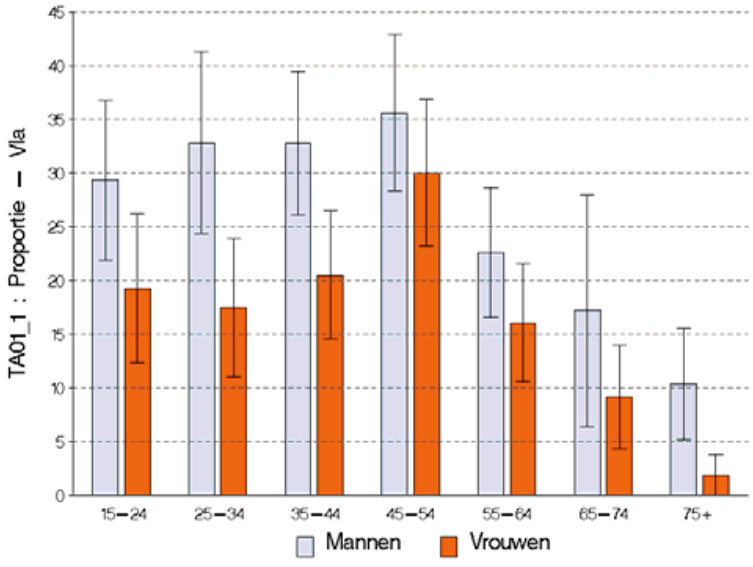


<u>Rookgedrag bij jongeren en jongvolwassenen</u>

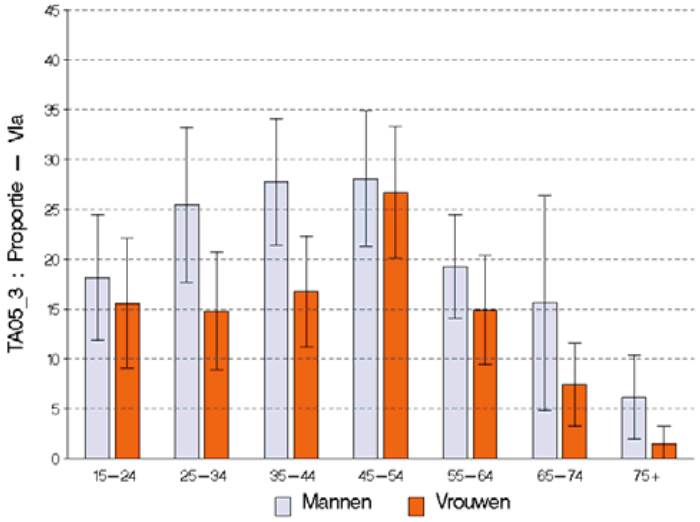
Roken komt het meeste voor in de leeftijdsgroep van 45 tot 54jaar. Wij zijn echter vooral geïnteresseerd in de jongeren en jongvolwassenen.

Volgens de HIS had in 2008 ongeveer 30% van de Vlaamse jongeren (tussen 15 en 24) nog nooit gerookt, 24% zijn actief roker en 17% zelfs dagelijks roker. Hoewel deze bevindingen niet schitterend zijn, stemt het toch tot enige optimisme. Men observeert tenslotte wel een verbetering in vergelijking met voorgaande jaren, en met in het bijzonder 2004.

Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat op dit moment rookt, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2008 – Vlaams Gewest



Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat dagelijks rookt, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2008 – Vlaams Gewest



II.3.b Alcohol

Er was reeds sprake van alcoholgebruik zo'n 10 000 jaar geleden. Nu is het zo wijdverspreid en nauwelijks weg te denken uit onze hedendaagse samenleving. Het maakt deel uit van onze cultuur en hedendaagse traditie. Naast de positieve effecten en de voordelen van alcohol zijn tevens ook de schadelijke effecten reeds lang gekend.

Het concept alcoholverslaving werd voor het eerst zo genoemd in de 19e eeuw. Echter lang hiervoor werden reeds fysieke, psychische en sociale problemen gepaard gaande met dronkenschap beschreven. Sinds de 20e eeuw gaat er meer bezorgdheid uit naar alcoholmisbruik, problematisch drinken en de omvang van alcohol gerelateerde schade binnen de samenleving. (12)
Volgens het VAD houden twee gedragingen gerelateerd aan het gebruik van alcohol ons momenteel vooral bezig:

het probleem van **chronische overconsumptie** van alcohol en het ervan afhankelijk worden. In dat geval is het vooral een gezondheidsprobleem met een (ernstige) weerslag op andere domeinen (gezin, werk ...).
we spreken van **alcoholintoxicatie** (dronkenschap) wanneer men drinkt in een verkeerde situatie (bijvoorbeeld in het verkeer) of op een verkeerde plek (bijvoorbeeld op het werk). In de meeste gevallen speelt hierbij de hoeveelheid een belangrijke rol.

Bij jongeren is er een speciale term, **"binge drinking"** Dit verwijst naar de consumptie van een grote hoeveelheid alcohol op korte tijd.
Hoewel er hierover geen internationale consensus bestaat, is de aanbeveling dat de toestand van piekdrinken overeenkomt met 8g zuivere alcohol (ethanol) per liter bloed, hetzij de consumptie van 5 glazen alcohol of meer bij mannen en 4 glazen of meer bij vrouwen, over een tijdspanne van 2 uur.

Alcoholgerelateerde problemen verwijzen op hun beurt naar de gevolgen van alcoholconsumptie voor anderen naast de individuele drinker, zoals familie, collega's, buren. Het gaat hier bijvoorbeeld om gezondheids, sociale en economische kosten van het drinken voor de gemeenschap, zoals alcohol gerelateerde verkeersongevallen en geweld. Het gebruik van alcohol kan met andere woorden problemen voor de persoon zelf en/of zijn omgeving met zich meebrengen.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat in 2004 2,5 miljoen mensen in de wereld sterven aan alcohol, waarvan 320.000 jongeren van 15 tot 29 jaar. Het schadelijk gebruik van alcohol ligt aan de basis van 3,8% van de doden geregistreerd over heel de wereld.

De WHO heeft grenswaarden aanbevolen voor alcoholgebruik die overeenkomen met een minimaal gezondheidsrisico.
Men moet echter ook in rekening brengen dat de tolerantie en de kwetsbaarheid bij alcoholgebruik verschillen van individu tot individu.

Richtlijn voor aanvaardbaar alcoholgebruik voor volwassen mannen en vrouwen:
Mannen
Gemiddeld niet meer dan 21 standaardglazen per week
Nooit meer dan 5 standaardglazen per keer
Tenminste 2 dagen per week geen alcohol (minimum 2 alcoholvrije dagen/week)
Vrouwen
Gemiddeld niet meer dan 14 standaardglazen per week
Nooit meer dan 3 standaardglazen per keer
Tenminste 2 dagen per week geen alcohol (minimum 2 alcoholvrije dagen/week)

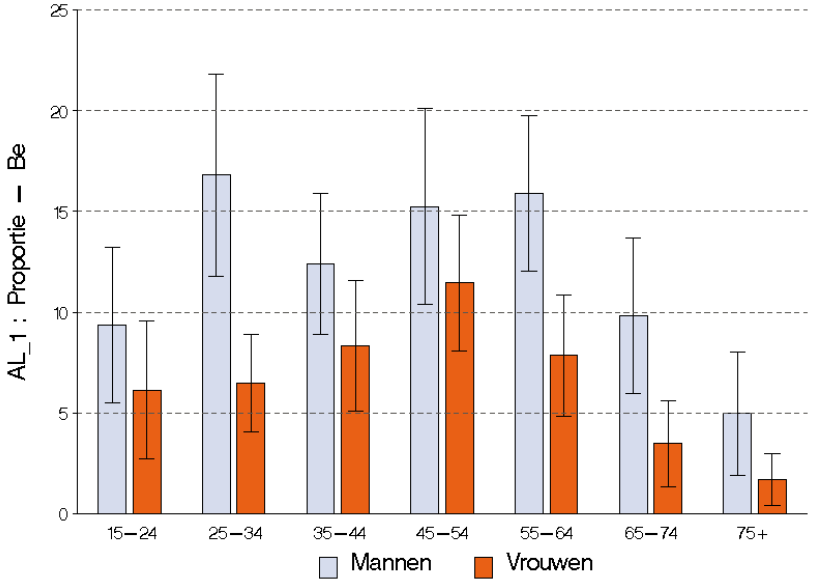
Richtlijn aanvaardbaar alcoholgebruik voor jongeren onder de 18 jaar
Jongens en meisjes
Geen alcohol onder de 16 jaar
Geen sterkedrank onder de 18 jaar
Jongens tussen 16 en 18 jaar
Niet meer dan 2 standaardglazen per keer
Niet meer dan 2 dagen per week
Geen wekelijkse gewoonte
Meisjes tussen 16 en 18 jaar
Niet meer dan 1-2 standaardglazen per keer
Niet meer dan 2 dagen per week
Geen wekelijkse gewoonte

Richtlijn voor aanvaardbaar alcoholgebruik tijdens zwangerschapswens,
zwangerschap en borstvoeding
Geen alcohol drinken als men zwanger wil worden, tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoedingsperiode is de veiligste optie.

