

3/04/2023

Een evaluatie van het Belgisch drugsbeleid: Blijven de beleidsintenties overeind?

Eva Blomme¹, Freya Vander Laenen², Pablo Nicaise³, Tom Decorte⁴ & Charlotte Colman⁵

An evaluation of the Belgian drug policy: do the policy intentions remain intact?

Although Belgium has had the same drug policy for more than 20 years, it has never been subjected to a thorough evaluation. This article presents the conclusions of an overall evaluation of Belgian drug policy. The triangulation of different research methods (focus groups (four, n=32), semi-structured interviews (n=39), document analyses) allowed the evaluation to examine how policy intentions ('policy in the books') relate to policy in practice. The evaluation revealed a discrepancy between both, in particular with regard to an integral and integrated drug policy, the intention to adopt an evidence-based approach, and contradictions in the policy of normalization.

Keywords: drug policy, policy evaluation, theory-driven evaluation

Kernwoorden: drugsbeleid, beleidsevaluatie, theoriegestuurde evaluatie

¹ Onderzoeker, Institute for International Research on Criminal Policy, Universiteit Gent (correcp. : eva.blomme@ugent.be)

² Hoofddocent, Institute for International Research on Criminal Policy, Universiteit Gent

³ Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCLouvain

⁴ Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD), Universiteit Gent

⁵ Institute for International Research on Criminal Policy, Universiteit Gent

1 Inleiding

Het Belgisch drugsbeleid benadert het drugsfenomeen⁶, waar zowel aanbodsgerelateerde fenomenen (denk bijvoorbeeld aan de cocaïnetraffiek in de Antwerpse haven) als vraaggerelateerde fenomenen (denk bijvoorbeeld aan het stijgende cocaïnegebruik in bepaalde settings) spelen, vanuit een volksgezondheid-gecentraliseerde aanpak. Dat drugsbeleid richt zich sinds de Federale Drugsnota (2001) op de aanpak van alcohol, tabak, psychoactieve medicatie, illegale drugs, en sinds 2016 ook gokken. Het stelt een integrale en geïntegreerde aanpak centraal (Rapport Parlementaire Werkgroep Drugs, p. 993) door in te zetten op preventie, risicoreductie en zorgverlening naar personen die drugs gebruiken, en - in allerlaatste instantie - repressie, vooral gericht op personen die zich met drugsproductie- en handel inlaten. Het Belgisch drugsbeleid kreeg voor het eerst vorm in de jaren '90, met als eerste belangrijke wapenfeit de Parlementaire Werkgroep Drugs in 1996-1997. Die werkgroep bracht gedurende twee jaar de stand van zaken rond het Belgisch drugsfenomeen in kaart. De aanpak van de werkgroep was erop gericht om het Belgisch drugsbeleid bottom-up vorm te geven door systematisch de problemen, noden en zorgen van de praktijk en experts in kaart te brengen. Het resultaat was een stevig rapport met een reeks aanbevelingen voor de organisatie van een integraal en geïntegreerd drugsbeleid (De Ruyver et al., 2012; De Ruyver et al., 2000; Tieberghien, 2017). De uiteindelijke vertaling van die aanbevelingen in een effectief beleid liet uiteindelijk nog enkele jaren op zich wachten. In januari 2001 ondertekende de toenmalige Federale regering de 'Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek' (verder: Federale Drugsnota). De beleidsnota introduceerde drie pijlers: (1) preventie van (niet-problematisch) druggebruik; (2) zorgverlening, risicoreductie en nazorg van problematisch druggebruik; en (3) repressie van drugproductie en drughandel. Twee transversale thema's moesten die drie pijlers ondersteunen en versterken: 'Integraal en geïntegreerd drugsbeleid' en 'Epidemiologie, onderzoek en evaluatie'. Die principes werden in 2010 grotendeels opnieuw onderschreven door de Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs (verder: Gemeenschappelijke Verklaring). De beleidsintenties uit de Federale Drugsnota en de Gemeenschappelijke Verklaring vormen zo basis voor het Belgisch drugsbeleid. Andere beleidsdocumenten met een relevantie voor het

⁶ De terminologie die we hanteren is niet onbelangrijk. Vooral op het gebied van (illegale) drugs zijn er veel verschillende concepten om te verwijzen naar mensen die drugs gebruiken en mensen die problemen ervaren die gerelateerd zijn aan het gebruik van drugs (Ritter, 2021). We kiezen er daarom voor in dit artikel de concepten 'personen die drugs gebruiken', 'personen die problemen ervaren die gerelateerd zijn aan drugsgebruik' en 'het drugsfenomeen' te gebruiken. Waar we deze termen niet hanteren, nemen we de terminologie van de Belgische drugsbeleidsdocumenten over (Parlementaire Werkgroep Drugs 1997, Federale Drugsnota 2001 en Gemeenschappelijke Verklaring van Interministeriële conferentie Drugs 2010).

Belgisch drugsbeleid, zoals bijvoorbeeld de Conceptnota Verslavingszorg (2016) en de Kadernota Integrale Veiligheid (2016-2019)⁷, zijn immers niet drugsspecifiek (vb. gericht op geestelijke gezondheid, waar verslavingszorg deel van uit maakt), en niet domeinoverschrijdend (vb. enkel gericht op veiligheid, maar niet op andere domeinen zoals gezondheid, welzijn, onderwijs).

De principes uit de Federale Drugsnota en de Gemeenschappelijke Verklaring vormen dus na meer dan 20 jaar nog steeds het referentiekader voor het Belgische drugsbeleid, zo blijkt onder meer uit de jaarverslagen van de Algemene Cel Drugsbeleid⁸ en de rapportage naar het Europees Monitoring Centrum voor Drugs en Drugverslaving (2019). De beleidscontext daarentegen is in die twintig jaar drastisch veranderd. Sinds 2010 heeft België immers een zesde staatshervorming gekend, waardoor acties die voor het federale niveau bedoeld waren, ondertussen door de deelstaten moesten worden uitgevoerd. Ook de realiteit van het drugsfenomeen is sindsdien geëvolueerd. We zien onder andere de opkomst van methamfetamineproductie, een stijging van cocainesmokkel via de Antwerpse haven en gerelateerde geweldsdelicten in de Antwerpse straten (EMCDDA, 2021).

Dat maakt een procesevaluatie van het Belgisch drugsbeleid waarbij wordt nagegaan hoe de beoogde doelstellingen in de realiteit vorm gekregen hebben, uiterst relevant. Het gehele drugsbeleid werd immers nog niet eerder onderworpen aan een grondige (theoriegestuurde) evaluatie. Eerdere studies naar het Belgisch drugsbeleid bleven beperkt tot fragmentaire evaluaties. Voorbeelden zijn: de monitoring van specifieke indicatoren zoals Treatment Demand Indicator (TDI) (Reitox National Focal Point, 2019), de evaluatie van specifieke interventies zoals bijvoorbeeld substitutiebehandeling (Vander Laenen et al., 2013) of casemanagement (Vanderplasschen et al., 2009), een specifiek onderdeel van het Belgische drugsbeleid zoals het alcoholbeleid (Decorte et al., 2019; Van Havere et al., 2018), of een specifiek criterium zoals de overheidsuitgaven (De Ruyver et al., 2007; Lievens et al., 2016; Vander Laenen et al., 2011). Een evaluatie van het Belgische drugsbeleid in zijn totaliteit is tot nu toe beperkt gebleven tot het implementatieoverzicht van de Parlementaire Werkgroep Drugs van De Ruyver et al. (2000) en de lijst van gerealiseerde acties en stand van zaken die werden opgenomen in de Gemeenschappelijke Verklaring (2010).

⁷ Ten tijde van de evaluatie was dat de Kadernota Integrale Veiligheid 2016-2019, intussen is er reeds een nieuwe Kadernota 2022-2024.

⁸ De Algemene Cel Drugsbeleid is het ondersteunend orgaan dat instaat voor de voorbereiding en strategische coördinatie van de Thematische Vergadering Drugs in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (vroeger: Interministeriële Conferentie Drugs); De Thematische Vergadering Drugs is het beslissingsorgaan van het Belgisch drugsbeleid.

Monitoring en evaluatie zijn nochtans essentiële onderdelen van de beleidscyclus. De resultaten van evaluatiestudies bieden immers niet alleen inzicht in de vraag of het beleid de gewenste resultaten teweegbrengt, ze stellen beleidsmakers ook in staat verantwoording af te leggen over hun gekozen beleidsaanpak, en die te optimaliseren (Capwell et al., 2000; Forss et al., 2011; Sanderson, 2002; Weiss, 1999).