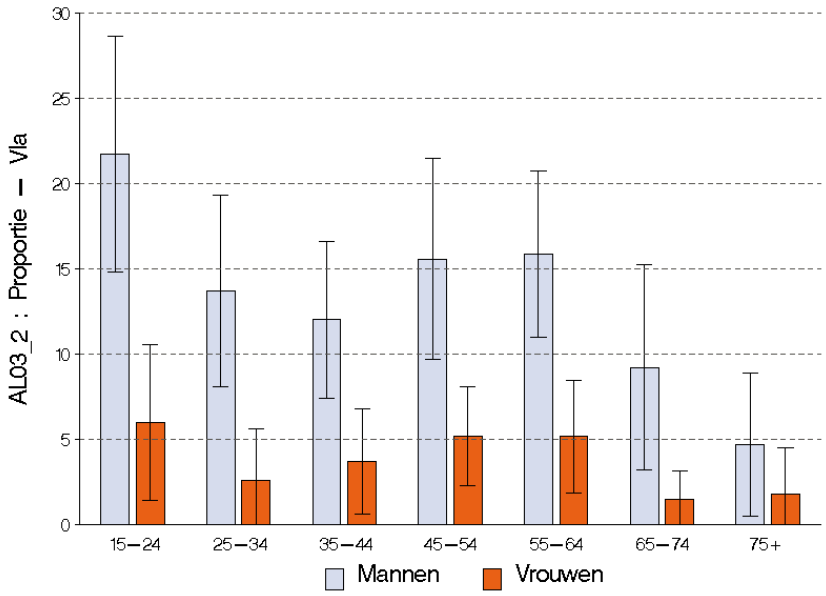
Voor de gegevens omtrent België en Vlaanderen kijken we weer vooral naar de data uit de gezondheidsenquête HIS 2008 en uit het rapport: 'Middelengebruik in Vlaanderen: een stand van zaken'.
De meerderheid van de inwoners van België van 15 jaar en ouder consumeert alcohol: 81% heeft verklaard alcohol te hebben gedronken in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête. Dit cijfer is relatief stabiel gebleven in de tijd. Men geeft aan gemiddeld 11 glazen alcohol per week te hebben geconsumeerd. Wekelijkse overconsumptie (wat overeenkomt met meer dan 14 glazen per week voor vrouwen en 21 glazen per week voor mannen) is vastgesteld bij 8% van de inwoners, wat een lichte daling is. Bovendien drinkt iets meer dan één Belg op tien (12%) dagelijks. Dit is een stijging sinds de laatste enquêtes (9%). Een ander probleem waar beleidsmakers zich zorgen over zouden moeten maken is dat het problematisch alcoholgebruik (dit betekent een chronisch overmatig alcoholgebruik of afhankelijk zijn van alcohol) blijft toenemen: 7% in 2001, 8% in 2004 en 10% in 2008. Ten slotte komt het piekdrinken (het drinken van 6 glazen of meer op eenzelfde gelegenheid), minstens wekelijks, voor bij 12% van de jongeren en bij één op tien volwassenen van 45 tot 64 jaar. Tevens is er geen vermindering van dit fenomeen in de tijd waargenomen.

Bij jongeren is vooral het binge drinking een probleem. Jongeren van 15 tot 24 jaar, en meer bepaald de jongens, zijn een belangrijke risicogroep waarbij acties ondernomen zouden moeten worden. Piekdrinken (6+ glazen op 1 gelegenheid), alsook zijn frequentie, is een gedrag dat eigen is aan deze leeftijdsgroep. Opmerkelijk is ook dat het gemiddeld aantal glazen alcohol per week (10 glazen) bij jongeren van 15-24 jaar bijna zoveel is als bij volwassenen van rijpere leeftijd – hoewel jongeren minder dagelijks drinken. Anders gezegd, jongeren consumeren op enkele dagen wat oudere personen op een hele week consumeren. Ten slotte heeft 10% van de jonge mannen van 15-24 jaar en 17% van de mannen van 25-34 jaar al problemen ervaren door hun alcoholgebruik (volgens de CAGE).

Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat een problematisch alcoholgebruik aangeeft, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2008



Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat een gedrag van geregeld piekdrinken aangeeft (minstens 1 keer per week), volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België,2008



II.3.c Cannabis

De resultaten van de HIS 2008 tonen aan dat 14% van de bevolking ooit met cannabis geëxperimenteerd heeft. Het merendeel van die personen dat ooit cannabis gebruikt heeft, heeft dit geruime tijd geleden gedaan: de resultaten tonen immers aan dat twee derde onder hen geen cannabis gebruikt heeft in het afgelopen jaar, terwijl een derde aangeeft in het afgelopen jaar cannabis gebruikt te hebben (dit wil zeggen 5% van de bevolking). Een kwart van die personen die ooit cannabis gebruikt hebben, heeft dit nog in de maand voorafgaand aan de enquête gedaan. Op bevolkingsniveau gaat het dus om 3,1% huidige gebruikers.

Ze vinden gebruikers vooral terug bij de jongvolwassenen (25 tot 34 jaar). Er zijn meer mannen dan vrouwen die cannabisgebruiken en ze vinden gebruikers ook meer terug in verstedelijkte gebieden. Cannabisgebruik komt voor in alle sociale klassen. Ze zien wel dat het gebruik stijgt met het opleidingsniveau.
Over het algemeen zijn er geen grote verschillen in vergelijking met 2004 teruggevonden worden. Daarom besloten ze dat op nationaal niveau de cijfers met betrekking tot het gebruik van cannabis gestabiliseerd zijn sinds de laatste enquête in 2004 –
Ze adviseren wel blijvende sensibilisatie voor:
1. de risico's van het chronisch of problematisch cannabisgebruik,
2. de risico's van het gebruik van cannabis op jonge leeftijd,
3.de risico's gerelateerd aan het gebruik van meerdere substanties (mengeling van drugs, combinatie drugs en alcohol …)

Informatie uit Factsheet – rapport cannabis,VAD (16)

Volgens het VAD blijkt dat in Westerse landen de meeste mensen voor het eerst in contact komen met cannabis in de vroege of late adolescentie. Bij de meesten blijft het gebruik beperkt tot een korte periode en gaat meestal om cannabis die ze hebben aangeboden gekregen, veelal van vrienden. Redenen om cannabis te gebruiken zijn nieuwsgierigheid en de kick van het onbekende of de verboden vrucht. Het is een vorm van consumptiegedrag.

Wat doet het?

Cannabis versterkt in het algemeen het gevoel van de gebruiker op dat moment. THC geeft de gebruiker een 'high' gevoel, een licht euforische stemming en ontspanning met daarna slaperigheid. Cannabisgebruik beïnvloedt ook de waarneming.

Waar halen ze het?

Uit het uitgaansonderzoek van VAD bij 775 jongvolwassenen in het uitgaansmilieu blijkt dat ongeveer drie op tien van hen die cannabis gebruiken die kopen bij vrienden; ongeveer evenveel gebruikers gaan zelf naar een coffeeshop. Cannabisgebruik is in de eerste plaats een sociaal gebeuren onder mensen die elkaar kennen.

Wie stopt en wie gaat door?

Cannabisgebruik komt het meest voor bij 18- tot 24-jarigen en daalt erg snel na de leeftijd van 34. Dit is verschillend dan voor alcohol of voor tabak.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat motieven om te stoppen met cannabisgebruik verschillend zijn voor adolescenten en volwassenen die hiervoor hulp zoeken. Adolescenten vermelden hiervoor het vermijden van problemen met de politie, met de school en met de ouders, het vinden van werk en het vermijden van een positieve drugtest. Volwassenen halen vooral de negatieve invloed aan van cannabis op hun gezondheid, hun zelfbeeld en hun sociaal imago.

Incidentele gebruikers stoppen omdat hun nieuwsgierigheid is bevredigd, ze er maar weinig aan vinden, last hebben van neveneffecten of bezorgd zijn om hun gezondheid. Mensen die vaak hebben gebruikt en er uiteindelijk mee stoppen hebben hiervoor heel uiteenlopende redenen, zoals verlies van interesse, verandering van levensstijl (werk, een gezin, …), onprettige ervaringen, … Sommige gebruikers lijken het gebruik te ontgroeien en stoppen ermee zonder dat dat een echt bewuste keuze was.

Problematisch gebruik

De ontstaansfactoren van experimenteel versus problematisch gebruik, misbruik en afhankelijkheid zijn verschillend. Dit is tenslotte zo voor alle middelen.

Adolescenten lijken gemakkelijker afhankelijk te worden van cannabis dan volwassenen. Een jonge beginleeftijd en een hoge gebruiksfrequentie zijn tekenen van riskant gebruik.

Combinatie van middelen

Een groot deel van de patiënten die beroep doen op de hulpverlening gebruikt meer dan één middel. De meest voorkomende combinaties zijn alcohol en cannabis, alcohol en XTC, en alcohol en cocaïne.

Dit werd ook bevestigd in de studie Leefgewoontes 2003. Het gebruik van sigaretten, alcohol en cannabis hangt duidelijk samen.

II.3.d Andere illegale drugs

Gegevens uit de gezondheidsenquête 2008

De prevalentie van het gebruik van andere drugs (bijvoorbeeld cocaïne, amfetamines, ecstasy) geeft aan dat 4% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar een van deze producten ooit gebruikt heeft en dat 1,5% van de bevolking dit in de afgelopen 12 maanden heeft gedaan. Het recent gebruik (in de afgelopen 12 maanden) per product overstijgt niet de 1%. De prevalentie van het gebruik van cocaïne en van amfetamines/ecstasy wordt geschat op 0,9%, het gebruik van opiaten op 0,2% en het gebruik van andere substanties op 0,3%.
Het profiel van de gebruiker van andere drugs is gelijkaardig aan deze omschreven voor de gebruiker van cannabis: het gaat vooral om mannen, jongeren en stedelingen. Zo draait de prevalentie van het gebruik in de afgelopen 12 maand, in de leeftijdsgroep van 15 tot 34 jaar, rond de 2% voor cocaïne en de groep van amfetamines/ecstasy, rond 0,4% voor opiaten en 0,3% voor andere substanties.

II. 4 Middelengebruik bij jongeren/jongvolwassenen en studenten.

Gebaseerd op Rapport Leefgewoonten 2003 en In Hogere Sferen 2? vol.2

II.4.a Tabak

Volgens de HIS 2008 zijn er minder zware rokers bij personen met een diploma hoger onderwijs (4%) dan in de andere opleidingsniveaus (9%-13%). Hoogopgeleiden roken ook gemiddeld minder sigaretten (15/dag) dan de lager geschoolden.

De resultaten van de 2 studies met betrekking tot roken:

Rapport Leefgewoonten 2003

Prevalentie:Roken Rapport Leefgewoonten 2003

	K.U.Leuven			KHLeuven		
	M	V	T	M	V	T
Ik rook nu en rookte reeds voor ik mijn hogere studies begon	13,96	12,12	12,82	32,29	25,00	27,97
Ik rook nu en begon te roken tijdens mijn hogere studies	4,43	3,93	4,12	5,62	1,69	3,38
Ik heb vroeger gerookt maar ben reeds voor mijn hogere studies gestopt	2,79	3,10	2,99	2,50	3,60	3,14
Ik heb vroeger gerookt maar ben tijdens mijn hogere studies gestopt	6,87	6,17	6,44	8,86	5,41	6,84
Ik heb nooit (regelmatig) gerookt	75,83	77,83	77,07	63,22	80,70	73,13

Frequentie:Rookgedrag tijdens examens

	K.U.Leuven			KHLeuven		
	M	V	T	M	V	T
Meer tijdens examens	22,46	29,01	26,28	11,11	27,03	19,18
Evenveel tijdens examens	28,88	24,43	26,28	33,33	10,81	21,92
Minder tijdens examens	48,66	46,56	47,44	55,56	62,16	58,90
Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
N	187	262	449	36	37	73

Studie In Hogere sferen? vol.2:

Prevalentie en beginleeftijd:

Meer dan de helft (51,2%) van de studenten in de twee associaties heeft ooit tabak gerookt. Iets meer jongens hebben ooit gerookt dan meisjes: 54,0% van de mannelijke studenten tegenover 49,0% van de vrouwelijke studenten11.

De gemiddelde leeftijd voor de eerste sigaret is 15,20 jaar (standaardafwijking 2,22 jaar). De gemiddelde beginleeftijd voor jongens en meisjes is gelijk.
Van de rokers heeft 63,6% ook nog het laatste jaar gerookt. Op de totale steekproef rookte het laatste jaar 38,3% van de studenten. Ook hier is er een geslachtsverschil te merken: het laatste jaar rookte 44,1% van de mannen en 33,5% van de vrouwen12.

Frequentie:

Als men rookt, rookt men meestal dagelijks. Op de volledige steekproef is ongeveer 14% van de studenten dagelijks roker. Dit percentage schommelt bijna niet tussen de verschillende periodes (14,5% dagelijkse rokers tijdens het academiejaar, 14,6% tijdens de examenperiode en 14,0% tijdens de vakantie). Een klein percentage rookt 1 keer of meerdere keren per week maar niet dagelijks (5,6% tijdens het academiejaar, 4,3% tijdens de examenperiode en 5,9% tijdens de vakantie). Terug een grotere groep zijn de 'sporadische rokers'. Zij roken maandelijks (maar niet wekelijks) of minder dan maandelijks. Bij deze groep kan men een terugval opmerken tijdens de examenperiode waar 3,9% sporadisch rookt, terwijl dit 9,9% is tijdens het academiejaar en 9,8% tijdens de vakantie.
Tijdens de verschillende periodes werden geen verschillen vastgesteld tussen mannen en vrouwen naar gebruiksfrequentie.

II.4.b Alcohol

In Hogere sferen? vol.2:
Prevalentie en frequentie van alcoholgebruik:

BIER

	niet	1x/maand	> 1x/md < 1x/wk	1x/week	> 1x/wk < dagelijks	dagelijks
Academiejaar	3,5%	16,5%	18,5%	20,5%	36,7%	4,3%
Examenperiode	44,1%	17,8%	17,7%	12,9%	6,5%	0,9%
Vakantieperiode	3,6%	12,7%	17,5%	18,7%	41,4%	6,1%

WIJN

	niet	1x/maand	> 1x/md < 1x/wk	1x/week	> 1x/wk < dagelijks	dagelijks
Academiejaar	3,5%	33,7%	32,5%	18,5%	11,6%	0,2%
Examenperiode	48,5%	23,2%	17,4%	6,9%	3,6%	0,3%
Vakantieperiode	3,3%	27,9%	31,4%	17,9%	18,3%	1,1%

APERITIEVEN

	niet	1x/maand	> 1x/md < 1x/wk	1x/week	> 1x/wk < dagelijks	dagelijks
Academiejaar	4,5%	48,1%	29,8%	12,2%	5,3%	0,2%
Examenperiode	68,2%	21,6%	6,0%	2,7%	1,7%	0,0%
Vakantieperiode	4,2%	39,8%	32,3%	14,2%	8,8%	0,7%

STERKE DRANK

	niet	1x/maand	> 1x/md < 1x/wk	1x/week	> 1x/wk < dagelijks	dagelijks
Academiejaar	4,6%	46,7%	31,2%	11,5%	5,7%	0,3%
Examenperiode	67,8%	19,2%	9,1%	2,6%	1,0%	0,2%
Vakantieperiode	4,0%	39,7%	33,3%	13,8%	8,6%	0,5%

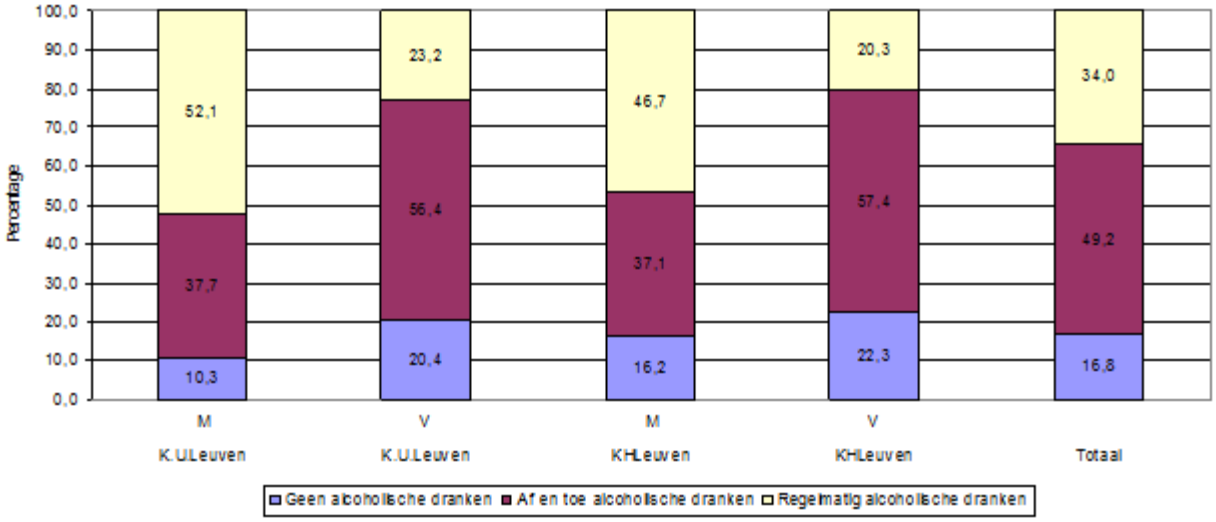
Problematisch alcoholgebruik:

AUDIT-score	Algemeen	Mannelijke studenten	Vrouwelijke studenten
0-7	66,1%	48,1%	80,7%
8-15	28,0%	40,9%	17,6%
16-19	3,8%	7,1%	1,1%
20-40	2,1%	4,0%	0,6%

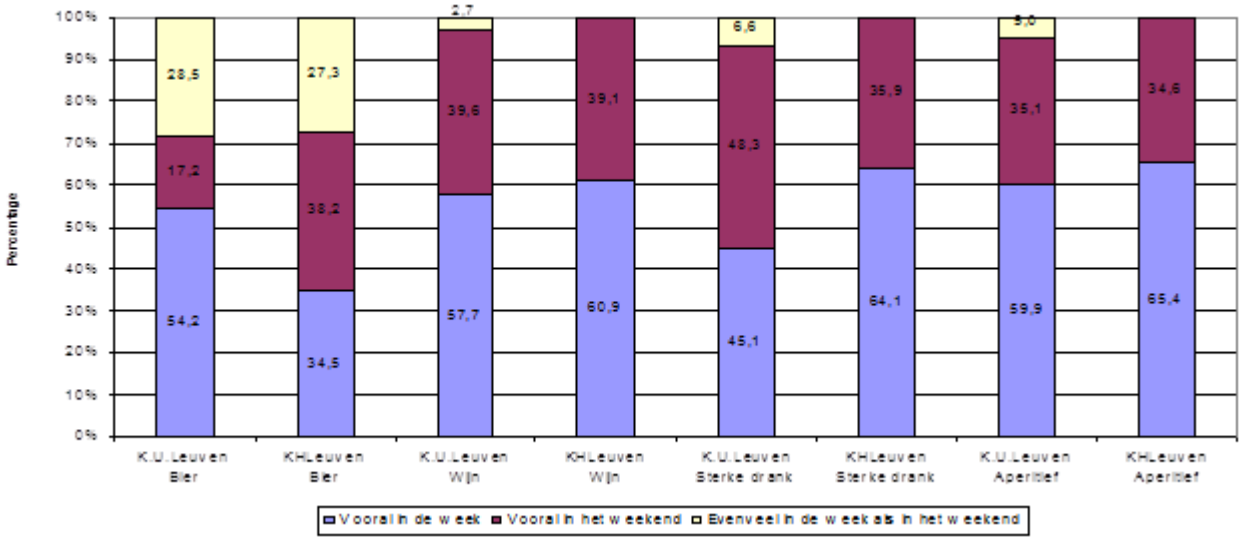
Frequentie binge drinking	Aandeel studenten (vrouwen)	Aandeel studenten (mannen)	Totaal
Nooit	51,6%	34,0%	43,6%
Minder dan maandelijks	36,4%	35,1%	35,7%
Maandelijks	9,8%	16,8%	13,0%
Wekelijks	3,5%	12,2%	7,4%
Dagelijks of bijna dagelijks	0,1%	0,6%	0,3%

Rapport Leefgewoonten 2003

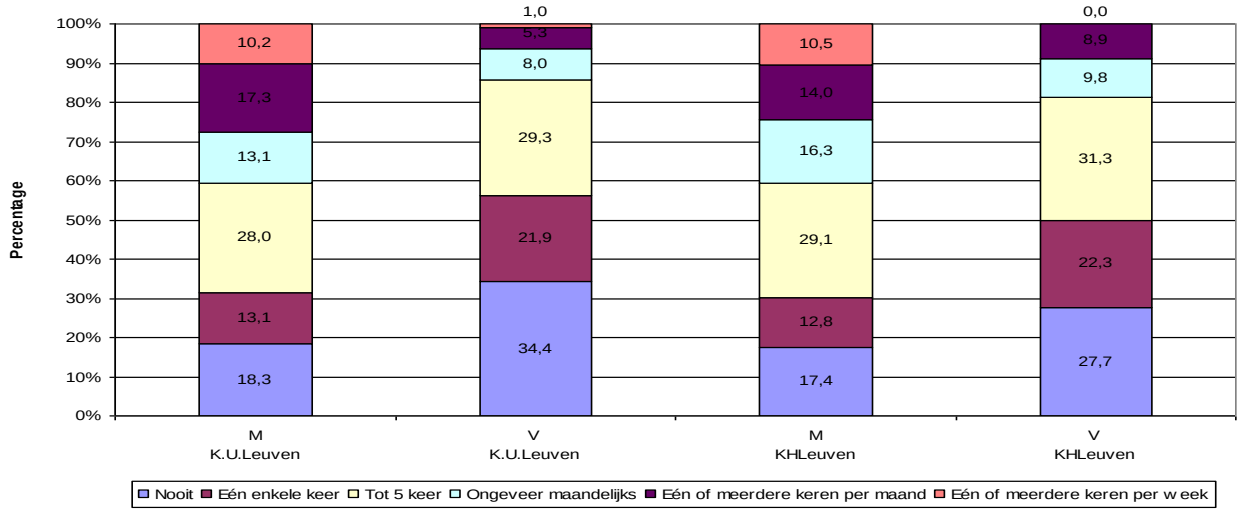
Prevalentie van alcoholgebruik:
Drankgebruik naar geslacht en onderwijsinstelling



Drankgebruik tijdens de week of het weekend



Frequentie van dronken zijn



II.4.c.Illegale drugs

<u>Rapport Leefgewoontes 2003</u>

De onderzoekers melden dat er mogelijks een onderrapportering mogelijk is vermits het om een zeer delicate materie gaat. Er is volgens de studie een laag gebruik van alle vormen van illegale drug, behalve voor cannabis. Er is tevens een stijging merkbaar van dit gebruik. Dit vooral in het experimenteergedrag. Men vermoedt dat dit ten dele een gevolg kan zijn van de tolerantie ten aanzien van het gebruik en het bezit van cannabis voor eigen gebruik.
Gebruik van andere illegale drugs zoals cocaïne, heroïne, opioïden en LSD kwam amper voor. Met illegale pepmiddelen werd wel eens geëxperimenteerd.

<u>In Hogere sferen? vol.2</u>

In deze studie heeft bijna de helft van de bevraagde studenten wel ooit eens cannabis gebruikt. Een vijfde heeft zelfs in het laatste jaar cannabis gebruikt. De gebruikers zijn meestal mannelijke studenten. Er zijn bijna dubbel zoveel mannen die het laatste jaar cannabis gebruikten dan vrouwen.

De enige andere illegale drugs die opgenomen waren in de bevraging waren amfetamines, xtc en cocaïne. Het ooit-gebruik hiervan was zeer laag. Het blijft beperkt tot een zeer klein deel van de studentenbevolking.

Hoofdstuk III: Resultaten en discussie

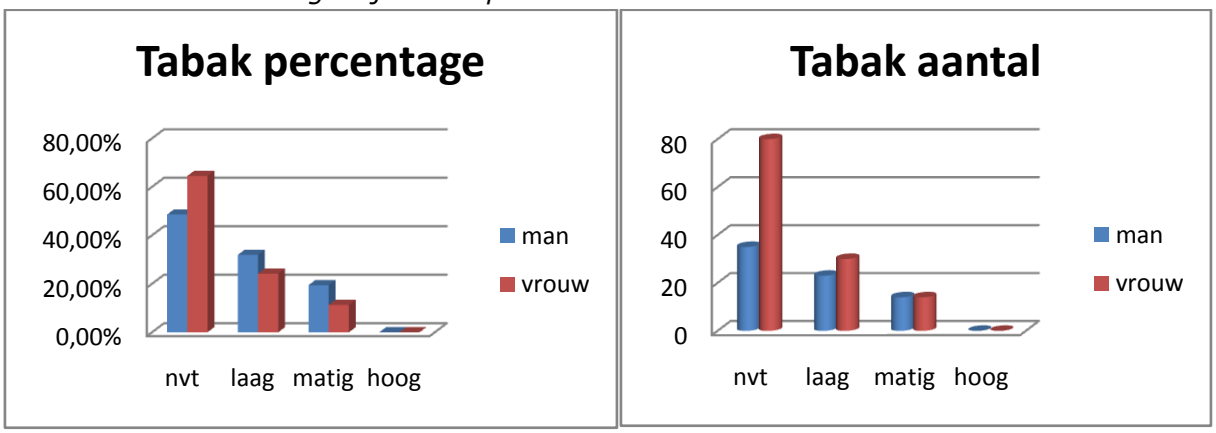
De resultaten van de ASSIST vragenlijst worden weergegeven in deze tabel. De data worden gerangschikt per middel en ook volgens geslacht.