Het Belgisch drugsbeleid evalueren is echter niet eenvoudig (Lawless et al., 2018). Een drugsbeleid omvat een brede waaier aan thema's, actoren en activiteiten: de verschillende beleidsdomeinen (vb. gezondheid, sociaal beleid, economie, justitie) en beleidsniveaus (vb. lokaal, provinciaal, regionaal, nationaal, internationaal). Op elk van die beleidsdomeinen en beleidsniveaus gaan actoren en organisaties aan de slag met het drugsbeleid, en dat op basis van hun eigen ervaringen, waarden en normen. De interactie tussen al die verschillende actoren geeft het drugsbeleid in de praktijk vorm. Dat maakt het Belgisch drugsbeleid méér dan louter de som van zijn verschillende onderdelen, en daardoor ook onvoorspelbaar (Kurtz & Snowden, 2003; Patton, 2010; Shiell et al., 2008; Snowden & Boone, 2007; Zimmerman et al., 2012). Er zijn immers talloze mogelijke factoren die de uitkomst van een beleidsinterventie kunnen verklaren (Patton, 2015; Pawson, 2004; Rogers, 2008). In plaats van de focus dus te leggen op de vraag of het drugsbeleid beleid werkt (= focus op impact), wordt in deze bijdrage de vraag gesteld hoe de beleidsintenties (“*policy in the books*”) zich verhouden tot het beleid in de praktijk (“*policy in practice*”). In deze bijdrage presenteren we de conclusies van een globale evaluatie van het Belgische drugsbeleid⁹ (Colman et al., 2021), waarbij we in kaart brengen hoe de beleidsintenties in de praktijk worden geïmplementeerd, oftewel hoe *policy in the books* zich verhoudt tot *policy in practice*.

2 Methode: een praktische interpretatie van een theoriegestuurde evaluatie

Wanneer een complex beleidsinitiatief zoals het Belgische drugsbeleid wordt geëvalueerd, valt men vaak terug op een theoriegestuurd evaluatiemodel (Byrne, 2013; Lawless et al., 2018). Een theoriegestuurde evaluatie verduidelijkt niet *of*, maar *hoe* een beleid bepaalde (beoogde) veranderingen teweegbrengt (Coryn et al., 2011). Dat doet ze door de onderliggende assumpties die het beleid maakt, te visualiseren. Dit type evaluatie maakt dus als het ware een beleidstheorie op die nadien wordt getoetst aan de hand van empirische dataverzameling- en analyse.

⁹ Deze studie werd gefinancierd door het onderzoeksprogramma Drugs van het Federaal Wetenschapsbeleid.

In deze evaluatie kozen we voor een pragmatisch theoriegestuurd evaluatiemodel, een *logic model*. Dat *logic model* laat toe de volledige breedte van het drugsbeleid in zijn geheel te verkennen. De beleidstheorie, in dit geval het Belgische drugsbeleid zoals bepaald door de Federale Drugsnota en Gemeenschappelijke Verklaring, wordt via een *logic model* weergegeven in een oorzaak-gevolgschema waarin de beoogde *inputs* en activiteiten, de verwachte *output* en de gewenste *outcomes* en effecten worden opgesomd (Cooksy et al., 2001; WK Kellogg Foundation, 2001). In essentie helpen *logic models* om te identificeren wat er moet worden gemeten en welke data moeten worden verzameld (Frechtling, 2007). Op die manier structureren en sturen *logic models* de evaluatie (Peyton & Scicchitano, 2017), door de beleidstheorie te toetsen aan de praktijk (Cooksy et al., 2001; WK Kellogg Foundation, 2001). Om een *logic model* te ontwikkelen en nadien te meten, trianguleerden we verschillende onderzoeksmethoden. Voor het opstellen van de beleidstheorie aan de hand van *logic models*, hanteerden we een documentenanalyse van de Federale Drugnota en de Gemeenschappelijke Verklaring. Voor de meting van de beleidsintenties voerden we een review van bestaande documentatie en literatuur¹⁰ uit, focusgroepsgesprekken (vier in totaal, met zowel praktijkmedewerkers (n=10) als ervaringsdeskundigen (n=22)), en semigestructureerde interviews met praktijkmedewerkers, ambtenaren en wetenschappelijk experts (n=39). Alle data werden verzameld tussen november 2020 en oktober 2021.

Aangezien we de nadruk van deze bijdrage willen leggen op de resultaten uit de evaluatie, verwijzen we voor een uitgebreide toelichting van de methode naar het onderzoeksrapport (Colman et al., 2021).

3 Resultaten

In deze bijdrage concentreren we ons op een evaluatie van het gehele drugsbeleid, en gaan we in op een breed scala aan interventies die zowel de vraag- als de aanbodzijde¹¹ willen aanpakken, alsook transversale thema's zoals coördinatie, epidemiologie en onderzoek.

¹⁰ Die documentatie bestaat uit de bestaande websites, rapporten en andere publicaties van verschillende instellingen (zoals de Algemene Cel Drugsbeleid, Belspo, VAD, Fedito, Sciensano, verschillende instellingen voor verslavingszorg, het parket, de federale en lokale politie, NGO's, enz. parket, federale en lokale politie, NGO's, enz.), wetenschappelijke literatuur en de relevante documenten (beleidsdocumenten van de verschillende gewesten, jaarverslagen, wetgeving, enz.) die informatie bundelen over de verschillende onderdelen van het Belgische drugsbeleid: preventie, schadebeperking, zorgverlening, handhaving, geïntegreerd en integraal beleid, epidemiologie en onderzoek.

¹¹De vraagzijde heeft te maken met de bereidheid van de bevolking om legale en illegale drugs tegen een bepaalde prijs te kopen (Babor et al., 2012). Het aanbod gaat over de hoeveelheid legale en illegale drugs die producenten en distributeurs bereid zijn te leveren tegen een bepaalde prijs (Babor et al., 2012). Wanneer we in

3.1 In kaart brengen van de beleidsintenties (“policy in the books”)

Om zicht te krijgen op de beleidsintenties, werden de Federale Drugsnota (2001) en de Gemeenschappelijke Verklaring (2010) uitvoerig geanalyseerd. Alle beschreven doelstellingen, interventies, en resultaten op korte, middellange en lange termijn werden gecodeerd in *logic models*. Op die manier werd een beleidstheorie opgesteld waarin wordt aangegeven hoe het Belgisch drugsbeleid verandering zou moeten brengen volgens beleidsmakers.

In de beleidsintenties worden drie pijlers geïntroduceerd waarop het Belgisch drugsbeleid gestoeld is. Elk van die pijlers focust op een andere populatie:

1. Pijler Preventie: Het voorkomen en ontmoedigen van drugsgebruik bij **niet-problematische drugsgebruikers en niet-gebruikers** (verder: preventiestrategie).
2. Pijler Zorgverlening, risicoreductie en re-integratie: de behandeling en reïntegratie van **problematische drugsgebruikers**, en het reduceren van risico's bij problematisch druggebruik
3. Pijler Repressie: repressief optreden tegen **drugsproducenten en drugshandelaren**

Deze drie strategieën versterken elkaar, in die zin dat ze op een continuüm worden geplaatst. Daarbij vormt preventie het uitgangspunt en repressie de laatste optie ('ultimum remedium', Gemeenschappelijke Verklaring, p. 30): *“Een globaal en geïntegreerd beleid heeft nood aan preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, hulpverlening met inbegrip van risicobeperking, en repressie. Repressie ten aanzien van de gebruiker is een ultimum remedium.”* Het vertrekpunt is immers Volksgezondheid, benadrukken de beleidsintenties.

Via deze drie pijlers streeft het Belgisch drugsbeleid naar *“een daling van het aantal afhankelijke burgers”, “een daling van de fysieke en psychosociale schade die drugsmisbruik kan veroorzaken”* en *“een daling van de negatieve gevolgen van het drugfenomeen voor de samenleving (waaronder maatschappelijke overlast)”* (Federale Drugsnota, p. 8). Deze drie pijlers worden verder versterkt door twee transversale thema's:

- A. Evaluatie, epidemiologie en onderzoek: *“de ontwikkeling van een epidemiologisch en evaluatief instrumentarium”* (Federale Drugsnota, p. 8)

dit artikel spreken over interventies ten aanzien van de vraag- of aanbodszijde, verwijzen we naar interventies die de vraag of het aanbod van legale en/of illegale drugs willen reduceren.

B. Integraal en geïntegreerd beleid: *“meer samenwerking tussen de verschillende bevoegde beleidsdomeinen”* (Federale Drugsnota, p. 8), *“Dit concept vormt de kern van het Belgisch drugsbeleid.”* (Gemeenschappelijke Verklaring, p. 30)

Elk van die drie pijlers en twee transversale thema's vermelden daarnaast tal van specifieke doelstellingen, interventies, en resultaten op korte, middellange en lange termijn. Zo verwijst de pijler Preventie bijvoorbeeld naar interventies rond de uitbouw van een lokaal preventieaanbod, de pijler Zorgverlening naar een gediversifieerd hulpverleningsaanbod dat gaat van laagdrempelige ambulante zorg tot residentiële therapeutische gemeenschappen, en de pijler Repressie naar internationale samenwerking om het drugsaanbod grensoverschrijdend aan te pakken.