Patiënt/geslacht	man nvt	man laag	man matig	man hoog	vrouw nvt	vrouw laag	vrouw matig	vrouw hoog
Tabak	35	23	14	0	80	30	14	0
	48,61%	31,94%	19,44%	0,00%	64,52%	24,19%	11,29%	0,00%
Alcohol	3	62	7	0	8	108	8	0
	4,17%	86,11%	9,72%	0,00%	6,45%	87,10%	6,45%	0,00%
Cannabis	44	22	6	0	102	19	2	0
	61,11%	30,56%	3,45%	0,00%	82,93%	15,45%	1,63%	0,00%
Cocaïne	72	0	0	0	123	1	0	0
	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	99,19%	0,81%	0,00%	0,00%
Amfetamine	70	2	0	0	123	1	0	0
	97,22%	2,78%	0,00%	0,00%	99,19%	0,81%	0,00%	0,00%
Snuifmiddelen	72	0	0	0	124	0	0	0
	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Slaapmiddelen	68	4	0	0	119	3	2	0
	94,44%	5,56%	0,00%	0,00%	95,97%	2,42%	1,61%	0,00%
Hallucinogenen	72	0	0	0	124	0	0	0
	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Opiaten	72	0	0	0	124	0	0	0
	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Andere	72	0	0	0	124	0	0	0
	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
intraveneus	72	0	0	0	124	0	0	0
	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Omdat vooral het gebruik van tabak, alcohol en cannabis belangrijk zijn voor onze populatie worden deze apart in grafieken weergegeven. Het gebruik van illegale drugs is zoals verwacht zeer laag. Verdere uitspraken hierover kunnen we dus niet doen.

III.1 Tabak

Resultaten ASSIST vragenlijst steekproef



Antwoorden EJO van de algemene populatie: Jongens
Blanco 2,02%
Gelegenheidsroker 5,53%
Gestopt met roken(meer dan 6m) 1,91%
Gestopt met roken(minder dan 6m) 8,85%
Huidig roker 6,48%
Nooit gerookt 73,75%
Ooit geproefd 9,46%

Antwoorden EJO van de algemene populatie: Meisjes
Blanco 1,79%
Gelegenheidsroker 3,79%
Gestopt met roken(meer dan 6m) 2,00%
Gestopt met roken(minder dan 6m) 0,96%
Huidig roker 3,51%
Nooit gerookt 83,32%
Ooit geproefd 4,62%

Van de ondervraagde studenten heeft 48% van de mannelijke studenten en 64% van de vrouwelijke studenten nog nooit gerookt.
0% heeft volgens de ASSIST een hoog risicoprofiel. Procentueel vallen er iets meer jongens dan meisjes in zowel het laag als het matig risicoprofiel. Dit bedraagt respectievelijk 31% (laag), 19%(middelmatig) en 24% (laag) en 11% (middelmatig).

Als we dit vergelijken met de antwoorden van het EJO van onze steekproef dan zien we dat ongeveer 66% van de studenten menen nooit gerookt te hebben.

Resultaten EJO steekproef rookgedrag (tabak)

	nooit	ooit	G	mi6md	me6md	roker
roken	130	23	20	4	6	13
	66,33%	11,73%	10,20%	2,04%	3,06%	6,63%

Volgens de gegevens van het EJO van 2010-2012 hebben 73% van de mannelijke studenten nog nooit gerookt en ongeveer 6% zijn huidige rokers. Onder deze 6% zijn er 22% sterk nicotine afhankelijk.
Het percentage van vrouwelijke studentes die nog nooit hebben gerookt ligt volgens het EJO ook hoger en bedraagt 83%. Er zijn slechts 3,5% huidig rookster en hiervan is 23% sterk nicotineafhankelijk.

Volgens de ASSIST screening lijst valt dus 19% van de mannen en 11% van de vrouwen onder een middelmatig risicoprofiel. Zij lopen dus een matig risico op problemen door hun huidige gebruikspatroon.

Vergeleken met de resultaten van het EJO van zowel de steekproef als de algemene EJO cijfers lijkt dit erg hoog. Toch indien men de algemene cijfers van het EJO voor jongens bekijkt dan zien we dat ongeveer 12% van de mannelijke studenten toch rookt (huidig roker en gelegenheidsroker). Voor vrouwen is dit iets meer dan 7%.

Kunnen we dan besluiten dat onze steekproef niet representatief was? Of is de ASSIST geen ideale screeningstool voor onze studiepopulatie?

Wellicht is de steekproef niet helemaal representatief. De resultaten van het EJO van de steekproef toont ook een lager percentage van niet rokers tov. de algemene EJO resultaten. Er waren ook ongeveer 6,5% rokers in de steekproef en slechts 5% volgens de algemene resultaten.

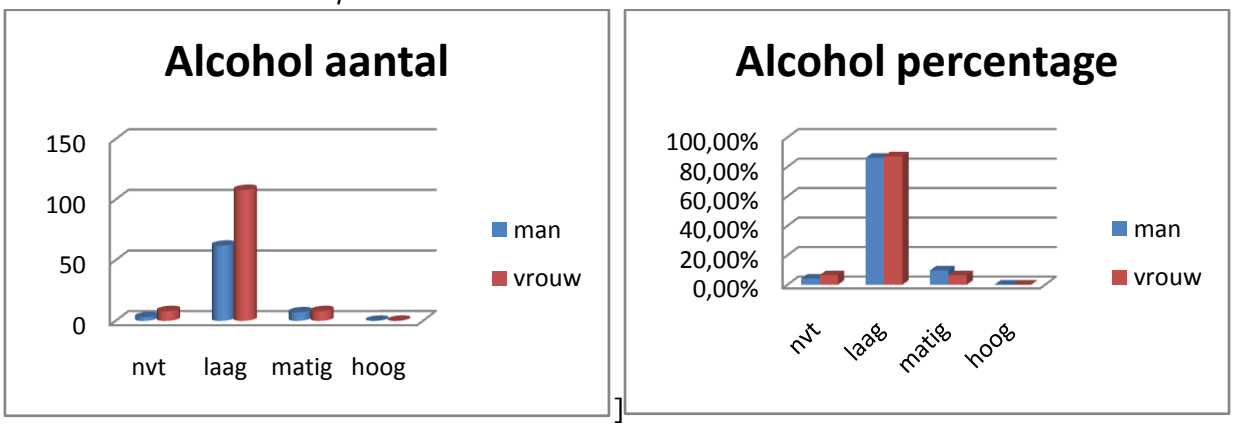
Volgens de ASSIST heeft men ook een middelmatig risicoprofiel van tabaksgebruik indien men wekelijks rookt. Hierdoor vallen veel gelegenheidsrokers ook in deze categorie. Terwijl de manier van bevraging van het EJO de student eerder subjectief laat kiezen tussen "ooit geproefd" en "gelegenheidsroker".

De prevalentie van dagelijkse rokers is sowieso lager dan de algemene Vlaamse jongeren en jongvolwassenen (tussen 15 en 24jaar) met 27% dagelijkse rokers.

Bovendien komen ze goed overeen met de cijfers van de studie "In Hogere sferen? vol.2". 14% van de ondervraagde studenten zouden immers dagelijks roken.

III.2 Alcohol

Resultaten ASSIST steekproef.



]

Uit de resultaten blijkt dat 9,72% van de mannelijke studenten een matigrisicoprofiel hebben voor alcoholgebruik. Dit is 6.45% voor de vrouwelijke ondervraagde studentes. Opvallend is dat de groep geheelonthouders slechts ongeveer 5% van de eerstejaarsstudenten bedraagt.
Weerom blijkt er volgens de ASSIST geen ondervraagden in de hoog risicocategorie.

Resultaten van de EJO steekproef (CUGE)

	≥1	<1
CUGE	45	151
	22,96%	77,04%

Als we de resultaten van het EJO erbij nemen, zien we dat de 23% van de ondervraagden van onze steekproef positief antwoordde op 1 of meer stellingen in de CUGE test. Dit wijst op mogelijks problematisch alcoholgebruik.
Als we kijken naar de algemene cijfers van het EJO 2010-2011 zien we dat ongeveer 24% van de jongens en slechts 9% van de meisjes positief antwoordde op de CUGE test.
Onze steekproef lijkt dus weerom niet helemaal representatief voor de algemene populatie.

Vergelijken we onze resultaten met de studie "In Hogere sferen? vol.2" dan zien we dat ongeveer 6% van de ondervraagden in risico zone III en IV van de AUDIT screeningtool vallen. Het aandeel mannelijke studenten is hier ook veel groter dan het aandeel studentes.
Voor deze studenten in zone III en IV geldt dan ook het advies: een korte interventie, of verwijzing.

Een groot nadeel van de ASSIST is het niet specifiek navragen van 'binge drinking' gedrag. Dit blijkt namelijk een belangrijke factor van problematisch drankgebruik bij jongeren en studenten. Dit werd bevestigd in de studie "In Hogere sferen". Hieruit bleek dat 7,4% van de ondervraagden wekelijks aan binge drinking doet. Het merendeel hiervan zijn mannelijke studenten.
Er wordt wel gepeild naar intoxicatie voornamelijk in vragen 4 en 5 van de ASSIST. Intoxicatie is vaak een gevolg van binge drinking. Op deze manier wordt er toch indirect gepeild naar het risico op binge drinking gedrag.