De beleidstheorie vertoont echter een aantal discrepanties. Ten eerste stellen we een discrepantie vast tussen de expliciete (wat de beleidstheorie zegt te zullen doen) en impliciete (de effectieve invulling van die voornemens aan de hand van concrete interventies) beleidsintenties. De beleidsintenties geven bijvoorbeeld expliciet aan zich toe te leggen op legale en illegale psychoactieve stoffen, waaronder tabak en alcohol en psychoactieve medicatie. De interventies weerspiegelen die focus op alcohol echter niet. Zo worden de interventies onder de pijler 'Preventie' ten aanzien van alcohol vaag en vrijblijvend geformuleerd, terwijl preventieacties ten aanzien van bijvoorbeeld psychoactieve medicatie en tabak duidelijk afgelijnde acties omvatten:

“De federale regering zal de aanbevelingen uit het Europese Actieplan Alcohol 2000-2005 uitvoeren, voor zover die aanbevelingen verenigbaar zijn met de traditie, de cultuur en de publieke meningen op dit vlak.” (Federale Drugsnota, p. 40)

“Het voorschrijfgedrag van de medici zal, naar afhankelijkheid opwekkende middelen toe, preventief en repressief worden begeleid en opgevolgd via de Lokale Kwaliteitskringen (LOK) en de Provinciale Geneeskundige Commissies” (Federale Drugsnota, p. 37)

De discrepantie tussen expliciete en impliciete beleidsintenties vinden we ook binnen de pijler 'Zorgverlening' terug. Zo zijn de interventies van risicoreductie uitsluitend gericht op personen met een intraveneus opiaatgebruik, en dus niet op *“alle personen met problematisch druggebruik”* (Federale Drugsnota, p. 8), zoals bijvoorbeeld bij het roken of het oraal innemen van illegale drugs. Bovendien lijkt een verschil te bestaan tussen de Federale Drugsnota, waarin

expliciet de nadruk wordt gelegd op risicoreductie, en de Gemeenschappelijke Verklaring, waar de nadruk op risicoreductie slechts impliciet genoemd wordt in het algemene doel om een integraal en geïntegreerd beleid van preventie, vroegtijdige opsporing, behandeling met inbegrip van risicobeperking, en repressie na te streven (Vander Laenen, 2012).

Binnen ‘Repressie’ zien we dan weer dat interventies onder ‘Strafrechtelijke reactie op druggebruik’ (vraagzijde) strikt gedefinieerd worden, terwijl de acties onder ‘Strafrechtelijk beleid - drughandel’ (aanbodzijde) breed blijven. Beleidsmakers omschrijven een specifieke repressieve aanpak voor druggebruik, terwijl de repressieve aanpak van de aanbodzijde weinig concreet wordt bepaald.

*“Om de **stigmatisering** van een strafblad te **vermijden**, zal de **eerste veroordeling met uitstel niet langer vermeld worden op het uittreksel uit het strafregister** (dienstig voor een sollicitatie), indien deze veroordeling betrekking heeft op druggerelateerde feiten (andere dan handel)”* (Federale Drugsnota, p. 51)

*“De strijd tegen de oneigenlijke aanmaak van en handel in precursoren en de strijd tegen de productie van synthetische drugs **zal opgevoerd worden.**”*
(Federale Drugsnota, p. 50)

Ook binnen ‘Epidemiologie, evaluatie en onderzoek’, waar zowel vraag- als aanbodzijde expliciet worden benadrukt, blijkt uit de opsomming van de interventies dat vooral de vraagzijde moet kunnen aantonen *evidence-based* te zijn. In de beleidsdocumenten wordt bijvoorbeeld gesteld dat initiatieven rond de vraagzijde systematisch moeten worden geëvalueerd en *evidence-based* dienen te zijn, terwijl de initiatieven rond aanbod “*in kaart moeten gebracht*” (Federale Drugsnota, p. 50) en “*gemonitord worden*” (Federale Drugsnota, p. 33), zonder dat verwezen wordt naar een *evidence-based* aanpak. Dus, hoewel de beleidsintenties aangeven dat de aanpak “*zich maximaal op objectieve en wetenschappelijke gegevens*” (Gemeenschappelijke Verklaring, p. 30) moet baseren, worden geen interventies geformuleerd die de aanbodzijde evalueren, noch wordt er verwezen naar wetenschappelijke evidentie.

Ten tweede vertonen de beleidsintenties een discrepantie tussen enerzijds de doelstellingen en acties die men stelt, en anderzijds de resultaten (i.e. de *outputs* en *outcomes*) die men wil bereiken. Voor de meeste pijlers beschreven de beleidsintenties gedetailleerde en realistische doelstellingen en interventies, in het bijzonder voor de pijler 'Zorgverlening' en het transversale

thema 'Integrale en geïntegreerde aanpak'. De beleidsintenties geven vaak expliciete aanwijzingen over de hoe een probleem moet worden aangepakt (vb. *"het wordt aanbevolen beide ouders bij de behandeling te betrekken, ook als ze gescheiden zijn"* Federale Drugsnota, p. 47) of hoe het probleem niet moet worden aangepakt (vb. *"Er moet immers vermeden worden dat artsen zich omscholen tot «methadon-loket»"* Federale Drugsnota, p. 48). Beleidsmakers hebben dus een realistisch en duidelijk beeld over wat ze willen realiseren. *Output* en *outcome* blijven daarentegen vaak vaag en soms worden ze zelfs helemaal niet vermeld. Beide beleidsdocumenten zijn weinig specifiek over de te verwachten veranderingen die een interventie zou moeten bewerkstelligen; formuleren moeilijk meetbare *outcomes*; of geven geen tijdsindicatie aan voor de realisatie. Het lijkt er dus op dat de beleidsintenties vooral focussen op hoe het drugsbeleid moet werken, maar niet over welke veranderingen het teweeg moet brengen.

3.2 Een analyse van het Belgisch drugsbeleid in de praktijk ("policy in practice")

In tweede instantie hebben we de beleidsintenties, zoals weergegeven in de *logic models*, aan de praktijk getoetst. Zoals aangegeven hierboven, gebeurde dit aan de hand van focusgroepsgesprekken (vier in totaal, waarbij zowel praktijkmedewerkers (n=10) en ervaringsdeskundigen (n=22) werden bevraagd in de periode november 2020 tot juni 2021), semigestructureerde interviews met praktijkmedewerkers, ambtenaren en wetenschappelijke experts (n=39; verder: praktijkmedewerkers, november 2020 tot juni 2021) en een review van bestaande documentatie en literatuur (periode november 2020 tot oktober 2021).

3.2.1 Versnippering in het Belgisch drugsbeleid

Een eerste vaststelling is de versnippering van het Belgisch drugsbeleid in de praktijk, wat in schril contrast staat met de 'Integrale en geïntegreerde benadering' uit de beleidsintenties. Die versnippering uit zich op verschillende manieren.

De literatuurreview toont aan dat de verschillende realisaties en initiatieven van het Belgische drugsbeleid niet op één plaats gebundeld worden. De rapportage over de realisaties en initiatieven is verspreid over honderden rapporten, websites, beleidsdocumenten en andere documentatie van diverse instituties en organisaties met een rol in het Belgisch drugsbeleid, zoals de jaarrapporten van de Algemene Cel Drugsbeleid, de activiteitenverslagen van VAD, FEDITO Bruxelles en FEDITO Wallonne, de overzichten van Sciensano, en rapporten van Eurotox. Het gevolg is een anekdotisch en gefragmenteerd beeld dat geen nauwkeurig inzicht geeft in de verwezenlijkingen. Dat niemand een volledig overzicht heeft van de realisaties, komt

ook in de interviews naar voor. Respondenten geven vaak aan informatie te kunnen geven over het thema waar zij rond werken, en verwijzen meteen naar andere personen voor meer informatie over andere bevoegdheden. Sommige respondenten geven aan zelfs niet op de hoogte te zijn van de realisaties van andere beleidsniveaus die met hetzelfde thema bezig zijn. Zo hadden respondenten bevoegd voor preventie van druggerelateerde criminaliteit (federale bevoegdheid) weinig of geen zicht op de preventie-initiatieven in Vlaanderen en Wallonië.

Ook in de monitoring van de epidemiologische indicatoren bestaat versnippering. Zo zijn er bijvoorbeeld drie verschillende initiatieven (de leerlingenbevraging van VAD, de *'Health Behaviour in School-aged Children'*, en *'European School Project on Alcohol and other Drugs'*) om druggebruik bij schoolgaande jongeren te meten, maar geen van die initiatieven geeft een volledig beeld op nationaal vlak.

Ook ervaringsdeskundigen verwijzen naar versnippering, bijvoorbeeld in het gebrek aan overzicht in het behandelingsaanbod:

“Les compétences sont explosées, et on ne sait pas qui fait quoi. Moi si je cherche un centre, je sais pas où aller.” (FR_R3)

Respondenten getuigen over versnippering op federaal en deelstatelijke beleidsniveaus. Voorbeelden zoals de ontwikkeling van de alcohol(beleids)plannen, een moeilijke consensus over de uitbreiding van harm reduction initiatieven of het ontbreken van een gedeelde visie en toekomstperspectief voor het Belgisch drugsbeleid worden aangehaald om aan te tonen hoe een 'Integraal en geïntegreerde aanpak' op zijn grenzen botst.

Een aantal factoren versterken volgens respondenten deze versnippering. Zo vermelden respondenten de bestaande staatsstructuur. Sinds 1980 heeft België verschillende staatshervormingen gekend, waarbij diverse bevoegdheden onder 'Preventie' en 'Zorgverlening' geleidelijk gedefederaliseerd werden (Hannes, 2014; Pas, 2014). De meest recente, zesde staatshervorming defederaliseerde bevoegdheden binnen gezondheidszorg naar de deelstaten, zoals bijvoorbeeld onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg, gezondheidspreventie, de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en gespecialiseerde geneesmiddelenbehandeling (Hannes, 2014; Vander Laenen, 2016). De overdracht van bevoegdheden ging gepaard met een belangrijke verschuiving van financiële en andere (zoals personele) middelen (Pas, 2014), wat een gedeeltelijke financiële autonomie van de deelstaten impliceerde. Centrale bevoegdheden in het Belgische drugbeleid zijn dus verdeeld over het federale en het deelstaatsniveau, waarbij een beleidsdomein vaak gedeeld wordt tussen de verschillende niveaus. Zo geeft een respondent het voorbeeld van een Vlaams bottom-up

samenwerkingsinitiatief tussen justitie en drugshulpverlening om mensen met drugsbezit systematisch door te verwijzen voor een oriënterend gesprek met de drugshulpverlening. Dit vereist de betrokkenheid van de Vlaamse minister van Handhaving, de Vlaamse minister van Volksgezondheid, de federale minister van Volksgezondheid en de federale minister van Justitie. Voor een structurele verankering in het hele land moeten ook andere gemeenschappen betrokken worden. Deze versnippering van bevoegdheden creëert dus een sterke onderlinge interdependentie, en benadrukt het belang van samenwerking.

“Maar van het moment dat die patiënt uit het ziekenhuis stapt, eender waar hij naartoe gaat, is het gemengde bevoegdheden. Gaat hij naar een huisarts, is het federaal. Maar gaat hij naar het centrum GGZ, zijn het de deelstaten. Gaat hij naar een ambulant centrum, zijn het de deelstaten. Euh, blijft hij thuis en komt er een mobiele equipe, dan is het gemengd gefinancierd, federaal, maar mee erkend door de deelstaten, dus dat is een interdependentie, ongelooflijk.”
(NL_1)

Uit de interviews en focusgroepen blijkt de samenwerking en coördinatie tussen federale en deelstatelijke beleidsmakers niet steeds vlot te verlopen. Zo wijst een respondent er bijvoorbeeld op dat men soms niet wil investeren in initiatieven die tot de bevoegdheid van een andere overheid behoren, omdat die laatste dan met de ‘winst’ kan lopen (bv. geen investering in preventie (deelstaten) in ziekenhuizen, want ziekenhuizen zijn een federale bevoegdheid; geen investering vanuit Justitie voor de organisatie van gezondheidsinitiatieven (deelstaten) in de gevangenis (federaal)). Bovendien vraagt de versnippering van bevoegdheden uitvoerig overleg en afstemming tussen al die bevoegdheidsniveaus, wat een aanzienlijke tijdsinvestering vraagt. En zelfs als er een uitgebreide voorbereiding is, raken dossiers soms geblokkeerd. Zo verwijzen verschillende respondenten naar de vele pogingen om een alcoholplan te ontwikkelen in de schoot van de Algemene Cel Drugsbeleid (zie infra). Intensieve voorbereidingen in werkgroepen botsten uiteindelijk keer op keer op tegenkantingen van soms maar één minister¹².

“Omdat het zo'n politiek beladen dossier is. Als je het te veel aan politici overlaat, dan he... (...) Ga geen ideologische debatten voeren, dat maakt het alleen maar ingewikkelder” (NL_1)

¹² Op 28 maart 2023 werd voor het eerst sinds het idee werd geopperd in 2008 een interfederaal alcoholplan goedgekeurd (<https://vandenbroucke.prezly.com/het-interfederaal-alcoholplan-is-goedgekeurd>).

Respondenten wijten de gebrekkige afstemming aan het belang van publieke opinie, lobbywerk, politieke beleidsprioriteiten, ideologische waarden en het al dan niet beschouwen van een beleidsinitiatief als een beleidsprioriteit in het beleidsproces. Daarnaast hekelen respondenten dat er een gebrek aan gedeelde visie is die beleidsmakers bindt. Onderliggende ideologische paradigma's houden de discussies over een doortastende beleidsvisie vaak in een wurggreep. De brede en weinig-richtinggevende visie die uit die discussies voortvloeit, wordt om die reden soms spottend een 'compromis à la Belge' genoemd: een visie waarbinnen elke partij geheel zijn eigen koers kan varen.

“Alors, je rejoins tout à fait ce qui vient d’être dit, une politique intégrale et intégrée ne peut pas se faire sans une vision commune. J’entends dire depuis des décennies que le mot d’ordre en Belgique c’est politique intégrale et intégrée, mais c’est une espèce d’incantation qui ne repose sur rien, parce qu’il n’y a aucune vision unique, ni au niveau politique, ni au niveau social.”
(FG1_R3)

De Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie (Thematische Vergadering Drugs) werden in 2009 opgericht om een integraal en geïntegreerd drugsbeleid te faciliteren en dus die versnippering tegen te gaan. Respondenten benadrukken de belangrijke rol van de Algemene Cel Drugbeleid als een open forum voor discussie en een forum waar dringende problemen met alle bevoegde kabinetten en administraties worden besproken. De Algemene Cel Drugsbeleid vervult een brugfunctie in het creëren van overleg en afstemming, maar ontbreekt slagkracht om een gedeelde visie tussen de verschillende bevoegdheden te bewerkstelligen.

Respondenten identificeren verschillende knelpunten in de praktijk waardoor de Algemene Cel Drugsbeleid slagkast mist. Zo wordt verwezen naar het gebrek aan continuïteit van bepaalde leden met verlies van expertise tot gevolg. Respondenten leggen uit dat een deel van de samenstelling van de leden (kabinetsleden) afhangt van de samenstelling van de regering. Dat wisselende karakter in samenstelling bemoeilijkt een langetermijnvisie. Daarnaast maakt het grote aantal leden met een beslissende stem en de gevraagde unanimiteit voor beslissingen het goedkeuren van beleidsinitiatieven een log proces. Respondenten benadrukken daarnaast het wankel evenwicht tussen bevoegdheden en nauwkeurig omschreven interventies om niet op het beleidsdomein van de ander te komen. Tenslotte wordt de nood aan een daadkrachtige voorzitter benadrukt opdat de Algemene Cel Drugsbeleid haar rol kan uitvoeren.

3.2.2 Praktijk als motor van het Belgisch drugsbeleid

Op lokaal en regionaal niveau, eerder dan op (inter-)federaal niveau, wordt vaker domeinoverschrijdend samengewerkt. Zo verwijzen respondenten naar een aantal samenwerkingsinitiatieven op lokaal of regionaal niveau. Ze verwijzen naar het opzetten van eigen informele overlegplatforms om de doorstroom van informatie te verzekeren, en praktijken op elkaar af te stemmen. Andere voorbeelden zijn het opzetten van lokale samenwerkingsprojecten, bijvoorbeeld om peers te betrekken in harm reduction initiatieven, een drugsbeleid op een lokaal festival te ontwikkelen, of om lokaal een druggebruiksruimte op te starten.

“Bijvoorbeeld (...) op festivals. Als je ziet dat daar zowel politie, festivalorganisatoren, preventiewerkers en burgemeester, als je die partijen allemaal op één lijn moet zetten, en samen moet werken aan een beleidsmatige aanpak op het festival... Dat is niet evident. (...) Compromis ligt daar niet onmiddellijk hé. De ene is voor nultolerantie en de andere zegt 'Ja, maar er wordt gebruikt'. We moeten hier wel tot afspraken komen. Dat is uiteindelijk gelukt hè.” (NL_4)

Het gebrek aan politieke consensus op federaal en deelstatelijk niveau lijkt zo ruimte te creëren voor lokale initiatieven (Smith et al., 2019). Op die manier ontstaan veel initiatieven in het Belgisch drugsbeleid bottom-up. Zo leren we uit de literatuurreview dat initiatieven zoals de rugbehandelingskamer (Vander Laenen et al., 2013) of het Stroomplan (Colman et al., 2018) eerst lokaal of regionaal ontwikkelen, alvorens ze ook op federaal niveau worden geïmplementeerd.

Praktijkmedewerkers bevestigen een zekere discretie te hebben bij de implementatie van het Belgische drugsbeleid. Zij implementeren en handhaven het drugbeleid in hun dagelijkse praktijk en maken dus de vertaalslag tussen beleidslijnen en de effectieve uitvoering in de praktijk. Daarbij beschrijven ze een zekere speelruimte die ze aanwenden om het drugsbeleid zelf verder vorm te geven, zoals in de gegeven voorbeelden van een drugsbeleid op een lokaal festival of druggebruiksruimte. Op die manier trachten praktijkmedewerkers een pragmatisch antwoord te geven op de uitdagingen gesteld door een steeds veranderend drugsfenomeen.