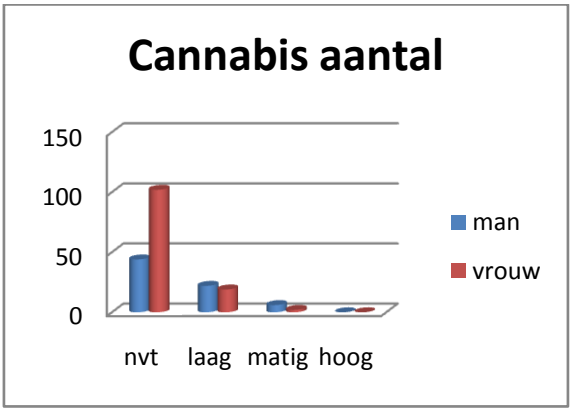
In het huidige EJO wordt de CUGE test gebruikt Hier is een vraag geïncludeerd die peilt naar rijden onder invloed. Dit is ook een manier om indirect te peilen naar het consumeren van grote hoeveelheden alcohol in een korte tijdsspanne en intoxicatie.

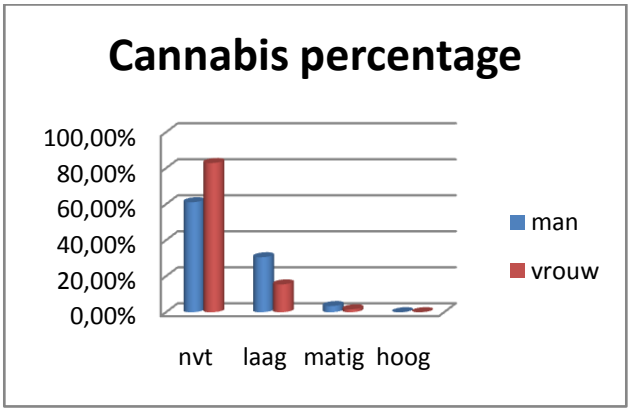
De verschillende studie zijn ook slecht vergelijkbaar vermits verschillende vragenlijsten en scoremiddelen zijn gebruikt.

Misschien is het toch nuttig om binge drinking gedrag direct te evalueren met specifieke vragen. Dit zou kunnen geïntegreerd worden in het EJO.

III.3 Cannabis

resultaten ASSIST cannabis steekproef





Volgens onze ASSIST screeningslijst zijn er 3,45% mannelijke en slechts 1,63% vrouwelijke studenten die een matig risico lopen door hun cannabisgebruik.

resultaten EJO algemene populatie: Jongens
Blanco 2,76%
Gelegenheidsroker 5,84%
Gestopt met roken(meer dan 6m) 0,64%
Gestopt met roken(minder dan 6m) 0,32%
Huidig roker 1,70%
Nooit gerookt 78,00%
Ooit geproefd 10,73%

Resultaten EJO algemene populatie: Meisjes
Blanco 2,27%
Gelegenheidsroker 1,38%
Gestopt met roken(meer dan 6m) 0,55%
Gestopt met roken(minder dan 6m) 0,21%
Huidig roker 0,69%
Nooit gerookt 89,11%
Ooit geproefd 5,79%

Volgens het EJO zijn er bij de jongens 1,7% die huidig gebruiker zijn en 5,5% gelegenheidsgebruiker. Dit aandeel ligt aanzienlijk lager bij de meisjes met 0,7% en 1,4%.

In onze steekproef lijkt het aandeel gebruikers ook weer hoger te liggen dan de algemene populatie ondervraagden tijdens het hele EJO met 3% gebruikers en 4.5% gelegenheidsgebruikers.

Kan dit te wijten zijn aan het feit dat de ASSIST in interviewvorm wordt afgenomen? Men kan als ondervrager ook suggestieve opmerkingen maken zoals: "heeft U ook nooit cannabis gebruikt op een feestje?" Dit lijkt echter niet de reden vermits de resultaten van het EJO van de steekproef omtrent cannabis wel overeenkomen met de resultaten van de ASSIST. Onze steekproef zal te klein zijn om echt representatief te zijn voor cannabis.

III.4 Slaapmiddelen en amfetaminen

De meeste studenten hebben volgens de ASSIST nooit slaapmiddelen gebruikt. Hier is ook het gebruik bij mannen groter dan bij vrouwen. Toch zijn er procentueel iets meer vrouwen die een matig risicoprofiel vertonen dan mannen (1,6% vs. 0%). De steekproef is echter te klein om harde uitspraken hieromtrent te doen.

Volgens het EJO gebruiken 4,10% van de mannelijke studenten en 4,50% van de studentes wel eens anxiolytica, antidepressiva en andere psychofarmaca.

De gegevens omtrent medicatiegebruik is natuurlijk moeilijk vergelijkbaar tussen de ASSIST en het EJO. In het EJO bevraagt men alle medicatie, ook het gene dat wordt voorgeschreven door een arts. Bij de ASSIST dient men enkel de medicatie te vermelden die niet volgens voorschrift wordt ingenomen.

Hoofdstuk IV Conclusie

Om te antwoorden op de onderzoeksvragen:

1 Kan de ASSIST gebruikt worden in een context van EJO?

Ja, we hebben alle studenten die zich aanboden in de maand mei 2011 het volledige EJO kunnen afronden inclusief de ASSIST.
Er werden evenwel 2 studenten per arts minder uitgenodigd per sessie van 3 uur.

Er werd geen specifieke peiling gedaan naar de gebruikservaringen van de artsen. In het algemeen waren de reacties positief afgaande van het gebruiksgemak.

Indien de ASSIST zou gebruikt worden, dan zijn er aanpassingen nodig om de vragenlijst te integreren in het huidige softwareprogramma om het gebruikscomfort te verhogen. Nu moet men steeds via een online link werken.

Het EJO wordt steeds onderworpen aan verbeteringen. Een van de veranderingen zou mogelijks het directer peilen naar binge drinking gedrag zijn.

2. De resultaten van de ASSIST

Voor **illegale drugs** (buiten cannabis) en **incorrect medicatiegebruik** kunnen we geen conclusies trekken. Het enige wat men kan is de gegevens van bestaande studies met studenten bevestigen. Het gebruik van illegale (hard)drugs is zeer beperkt bij studenten in het hoger onderwijs. Het specifiek screenen naar het gebruik hiervan lijkt eerder niet prioritair.

Natuurlijk kan de prevalentie ook laag lijken doordat het over een delicate materie gaat. De student kan mogelijk niet eerlijk geantwoord hebben in deze context. Vooral omdat de test wordt afgenomen door een arts verbonden aan de universiteit.

Voor **tabak** waren de voornaamste bevindingen:
Geen studenten met een hoog risicoprofiel.
Vooral mannelijke studenten met een laag en matig risicoprofiel. Voor studenten was dit 31,9% (laag) en 19,4% (matig). Bij studentes 24,2%(laag) en 11,3%(matig).

Verdere screening en sensibilisering omtrent roken lijkt dus zinvol. Via de ASSIST kan men op basis van de ernst van het middelengebruik de juiste interventie toepassen. Bij onze populatie blijkt vooral korte interventie met informatie over de risico's en rookstopadvies van toepassing.

Voor alcohol zijn de gegevens:
Slechts 5% geheelonthouders in deze populatie. Geen studenten met een hoog risicoprofiel. Dus dit betekent dat bijna de hele populatie een laag of matig risicoprofiel heeft. Blijvende screening en sensibilisatie is zinvol. Meestal is informatie of een korte interventie aangewezen.

Meer aandacht voor binge drinking gedrag is wenselijk voor deze populatie. Dit item komt slechts indirect aan bod via de ASSIST screeningstest.

Er bestaat ook nog geen consensus hierover. De HIS spreekt van minimum 6 eenheden alcohol in 2uur tijd en de VAD over 4 of 5 eenheden.

Voor **cannabis** zijn de voornaamste bevindingen:
Vooral gebruikt door mannelijke studenten. 61% van de jongens en 83% van de meisjes hebben nog nooit gebruikt als eerstejaarsstudent. Geen studenten met een hoog risicoprofiel.

Vergelijkingen maken met voorgaande studies met studenten is niet altijd even gemakkelijk vermits er niet een uniforme vragenlijst is gebruikt (CUGE, ASSIST, AUDIT voor alcohol bijvoorbeeld).

3. Kan dit instrument als zelftest ingevuld worden?

Neen, hoewel de antwoorden en resultaten grotendeels overeenstemmen met de elektronische versie, wordt het als verwarrend ervaren door de studenten.

Referenties

1. Screening en kortdurende interventie met de ASSIST www.VAD.be

2 lse De Mouseneire, Als Vandenberghe. Brochure: Drugs etcetera. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, VAD. 2003

3. Alexander Witpas, Marleen van Dijk, Rudi Overloop en Ria Vandenreyt, eindredactie. Middelengebruik in Vlaanderen: Een stand van zaken Vlaams Agentschap zorg en gezondheid. 2007.