“In de praktijk voel je dat je sommige dingen op lokaal niveau kunt doen, dat je enige speelruimte hebt om een beetje buiten de lijntjes te kleuren.” (NL_15)

De keerzijde van deze bottom-up aanpak is dat ook in de praktijk versnippering plaatsvindt: respondenten beschrijven hoe verschillen tussen regio's of gemeenten groeien. Lokale initiatieven zijn vaak afhankelijk van het beschikbare netwerk van personen en/of organisaties en van de bestaande contacten tussen de verschillende sectoren. In de ene gemeente wordt samengewerkt, in de andere niet; of hun aanpak verschilt. Daarbovenop wordt ook de stabiliteit van die samenwerkingen bedreigd. Wanneer sleutelfiguren van een initiatief-nemende organisatie vertrekken, of wanneer een initiatief-nemende organisatie niet in staat is het initiatief in stand te houden, kunnen samenwerkingen ophouden te bestaan - samen met de verworven expertise.

3.2.3 Dan toch geen evidence-based drugsbeleid?

Uit de literatuurreview wordt duidelijk dat de monitoring van en onderzoek naar het drugsfenomeen sinds 2001 stelselmatig verder is uitgebouwd, bv. met een Belgische Treatment Demand Indicator (Antoine et al., 2020), een luik drugs in de vierjaarlijkse Gezondheidsenquête (Gisle & Drieskens, 2019), initiatieven om druggebruik in specifieke populaties te meten en een onderzoeksprogramma Drugs van het Federaal Wetenschapsbeleid. Tijdens de interviews verduidelijken respondenten dat monitoring en onderzoek in de praktijk op knelpunten blijft botsen. Zo blijven praktische en technische beperkingen bestaan in de huidige epidemiologische indicatoren, is er beperkte financiering en zijn er problemen met het mandaat van het national focal point en de subfocal points. Die gebreken in monitoring zorgen voor een beperkte zichtbaarheid van de huidige beeldvorming, wat volgens respondenten op haar beurt weer leidt tot een gebrek aan erkenning.

Uit de focusgroepen en interviews blijkt dat vooral praktijkmedewerkers het belang van wetenschappelijk onderzoek aanhalen. Praktijkmedewerkers verwijzen regelmatig naar hoe wetenschappelijk onderzoek wordt gebruikt om de bestaande interventies bij te sturen. Ze benadrukken ook regelmatig de bestaande wetenschappelijk evidentie voor hun interventies, bijvoorbeeld om beladen en 'politiek gevoelige' onderwerpen te neutraliseren. Vooral kwantitatief onderzoek wordt door beleidsuitvoerders geïnstrumentaliseerd als "*hard bewijs*" (NL_5), zo wordt gesteld. Kwantitatief onderzoek weegt voor praktijkmedewerkers door op kwalitatief onderzoek naar percepties en ervaringen, omdat het geacht wordt objectiever bewijsmateriaal op te leveren dan kwalitatief onderzoek.

"Et il y a des études qui ont été faites, qui montrent que les craintes actuelles, que les gens consomment plus de drogues, ou qu'ils utilisent la seringue comme une arme, etc. que ce n'est pas le cas." (FR_13)

Bovendien, en zoals bij de beleidsintenties reeds duidelijk werd, ligt de focus van evaluatieonderzoek vooral op de evaluatie van (initiatieven aan) de vraagzijde. Tientallen evaluaties gefinancierd door het Federaal Wetenschapsbeleid (Belspo) evalueren voornamelijk vraaggerichte interventies, zoals substitutiebehandeling (2014), de centrale aanmeldingspunten drugs (2016), crisisopvang en casemanagement (2010), of behandelingsprogramma's voor ouders met dubbele diagnose (2004). Aan de aanbodzijde werden bij Belspo enkel de interventies tegen druggerelateerde overlast (2018) en de drugbehandelingskamer (2014) geëvalueerd, interventies die pijler-overstijgend zijn en dus niet enkel op de aanbodzijde focussen. Ook tijdens de interviews en focusgroepen wordt wat betreft de aanbodzijde weinig verwezen naar evaluatieonderzoek. Eerder dan wetenschappelijke evidentie over wat werkt en niet werkt, beschrijven respondenten hoe moraliserende elementen meespelen bij interventies aan de aanbodzijde. Zo beschrijven respondenten de normerende en signalerende functie van wat aanvaardbaar gedrag is door middel van criminaliseren van bepaalde drugs.

Van een *evidence-based* drugsbeleid kan echter niet worden gesproken volgens de respondenten. Zij benadrukken hoe onderzoek nog te vaak wordt meegenomen als *nice to know* door beleidsmakers, maar slechts beperkt effectief in beleid wordt vertaald. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar positief geëvalueerde proefprojecten die niet structureel worden verankerd, of hoe beleidsaanbevelingen niet tot aanpassingen in het drugsbeleid leiden. Als onderzoek door beleidsmakers wordt gebruikt, is dat volgens respondenten eerder op een instrumentele en gefragmenteerde manier: wat in het politieke en ideologische discours past wordt meegenomen; wat daar niet inpast wordt genegeerd. In die zin spreken de respondenten eerder van een *evidence-based* praktijk dan van een evidence-based beleid.

"Nous avons parfois l'impression de produire des connaissances dormantes, qui ne sont finalement utilisées que par les spécialistes du secteur et pas tellement par les politiques." (FR_14).

3.2.4 Preventie geen prioriteit in financiering

Uit de interviews met praktijkmedewerkers bestaat verder unanimité over een gebrek aan financiering voor hun sector. Ze verwijzen consequent naar hoe zij het meest dringende doen

met de huidige beperkte operationele/personeelsmiddelen, en verwijzen daarbij vooral naar het personeelsgebrek, beperkte werkingsmiddelen of infrastructuur. Met stip op één wordt echter gewezen naar de onderfinanciering van preventie, zowel in de literatuur (Vander Laenen et al., 2016) als door de respondenten. De gebrekkige financiering van preventie-initiatieven heeft een aantal prominente gevolgen voor de dagelijkse werking van de pijler. Door de beperkte financiering ondervindt de preventiepijler implementatieproblemen. Preventie wordt bijvoorbeeld reactief eerder dan proactief georganiseerd door een gebrek aan middelen. Dit leidt tot frustratie bij veel praktijkmedewerkers die streven naar een lange termijn-aanpak. Praktijkmedewerkers verwijzen naar talrijke voorbeelden waarbij preventie-initiatieven incident-gestuurd zijn, of ontwikkeld worden als reactie op een concrete vraag.

Meer zelfs, preventiewerkers zijn niet altijd in staat om (tijdig) aan de vraag van een setting te voldoen. Soms komt de kwaliteit van de uitvoering in het gedrang om aan de vraag naar preventie in een bepaalde setting te voldoen. Respondenten beschrijven ook concurrentie tussen settings of doelgroepen onderling om toch maar aan de vraag te kunnen voldoen.

"Kijk, we werken nog steeds op vraag en werken minder proactief. Want we zien nu bijvoorbeeld, een vrij recent project waar we werken naar woonzorgcentra, waar we werken aan psychoactieve medicatie. Dat dat veel weerslag heeft op andere instellingen. Als die preventiewerkers daar extra worden ingezet, dan is er vervolgens extra vraag [in die setting], omdat er bewustwording is. (...) Dus we zijn zeker onderbemand." (NL_4)

3.2.5 Stigma als onbedoeld gevolg van het Belgisch drugsbeleid

Ervaringsdeskundigen getuigen quasi unaniem over hun ervaringen met stigma vanuit bevolking en praktijk. Ervaringsdeskundigen verbinden het stigma met het onderscheid tussen legale en illegale drugs, en zijn daarom sterk gekant tegen die dichotomie. Om illegale drugs te kopen, moeten mensen zich in een crimineel milieu begeven. Mensen die illegale drugs gebruiken worden in hun ervaring door het grote publiek afgeschilderd als criminelen. Mensen die illegale drugs gebruiken worden gemarginaliseerd en gereduceerd tot een groep junkies *"met een naald in hun arm"* (FG_NL1). Verschillende respondenten beschrijven het contrast met alcohol, een drug die legaal is en algemeen aanvaard wordt door het grote publiek. Mensen die alcohol drinken worden gezien als aangename en gezellige mensen. Als legaal middel is alcohol ook alomtegenwoordig in het dagelijks leven. De respondenten hekelen de

normalisering van het gebruik van alcohol tegenover de demonisering van het gebruik van illegale drugs. (Van Impe, 2021).

“La première chose à faire, c’est déstigmatiser. Les gens n’auraient plus honte et ça diminuerait les problèmes. Une fois qu’on part de là, on peut prendre différents chemins, mais on peut enlever la culpabilité, et ça passe par la levée de l’interdiction.” (FR1_R1)

Ervaringsdeskundigen beschrijven dat stigma niet enkel binnen de bredere bevolking, maar ook bij politie of in de hulpverlening, en benadrukken verschillende gevolgen. Stigma in de bestaande hulpverlening werpt bijvoorbeeld extra drempels op om hulp te zoeken. Eerdere slechte ervaringen met politie zorgt er dan bijvoorbeeld weer voor dat ervaringsdeskundigen heel wat wantrouwen koesteren ten aanzien van politie en minder geneigd zijn om op hen beroep te doen.

3.2.6 De praktijk loopt vast op het huidige wettelijke kader

Dat de praktijk vastloopt op het huidige wettelijke kader van de Drugswet (1921), kan op twee vlakken geïllustreerd worden via de interviews en de literatuurreview. In eerste instantie geven gezondheidswerkers aan dat het huidige wettelijk kader onvoldoende ruimte biedt voor risicoreductie initiatieven zoals druggebruiksruimtes en drugtesting. Wettelijke obstakels zoals het vergemakkelijken van of aanzetten tot druggebruik (Art. 3, lid 2, Drugwet, 1921), het bezit van illegale drugs, de interpretatie van de verdeling van parafernalia (zoals ontsmet injectiemateriaal) als ‘het faciliteren van gebruik’, het onwettig uitoefenen van de geneeskunde of de verpleegkunde (Wet beroepen gezondheidszorg, 2015), en de sluiting om redenen van openbare veiligheid en orde (Art. 9, Drugwet, 1921) zitten op dit moment in de weg (Vander Laenen et al., 2018). Bovendien geven respondenten aan dat er weinig animo is binnen de federale regering om dat wettelijk kader te wijzigen om meer ruimte te maken voor nieuwe risicoreductie initiatieven¹³.

“Et puis, même chose pour la note sur les salles de consommation. J’ai fait revenir ça en cellule générale de politique drogue, mais ça demande un aménagement de la loi, puisque la loi de 1921 indique on ne peut pas faciliter

¹³ Recent keurde de ministerraad een voorontwerp van wetsvoorstel goed om de Drugswet aan te passen: <https://news.belgium.be/nl/depenalisatie-van-hulpverleners-werkzaam-risicobeperkende-gebruiksruimtes-voordruggebruikers-0>

la consommation de drogues. Au niveau fédéral, il y a eu un refus de changer la législation.” (FR_1)

Daarnaast geven (voornamelijk) handhavingsactoren aan dat het huidige onderscheid in het vervolgingsbeleid tussen cannabis en andere illegale drugs (waarbij bezit van maximaal 3 gram cannabis of één vrouwelijke plant voor eigen gebruik, zonder verstoring van openbare overlast en verzwarende omstandigheden de laagste vervolgingsprioriteit krijgt¹⁴) indruist tegen het normatief wettelijk kader dat ook cannabis als illegaal bestempelt. Praktijkmedewerkers en ervaringsdeskundigen beschrijven hoe die dubbele boodschap tot verwarring leidt. Vanuit een juridisch perspectief worden openbaar ministerie en politie geconfronteerd met een onsamenvattend vervolgingsbeleid, dat op zijn beurt verwarring zaait bij het grote publiek (Gelders & Vander Laenen, 2009).

4 Discussie

De opzet van dit artikel was om in kaart te brengen wat de beleidsintenties waren voor het Belgisch drugsbeleid (*policy in the books*) en hoe die principes in de praktijk werden geïmplementeerd (*policy in practice*).

De beleidsintenties centraliseren drie pijlers die elk een specifieke doelgroep aanspreken: preventie voor niet-(problematische) gebruikers, zorgverlening voor problematische gebruikers, en repressie voor drugproducenten en drughandelaars. België stelt met die drie pijlers gelijkaardige beleidsdomeinen voorop als andere landen (Babor et al., 2010; Ritter, 2021).

De analyse toont echter een onevenwicht in de beleidsintenties aan tussen alcohol en andere substanties langs de ene kant en tussen de vraag- en aanbodzijde langs de andere kant. Eerder onderzoek naar coherentie in drugsbeleid geeft aan dat België daarin geen unicum is. In de nationale drugsstrategieën van onder andere Kroatië, Portugal en Hongarije ligt bijvoorbeeld ook meer nadruk op illegale drugs, vergeleken met alcohol en tabak (Muscat & Pike, 2014). De studies verwijzen verder onder andere naar gebrekkige (politieke) consensus en lobbywerk als verklaringen voor het onevenwicht (Muscat & Pike, 2014; Mathys et al., 2017). Ook een gebrekkig evenwicht in de beleidsaandacht tussen de vraag- en aanbodzijde, bijvoorbeeld in

¹⁴ COL 15/2015, Gemeenschappelijke omzendbrief van de minister van Justitie en het College van Procureursgeneraal betreffende de vaststelling, de registratie en het vervolgingsbeleid inzake het bezit van en de detailhandel in illegale verdovende middelen, 18 juni 2018

type interventies aan de aanbod- dan wel vraagzijde of in de toegewezen budgetten, wordt internationaal bevestigd (Ritter, 2010).

Bij de vertaling van de beleidsintenties in de praktijk, wijzen de resultaten op verschillende barrières waar de praktijk op stuit bij de implementatie van de beleidsintenties. De barrières die consequent vermeld worden, zijn de Belgische staatstructuur en de uitdagende politieke context die daarmee gepaard gaat, de financiële context (onder meer het gebrek aan financiering), en gebrekkige of ontbrekende ondersteunende wetgeving.

Budgettaire keuzes, politieke prioriteiten en een legislatief kader staan vaak centraal bij een succesvolle implementatie (Lawless et al., 2018). Het gebrek daaraan verklaart dus ook waarom het beleid in de praktijk niet per se de beleidsintenties trouw weerspiegelt. Praktijkmedewerkers gaan immers aan de slag binnen de gegeven context - in casu: gebrekkige financiering, ontoereikend wettelijk kader, en politieke context – en proberen zo zelf verandering teweeg te brengen (Mills et al., 2022). Het belang van die context, toont meteen waar *policy in the books* en *policy in practice* van elkaar verschillen. De discrepantie tussen beide kan in drie vaststellingen worden samengevat.

4.1 Dan toch geen integraal en geïntegreerd drugsbeleid

Een eerste discrepantie bestaat duidelijk tussen de beleidsintenties die streven naar een integrale en geïntegreerde aanpak, terwijl talrijke voorbeelden uit *policy in practice* aantonen dat het Belgisch drugsbeleid versnipperd is. We denken dan bijvoorbeeld aan het gebrek aan overzicht van de realisaties in het Belgische drugsbeleid die zowel door praktijk als ervaringsdeskundigen worden aangehaald, of aan het gebrek aan politieke consensus en samenwerking op hogere beleidsniveaus. Een uitzondering op deze vaststelling zien we bij lokale samenwerkingsinitiatieven. Op lokaal niveau wordt vaker domein-overschrijdend samengewerkt rond concrete noden. Hoewel deze samenwerkingsverbanden vooral geïnitieerd worden door individuen of specifieke organisaties, maakt dat ze ook afhankelijk zijn van het beschikbare netwerk van individuen en/of organisaties en van de bestaande contacten tussen mensen uit verschillende beleidsdomeinen en niveaus (zie ook (Vander Laenen et al., 2010)). Gezien de historie van het Belgische beleidslandschap, is de discrepantie tussen de integrale en geïntegreerde aanpak in beleidsintenties langs de ene kant, en implementatie in de praktijk langs de andere kant, niet verrassend (Pauly et al., 2021). Het Belgisch beleidslandschap wordt immers gekenmerkt door een bottom-up beleid waarbij een grote autonomie bestaat voor maatschappelijke organisaties en praktijk om tot overeenkomsten te komen, die daarna worden omgezet in beleid, wat ook bekend staat als een kenmerk van neo-corporatisme (Pauly et al.,

2021; Salamon & Toepler, 2015). Dat bestuursmodel veruitwendigt zich ook in het drugsbeleid, en verklaart de beperkte coördinatie, de versnippering, en het belang van interpersoonlijke contacten tussen organisaties in het praktijkveld. Dat maakt het een prioriteit om die versnippering aan te pakken, onder andere via een gedegen coördinatie en gedeelde visie, rekening houdend met de kenmerken van het bestuursmodel (Colman et al., 2021).