4 João Goulão, voorzitter EWDD. Stand van de drugsproblematiek in Europa: Jaarverslag 2011. Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugverslaving (EWDD). 2011

5. Saxena S. WHO. ATLAS on substance use: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. 2010
http://www.who.int/substance_abuse/publications/Media/en/

6. HIS Health Interview Survey: Lifestyle statistics: Smoking, Alcohol consumption, Illegal drugs. Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology.
https://www.wiv-isp.be/epidemio/hisia/

7. Sisk Maura, Smedts Diane. Rapport Leefgewoonten 2003. Studentenvoorzieningen K.U.Leuven (ongepubliceerd, intern rapport). 2003

8. Guido Van Hal, redacteur. In Hogere Sferen? Volume 2.: Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten. April 2011

9. Martin J Jarvis. *ABC of smoking cessation:* Why people smoke. BMJ VOLUME 328 31 january 2004

10. J. Gailly et al. Stoppen met roken. Domus medica. september 2006. revisie december 2011
P. Chevalier et al. Geneesmiddelenverslaving. Domus medica. juni 2011

11. Philippe Louis, eindredacteur. Roken documentatiemap. OIVO: Stichting van openbaar nut. 2011

12. David Möbius, auteur. Dossier Alcohol. Vereniging voor alcohol-en andere drugproblemen (VAD). 2009

13. A. Van Den Bruel, B. Aertgeerts et al. CUGE: A screening instrument for alcohol abuse and dependence in students.

14. J. Michels et al., Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Domus medica. september 2011

15. Hilde Kinable, auteur. Ilse Bernaert, Geert Verstuyf, redactie. Dossier Cannabis. VAD 2008

16.Els De Donder, redactrice. Factsheets: Cannabis. Vereniging voor Alcohol-en andere drugproblemen, VAD. augustus 2011

17.Marc Vandercammen. Consumptieprofielen van jongeren. OIVO:Stichting van openbaar nut. 2011

18. Marc Vandercammen. Jongeren en drugs. OIVO: Stichting van openbaar nut. 2010

19.Onderwerp: Tabak. VIGeZ: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. Beschikbaar via http://www.vigez.be/

20.Johan Rosiers, auteur. Inge Baeten, Nadine Roose, redactie. Dossier: Middelengebruik en suïcide. VAD. april 2007

21. The ASSIST project: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html

22. Problematisch alcoholgebruik. NHG standaarden Apr 2005
Stoppen met roken. Publicatie NHG standaarden. Jul 2007
http://nhg.artsennet.nl/home.htm

23. B. Aertgeerts et al, the value of CAGE, CUGE and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. Alcohol and Clinical Experimental research 2000 , 20, p 1-5

Bijlage

A. ASSIST V3.1-NL

Naam Interviewer:
Naam cliënt: Datum:

Inleiding (Lees voor aan de cliënt. U kunt de formulering aanpassen op maat van de cliënt.)

"Ik ga u een aantal vragen stellen over uw ervaringen met gebruik van alcohol, tabaksproducten en andere drugs gedurende uw hele leven en in de afgelopen 3 maanden. Deze middelen kunnen gerookt, geslikt, gesnoven, ingeademd of ingespoten worden (laat de antwoordkaart zien).
Sommige van de opgesomde middelen kunnen worden voorgeschreven door een arts (zoals amfetamines, kalmeringsmiddelen en pijnmedicatie). Voor dit interview zal medicatie op voorschrift van een arts niet worden genoteerd. Wanneer u echter medicijnen neemt met een andere bedoeling dan waarvoor ze voorgeschreven zijn, vermeld ze dan wel. Vermeld voorgeschreven medicatie ook als u ze in hogere doses of vaker neemt dan voorgeschreven of als u ze op een andere manier neemt dan bedoeld was. We zijn ook geïnteresseerd in uw ervaringen met illegaal druggebruik, maar u mag er zeker van zijn dat we deze informatie als strikt vertrouwelijk zullen behandelen."

Opmerking: Geef de ASSIST antwoordkaart aan de cliënt, vooraleer de vragen te stellen.

Vraag 1
(Als dit een vervolg interview is, vergelijk dan de huidige antwoorden van de cliënt met de antwoorden die hij/zij gaf op vraag 1 tijdens het eerste interview. Elke afwijking moet worden bevraagd.)

Welke van de volgende middelen hebt u ooit gebruikt in uw leven? (ENKEL NIET-MEDISCH GEBRUIK)	Nee	Ja
Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	□	□
Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	□	□
Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	□	□
Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	□	□
Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	□	□
Vluchtige snuifmiddelen (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	□	□

Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	□	□
Hallucinogenen (LSD, paddestoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	□	□
Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	□	□
Andere – specificeer	□	□

Indien alle antwoorden negatief zijn, vraag verder: "Ook niet toen u op school zat?"	Wanneer "NEE" op alle items, stop het interview. Wanneer "JA " op één of meerdere items, stel dan vraag 2 voor elk middel dat ooit werd gebruikt.

Vraag 2

Hoe vaak hebt u de middelen die u net hebt genoemd gebruikt <u>in de afgelopen 3 maanden</u>? (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)	Nooit	1 of 2 maal	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
Vluchtige snuifmiddelen (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
Hallucinogenen (LSD, paddestoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®,	0	2	3	4	6

Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)					
Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Indien "nooit" op alle items in vraag 2, ga naar vraag 6.

Indien één of meerdere middelen in de afgelopen 3 maanden werden gebruikt, stel dan de vragen 3, 4 en 5 voor elk van de gebruikte middelen.

Vraag 3

Hoe vaak had u een sterk verlangen of drang om (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) te gebruiken in de afgelopen 3 maanden?	Nooit	1 of 2 maal	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
Vluchtige snuifmiddelen (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
Hallucinogenen (LSD, paddestoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Vraag 4

Hoe vaak heeft uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) geleid tot gezondheids-, sociale, gerechtelijke of financiële problemen in de afgelopen 3 maanden?	Nooit	1 of 2 maal	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
Vluchtige snuifmiddelen (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
Hallucinogenen (LSD, paddestoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Vraag 5

Hoe vaak bent u er in de afgelopen 3 maanden niet in geslaagd te doen wat normaal van u verwacht werd door het gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)?	Nooit	1 of 2 maal	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)					
Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6

Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
Vluchtige snuifmiddelen (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
Hallucinogenen (LSD, paddestoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Stel de vragen 6 & 7 voor alle middelen die <u>ooit</u> werden gebruikt (met name deze vermeld in vraag 1).

Vraag 6

Heeft een vriend(in), familielid of iemand anders <u>ooit</u> zijn bezorgdheid geuit over uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)?	Nee, nooit	Ja, in de afgelopen 3 maanden	Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	6	3
Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	6	3
Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	6	3
Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	6	3
Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	6	3
Vluchtige snuifmiddelen (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	6	3
Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®,	0	6	3

zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)			
Hallucinogenen (LSD, paddestoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	6	3
Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	6	3
Andere – specificeer	0	6	3

Vraag 7

Heeft u <u>ooit</u> geprobeerd om uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) onder controle te krijgen, te minderen of te stoppen en ervaren dat het niet lukte?	Nee, nooit	Ja, in de afgelopen 3 maanden	Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	6	3
Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	6	3
Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	6	3
Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	6	3
Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	6	3
Vluchtige snuifmiddelen (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	6	3
Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	6	3
Hallucinogenen (LSD, paddestoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	6	3
Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	6	3
Andere – specificeer	0	6	3

Vraag 8

	Nee, nooit	Ja, in de afgelopen 3 maanden	Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
Hebt u <u>ooit</u> drugs ingespoten? (ENKEL NIET-MEDISCH GEBRUIK)	□	□	□

BELANGRIJKE OPMERKING:
Cliënten die <u>in de afgelopen 3 maanden</u> drugs hebben geïnjecteerd, moeten bevraagd worden over hun injecteergedrag om hun risicograad en de beste interventie te bepalen.

Injecteergedrag	Interventierichtlijnen
gemiddeld 4 dagen per maand of minder in de afgelopen 3 maanden	Kortdurende interventie waarbij de informatiekaart 'Risico's van injecteren' wordt overhandigd en uitgelegd
gemiddeld meer dan 4 dagen per maand in de afgelopen 3 maanden	Verdere assessment en meer intensieve behandeling*

Hoe een risicoscore per middel berekenen

Tel voor elk middel (a tot j) de scores voor de vragen 2 tot en met 7 bij elkaar. Tel de scores van vragen 1 en 8 er niet bij. Bijvoorbeeld de risicoscore voor cannabis wordt als volgt berekend: **2c + 3c + 4c + 5c + 6c + 7c**
Merk op dat vraag 5 niet wordt gesteld voor tabak en de risicoscore als volgt wordt berekend: **2a + 3a + 4a + 6a + 7a**

Welk type interventie gebruikt wordt, wordt bepaald door de risicoscore van de cliënt.