4.2 Naar een *evidence-informed* drugsbeleid

Een tweede discrepantie zien we in de intentie om *evidence-based* te werken, terwijl in de praktijk vooral sprake is van een *evidence-based* vraagzijde eerder dan een *evidence-based* aanbodzijde, monitoring nog steeds versnippering vertoont op het vlak van consistentie en vergelijkbaarheid én de vertaling van onderzoek naar beleid beperkt blijft. Die vaststellingen zijn echter niet uniek binnen een Belgische context (MacGregor, 2013; Ritter & Lancaster, 2013; Sanderson, 2003; Sorian & Baugh, 2002; Tieberghien, 2017). Deze evaluatie heeft ook aangetoond dat zowel monitoring en onderzoek reeds een grote evolutie hebben doorgemaakt. Bovendien moeten we ook vermelden dat, hoewel een evidence-based paradigma voor drugsbeleid zijn verdiensten heeft, het ook vaak bekritiseerd wordt vanuit internationale wetenschappelijke hoek. Een fundamentele kritiek betwist bijvoorbeeld de notie dat wetenschappelijke evidentie waardenvrij is (Standring, 2016), door erop te wijzen hoe maatschappelijke (bijv. politieke, of economische) belangen bepalen wat telt als evidentie (Lancaster, 2014). Critici gaan ook in op de kloof tussen wat onderzoek als effectief beoordeelt en het beleid dat uiteindelijk wordt uitgevoerd (Brownson et al., 2009). Wetenschappelijk bewijs is slechts één onderdeel is van een complex beleidsvormingsproces, en dan nog met beperkte impact. Andere factoren zoals waarden, ideologische overtuigingen, de beschikbaarheid van middelen, lobbyisten & belangengroepen hebben ook een invloed op het beleidsvormingsproces (Davies, 2004; Ritter & Lancaster, 2013). De onderzoeksresultaten tonen bovendien het belang aan van praktijkkennis in het ontwikkelen van beleid (cf. bottom-up drugsbeleid) en de inbreng van ervaringsdeskundigen aan (om bijvoorbeeld onbedoelde gevolgen van het drugsbeleid, zoals stigma, aan te kaarten). Die vaststellingen noodzaken een *evidence-informed* drugsbeleid: een drugsbeleid geïnformeerd door evidentie in brede zin, namelijk persoonlijke ervaringen, praktijkkennis en wetenschappelijk bewijs (Bowen & Zwi, 2005; Lancaster et al., 2017). Het betrekken van de stem van mensen met ervaringskennis en praktijkstemmen, erkent de subjectiviteit van drugsgebruik en drugsbeleid, en vormt een tegenwicht tegen de bevoorrechting van "objectieve" wetenschappelijke kennis binnen een

evidence-based beleid of incident-gedreven politiek¹⁵ (Lancaster et al., 2017; Van Impe, 2021). Ze weerspiegelt bovendien een grotere legitimiteit van het drugsbeleid en bevordert een pluralisering van kennis (Lancaster et al., 2017; Valentine et al., 2020).

4.3 Normaliseringsbeleid

Een derde discrepantie vinden we tussen de intentie voor een normaliseringsbeleid met duidelijke grenzen waarbinnen drugsgebruik aanvaardbaar is, zoals te lezen in de Federale Drugsnota, en het huidige onderscheid in het vervolgingsbeleid tussen cannabis en andere illegale drugs. Deze discrepantie zaait niet enkel verwarring bij de bredere bevolking, maar ook bij de rechtshandhavers omdat de drugswetgeving (cannabis is illegaal) en het vervolgingsbeleid (cannabis voor eigen gebruik, zonder verstoring van openbare overlast en verzwarende omstandigheden heeft laagste vervolgingsprioriteit) geen eenduidige boodschap overbrengen (Gelders & Vander Laenen, 2009).

5 Conclusie en aanbevelingen

Deze evaluatie heeft aangetoond hoe een aantal pijnpunten uit het rapport van de Parlementaire Werkgroep in 1997, vandaag nog steeds aanwezig zijn. Zo maakte de Parlementaire Werkgroep in 1997 al gewag van een gebrek aan een overkoepelde visie, beleidsplannen en beleidssturing in het drugsbeleid en van de versnippering van bevoegdheden over federale, gemeenschaps- en gewest-, provinciale en lokale beleidsniveaus (p. 990). Het lijkt erop dat de beleidsprocessen achter het Belgisch drugsbeleid weinig veranderd zijn. Desondanks is er een evolutie merkbaar, in de zin dat de meeste (beleids)actoren het er vandaag over eens zijn dat het drugfenomeen in de eerste plaats een volksgezondheidsprobleem is en dat preventie, hulpverlening en handhaving samen een centrale rol te spelen hebben in het drugbeleid en elkaar nodig hebben. De evaluatie stelt daarom vijf aanbevelingen centraal:

1. Ontwikkel en implementeer een geüpdatete drugsstrategie en actieplan met een eenduidige visie en als onderdeel van een beleidscyclus.
2. Bouw een *evidence-informed* drugsbeleid uit, waarbij een drugsbeleid wordt geïnformeerd door beschikbare evidentie, rekening houdend met de verschillende

¹⁵ Zoals onder meer het incident in Antwerpen, waarbij na het vallen van een onschuldig slachtoffer, nieuwe maatregelen, zoals het verhogen van boetes voor personen die drugs gebruiken, werden geïntroduceerd.

informatiebronnen, namelijk persoonlijke ervaringen, praktijkkennis en wetenschappelijk bewijs.

3. Herdefinieer de organisatie en de taken van de Algemene Cel Drugsbeleid, om samenwerking en coördinatie meer slagkracht te geven.

4. Creëer mogelijkheden en ondersteuning voor innovatieve projecten om in te spelen op de steeds veranderende realiteit van het drugsfenomeen, bijvoorbeeld via een innovatiefonds.

5. Steun de ontwikkeling van structurele en duurzame vormen van samenwerking (inclusief financiële ondersteuning).

Dit onderzoek werd afgerond eind 2021. We zijn als onderzoekers hoopvol omdat de resultaten en aanbevelingen van dit onderzoek een ingang hebben gevonden in beleid en politiek. Zo heeft de Thematische Vergadering Drugs van 23 maart 2022 het mandaat gegeven om vanuit de Algemene Cel Drugsbeleid verder te werken aan een plan van aanpak voor de operationalisering van de herdefiniëring van de Algemene Cel Drugsbeleid met een nieuwe voorzitter en adjunct-voorzitter¹⁶, het opstellen van een nieuwe drugsstrategie en aldus een gedeelde visie, en de ontwikkeling van een *evidence-informed* drugsbeleid.

Referenties

Literatuur

Antoine, J., Plettinckx, E., van Baelen, L., & Gremeaux, L. (2020). *De TDI registratie in België: jaarlijks rapport registratiejaar 2019*. Sciensano (<https://www.sciensano.be/nl/biblio/de-tdiregistratie-belgie-jaarlijks-rapport-registratiejaar-2019>)

Arthur, S., & Nazroo, J. (2003). *Designing fieldwork strategies and materials. Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers, 1*, 109-137.

Babor, T. F., Caulkins, J. P., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D. R., Humphreys, K., Medina-Mora, M.E., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. & Strang, J. (2010). *Drug policy and the public good*. Oxford University Press: Oxford

¹⁶Prof. Dr. Charlotte Colman en Dr. Pablo Nicaise werden aangeduid als respectievelijk coördinatrice en adjunctcoördinator van de Algemene Cel Drugsbeleid (<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/persmededeling-van-de-thematische-vergaderingdrugs-van-de-interministeriele-conferentie>)

- Bowen, S., & Zwi, A. B. (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS medicine*, 2(7), e166.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp.57–71).
- Brownson, R. C., Chriqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding evidence-based public health policy. *American journal of public health*, 99(9), 1576-1583.
- Byrne, D. (2013). Evaluating complex social interventions in a complex world. *Evaluation*, 19(3), 217-228.
- Capwell, E. M., Butterfoss, F., & Francisco, V. T. (2000). Why evaluate? *Health Promotion Practice*, 1(1), 15-20.
- Colman, C., Blomme, E., Nicaise, P., Vander Laenen, F., Decorte, T., Godderis, L., Makola, V., De Pau, M., & Lambrechts, M.-C. (2021). *An evaluation of the Belgian drug policy*. Federaal Wetenschapsbeleid: Brussel
- Cooksy, L. J., Gill, P., & Kelly, P. A. (2001). The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. *Evaluation and program planning*, 24(2), 119-128.
- Coryn, C. L. S., Noakes, L. A., Westine, C. D., & Schroter, D. C. (2011). A Systematic Review of Theory-Driven Evaluation Practice From 1990 to 2009 [Review]. *American journal of evaluation*, 32(2), 199-226. <https://doi.org/10.1177/1098214010389321>
- Davies. (2004). Is evidence based government possible? Jerry Lee Lecture, presented at the 4th annual Campbell Collaboration Colloquium. Washington DC, USA.
- De Ruyver, B., Pelc, I., De Graeve, D., Bucquoye, A., Cornelis, L., & Nicaise, P. (2007). *Drugs in cijfers II: studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen: vervolg studie*. Academia Press.
- De Ruyver, B., Casselman, J., Meuwissen, K., Bullens, F., & Van Impe, K. (2000). Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs. In: Gent Onderzoeksgroep Drugbeleid.

De Ruyver, B., Vander Laenen, F., & Eelen, S. (2012) The long road to an integral and integrated policy in Belgium. In: Muscat, R., & Pike, B. (Eds.) *Reflections on the concept of coherency for a policy on psychoactive substances and beyond* p. 33-42

Decorte, T., Kramer, R., Vlaemynck, M., De Donder, E., & de Duve, M. (2019). *Assessment of alternative models for regulation of alcohol marketing in Belgium: Final Report*. Federaal Wetenschapsbeleid: Brussel

Eklblom, P. (2011). Appropriate Complexity. In *Crime Prevention, Security and Community Safety Using the 5Is Framework* (pp. 46-64). Springer.