	Noteer risicoscore per middel	Geen interventie	Korte interventie	Meer intensieve behandeling*
Tabak		0 - 3	4 - 26	27+
Alcohol		0 - 10	11 - 26	27+
Cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
Cocaïne		0 - 3	4 - 26	27+

Amfetamines		0 - 3	4 - 26	27+
Vluchtige snuifmiddelen		0 - 3	4 - 26	27+
Slaap- en		0 - 3	4 - 26	27+
Hallucinogenen		0 - 3	4 - 26	27+
Opiaten		0 - 3	4 - 26	27+
Andere drugs		0 - 3	4 - 26	27+

Gebruik nu de ASSIST feedbackkaart om de cliënt feedback te geven over zijn resultaten.

B. ASSIST V3.1-NL Antwoordkaart
Antwoordkaart - middelen

Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)
Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)
Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)
Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)
Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)
Vluchtige snuifmiddelen (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)
Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)
Hallucinogenen (LSD, paddestoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)
Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)
Andere – specificeer

Antwoordkaart (ASSIST vragen 2 tot 5)
Nooit: niet gebruikt in de afgelopen 3 maanden
1 of 2 maal: 1 tot 2 maal in de afgelopen 3 maanden
Maandelijks: gemiddeld 1 tot 3 keer per maand in de afgelopen 3 maanden

Wekelijks: 1 tot 4 maal per week
Dagelijks of bijna dagelijks: 5 tot 7 dagen per week

Antwoordkaart (ASSIST vragen 6 tot 8)
Nee, nooit
Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
Ja, in de afgelopen 3 maanden

1. C. ASSIST V3.1-NL Feedbackkaart

Naam_____ Datum _____

Risicoscores per middel

Middel	Score	Risiconiveau	
Tabak		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
Alcohol		0 – 10 11 – 26 27+	Laag Matig Hoog
Cannabis		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
Cocaïne		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
Amfetamine		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
Vluchtige snuifmiddelen		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
Slaap- en kalmeringsmiddelen		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog

Hallucinogenen		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
Opiaten		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
Andere drugs		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog

	Wat betekenen uw scores?
Laag:	Met uw huidige gebruikspatroon hebt u een laag risico op gezondheids- en andere problemen.
Matig:	Met uw huidige gebruikspatroon hebt u een risico op gezondheids- en andere problemen.
Hoog:	Als gevolg van uw huidige gebruikspatroon, loopt u een hoog risico op ernstige problemen (gezondheid, sociaal, financieel, gerechtelijk, relatie). Er is een grote kans dat u afhankelijk bent.

Bent u bezorgd over uw gebruik?

Tabak	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Regelmatig roken kan leiden tot:
	Vroegtijdig verouderen, rimpelen van de huid
	Luchtweginfecties en astma
	Hoge bloeddruk, diabetes
	Luchtweginfecties, allergieën en astma bij kinderen van rokers
	Miskramen, vroegtijdige geboorte en baby's met laag geboortegewicht bij zwangere vrouwen
	Nierziekten
	Chronische obstructieve luchtwegaandoeningen
	Hartziekte, beroerte, vaatziekten
	Kankers

Alcohol	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Regelmatig en overmatig alcoholgebruik leidt tot:
	Katers, agressief en gewelddadig gedrag, ongevallen en letsel
	Verminderde seksuele prestaties, vroegtijdig verouderen
	Spijsverteringsproblemen, maagzweren, ontsteking van de alvleesklier, hoge bloeddruk
	Angst en depressie, relatieproblemen, financiële en beroepsmatige problemen
	Moeilijkheden om dingen te onthouden en problemen op te lossen
	Misvormingen en hersenbeschadiging bij baby's van zwangere vrouwen
	Beroerte, permanente hersenbeschadiging, spier- en zenuwbeschadiging
	Leverziekte, alvleesklierziekte
	Kankers, zelfmoord

Cannabis	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig en overmatig cannabisgebruik leidt tot:
	Problemen met concentratie en motivatie
	Angst, achtervolgingswaanzin, paniek, depressie
	Verminderde geheugenactiviteit en bekwaamheid tot probleemoplossing
	Hoge bloeddruk
	Astma, bronchitis
	Psychose bij personen met een persoonlijke of familiegeschiedenis van schizofrenie
	Hartziekten en chronische obstructieve luchtwegaandoeningen
	Kankers

Cocaïne	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig cocaïnegebruik leidt tot:
	Slaapproblemen, snelle hartslag, hoofdpijn, gewichtsverlies
	Verdoofdheid, tintelen, klamme huid, huidkrabben en prutsen aan de huid
	Ongevallen en letsel, financiële problemen
	Irrationele gedachten
	Humeurwisselingen - angst, depressie, manie
	Agressie en achtervolgingswaanzin
	Intens hunkeren, stress door levensstijl
	Psychose na herhaaldelijke inname van hoge dosissen
	Plotse dood door hartproblemen

Stimulerende middelen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van stimulerende middelen (type amfetamine) leidt tot:
	Slaapproblemen, eetlust- en gewichtsverlies, uitdroging
	Tandenknarsen, hoofdpijn en spierpijn
	Humeurwisselingen - angst, depressie, agitatie, manie, paniek, achtervolgingswaanzin
	Tremoren, onregelmatige hartslag, kortademigheid
	Agressief en gewelddadig gedrag
	Psychose na herhaaldelijke inname van hoge dosissen
	Permanente schade aan hersencellen
	Leverziekte, hersenbloeding, plotse dood (ecstasy) in zeldzame gevallen

Vluchtige snuifmiddelen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van vluchtige snuifmiddelen leidt tot:
	Duizeligheid en hallucinaties, slaperigheid, desoriëntatie, wazig zicht
	Griepachtige symptomen, sinusitis, neusbloedingen
	Indigestie, maagzweren
	Ongevallen en letsel
	Geheugenverlies, verwarring, depressie, agressie
	Coördinatieproblemen, vertraagde reacties, hypoxie/zuurstoftekort
	Delirium, epileptische aanvallen, coma, orgaanbeschadiging (hart, longen, lever, nieren)
	Dood door hartstilstand

Slaap- en kalmerings-middelen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen leidt tot:
	Slaperigheid, duizeligheid en verwarring
	Concentratiestoornissen en moeite om dingen te onthouden
	Misselijkheid, hoofdpijn, wankele gang
	Slaapproblemen
	Angst en depressie
	Tolerantie en afhankelijkheid na een korte periode van gebruik
	Ernstige ontwenningsverschijnselen
	Overdosis en dood wanneer gebruikt met alcohol, opiaten of andere verdovende middelen

Hallucinogenen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van hallucinogenen leidt tot:
	Hallucinaties (aangenaam of onaangenaam) - zien, horen, voelen, rieken
	Slaapproblemen
	Misselijkheid en braken
	Verhoogde hartslag en bloeddruk
	Humeurwisselingen
	Angst, achtervolgingswaanzin, paniek
	Flashbacks
	Verhogen de effecten van geestelijke ziekten zoals schizofrenie

Opiaten	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van opiaten leidt tot:
	Jeuk, misselijkheid en braken
	Slaperigheid
	Constipatie, afbrokkelende of rottende tanden
	Concentratiestoornissen en moeite om dingen te onthouden
	Verminderde seksuele lust en prestaties
	Relatieproblemen
	Financiële en beroepsmatige problemen, wetsovertredingen
	Tolerantie en afhankelijkheid, ontwenningssymptomen
	Overdosis en dood door ademhalingsproblemen

2. D. Informatiekaart - Risico's van injecteren van drugs

Drugs inspuiten verhoogt het risico op problemen door middelengebruik.

Deze problemen kunnen ontstaan door:

Het middel
Als je een drug inspuit, is de kans groter dat je eraan verslaafd raakt.
Als je amfetamines of cocaïne inspuit, is de kans op psychosen groter.
Als je heroïne of andere verdovende middelen inspuit, is de kans op een overdosis groter.

Het injecteren zelf
Als je injecteert, kan je je huid en bloedvaten beschadigen en infecties oplopen.
Je kan littekens, kneuzingen/blauwe plekken, zwellingen, abcessen en zweren veroorzaken.
Je aders kunnen inklappen.
Als je in de hals injecteert, kan je een beroerte krijgen.

Delen van injectiemateriaal
Als je injectiemateriaal (naalden en spuiten, lepels, filters enz.) deelt, is er meer kans dat je door bloed overgedragen virussen zoals hepatitis B, hepatitis C en hiv krijgt.

Het is dus veiliger niet te injecteren.

Als je toch injecteert, helpen volgende tips je om je risico op problemen te verminderen:
Gebruik steeds zuiver materiaal (bijvoorbeeld naalden en spuiten, lepels, filters enz.).
Gebruik steeds een nieuwe naald en spuit.
Deel geen injectiemateriaal met andere personen.
Reinig de plaats waarin je gebruikt.
Reinig je handen.
Reinig de injectieplaats.
Gebruik telkens een nieuwe injectieplaats.
Injecteer langzaam.
Leg je gebruikte naald en spuit in een harde doos en verwijder deze op een veilige manier.