EMCDDA. (2017). *Evaluating drug policy: A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations*. Publications Office of the European Union, Luxembourg (https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/evaluating-drug-policy_en)

EMCDDA (2021), *European Drug Report 2021: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg (https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trendsdevelopments/2021_en)

Forss, K., Marra, M., & Schwartz, R. (2011). *Evaluating the complex: Attribution, contribution, and beyond* (Vol. 1). Transaction Publishers.

Frechtling, J. (2007). *Logic modeling methods in Program Evaluation*. John Wiley & Sons, Inc.

Gelders, D., & Vander Laenen, F. (2009). ‘Mr Police Officer, I thought cannabis was legal’—Introducing new policy regarding cannabis in Belgium: A story of good intentions and Babel. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 14, 103-116.

Gisle, L., & Drieskens. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Druggebruik*. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.440/59 (www.gezondheidsenquête.be)

Hannes, P. (2014). Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg? . In J. Velaers, J. Vanpraet, W. Vandenbruwaene, & Y. Peeters (Eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*. Intersentia.

Kools, J.-P., van der Gouwe, D., & Keizer, B. (2017). *Evaluation of the National Drug Strategy 2012-2017 of the Republic of Croatia: Analysing the accomplishments of the current National Drug Strategy and providing recommendations for the National Drug Strategy 2018-2025*. Trimbos Institute (https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/evaluation-croatias-nationaldrug-strategy-2012-17_en)

- Kurtz, C. F., & Snowden, D. J. (2003). The new dynamics of strategy: Sense-making in a complex and complicated world. *IBM systems journal*, 42(3), 462-483.
- Lancaster, K. (2014). Social construction and the evidence-based drug policy endeavour. *International journal of drug policy*, 25(5), 948-951.
- Lancaster, K., Seear, K., Treloar, C., & Ritter, A. (2017). The productive techniques and constitutive effects of 'evidence-based policy' and 'consumer participation' discourses in health policy processes. *Social Science & Medicine*, 176, 60-68.
- Lawless, A., Baum, F., Delany-Crowe, T., MacDougall, C., Williams, C., McDermott, D., & van Eyk, H. (2018). Developing a Framework for a Program Theory-Based Approach to Evaluating Policy Processes and Outcomes: Health in All Policies in South Australia. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(6), 510-521. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.121>
- Lievens, Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L. (2016). *The social cost of legal and illegal drugs in Belgium (Vol. 51)*. Maklu.
- MacGregor, S. (2013). Barriers to the influence of evidence on policy: Are politicians the problem? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(3), 225-233.
- Mackieson, P., Shlonsky, A., & Connolly, M. (2019). Increasing rigor and reducing bias in qualitative research: A document analysis of parliamentary debates using applied thematic analysis. *Qualitative Social Work*, 18(6), 965-980.
- Mathys, C., Van Havere, T., Van Praet, S., & Dirx, N. (2017). A practice-based perspective on the new legislation by prevention workers and health promoters. *European Journal of Public Health*, 27(3).
- Mills, T., Lawton, R., & Sheard, L. (2019). Advancing complexity science in healthcare research: the logic of logic models. *BMC Medical Research Methodology*, 19(1), 1-11.
- Muscat, R., & Pike, B. (2014). *Coherence policy markers for psychoactive substances*. Council of Europe: Strasbourg
- Pas, W. (2014). Algemene beschouwingen over de bevoegdheidsverdeling in het kader van de Zesde Staatshervorming. In A. Alen, B. Dalle, K. Muylle, W. Pas, J. Van Nieuwenhove, & W. Verrijdt (Eds.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming* (pp. 341-371). die Keure / la Charte.

Patton, M. Q. (2010). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford press.

Patton, M. Q. (2015). Book Review: Evaluating the Complex: Attribution, Contribution, and Beyond. *American journal of evaluation*, 36(3), 419-429.
<https://doi.org/10.1177/1098214015569758>

Pauly, R., Verschuere, B., De Rynck, F., & Voets, J. (2021). Changing neo-corporatist institutions? Examining the relationship between government and civil society organizations in Belgium. *Public management review*, 23(8), 1117-1138.

Pawson, R. (2004). Simple principles for the evaluation of complex programmes. *CIDADES, Comunidades e Territórios*(8).

Peyton, D. J., & Scicchitano, M. (2017). Devil is in the details: Using logic models to investigate program process. *Evaluation and program planning*, 65, 156-162.

Reitox National Focal Point. (2019). *Belgium, Country Drug Report 2019*.
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11345/belgium-cdr-2019_0.pdf

Ritchie, J., Lewis, J., & Elam, R. G. (2013). Designing and selecting samples. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*, 111.

Ritter, A. (2010). Conceptualising 'balance' in national drug policy. *Drug and Alcohol Review*, 29, 349–351 <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00210.x>

Ritter, A., & Lancaster, K. (2013). Measuring research influence on drug policy: a case example of two epidemiological monitoring systems. *International journal of drug policy*, 24(1), 30-37.

Ritter, A. (2021). *Drug Policy (1st ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003224501>

Rogers, P. J. (2008). Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation*, 14(1), 29-48.

Salamon, L. M., & Toepler, S. (2015). Government–nonprofit cooperation: Anomaly or necessity? *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 26(6), 2155-2177.

Sanderson, I. (2002). Evaluation, policy learning and evidence-based policy making. *Public administration*, 80(1), 1-22.

- Sanderson, I. (2003). Is it 'what works' that matters? Evaluation and evidence-based policymaking. *Research Papers in Education*, 18(4), 331-345. <https://doi.org/10.1080/0267152032000176846>
- Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *Bmj*, 336(7656), 1281-1283.
- Sim, J., & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Quality & Quantity*, 53(6), 3003-3022.
- Smith, P., Favril, L., Delhauteur, D., Vander Laenen, F., & Nicaise, P. (2019). How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0169-x>
- Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard business review*, 85(11), 68.
- Sorian, R., & Baugh, T. (2002). Power of information: closing the gap between research and policy. *Health Affairs*, 21(2), 264-273.
- Spinatsch, M. (2011). Evaluating a complex policy in a complex context: The elusive success of the Swiss Smoking Prevention Policy. In K. Forss, M. Marra, & R. Schwartz (Eds.), *Evaluating the complex: attribution, contribution and beyond*. Routledge.
- Standring, A. (2016). Evidence based policymaking as depoliticised governance strategy: the case of European drug policy. European Consortium for Political Research (ECPR) Joint Sessions Workshop,
- Tieberghien, J. (2017). *Change or Continuity in Drug Policy: The Roles of Science, Media, and Interest Groups*. Routledge.
- Trautmann, F., & Braam, R. (2014). *Evaluation of the Governmental Strategy and Action Plan 2010-2014 of Luxembourg regarding the fight against drugs and addictions*. Trimbo Institute
- Trautmann, F., Braam, R., Keizer, B., & Lap, M. (2011). *Evaluation of the National Drug Strategy of the Republic of Croatia (2006-2012)*. Trimbo Institute

- Valentine, K., Persson, A., Newman, C. E., Hamilton, M., Bryant, J., & Wallace, J. (2020). Experience as Evidence: The Prospects for Biographical Narratives in Drug Policy. *Contemporary Drug Problems*, 47(3), 191-209.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275-289.
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J., & Lievens, D. (2011). *Drugs in Cijfers III/Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België*. Academia Press.
- Vander Laenen, F., Nicaise, P., Decorte, T., De Maeyer, J., De Ruyver, B., Smith, P., van Puyenbroeck, L., & Favril, L. (2018). *Haalbaarheidsstudie van druggebruiksruimtes in België*. Federaal Wetenschapsbeleid: Brussel
- Vander Laenen, F., Vandam, L., & Colman, C. (2010). Met velen aan de tafel: goede voorbeelden van een integraal en geïntegreerd drugsbeleid. *Verslaving*, 6(4), 54-71.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., Ansseau, M., & De Ruyver, B. (2013). *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium*. Academia Press.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K., Mostien, B., & Franssen, A. (2009). Tien jaar netwerkvorming en case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: zorgen dat circuits net werken. *PSYCHIATRIE EN VERPLEGING*, 85(4), 200-210.
- Van Havere, T., Dirkx, N., Vander Laenen, F., De Clercq, B., Buijs, T., Mathys, C., van Praet, S., Deforche, B., El Houti, A., & Van Damme, J. (2018). *The law of 2009 concerning the selling and serving of alcohol to youths: from state of the art to assessment*. Federaal Wetenschapsbeleid: Brussel
- Van Impe, M. (2021). *Stigma through the eyes of people who use(d) illegal drugs : challenging boundaries through participatory action research*. [onuitg. proefschrift] Universiteit Gent
- Weiss, C. H. (1999). The interface between evaluation and public policy. *Evaluation*, 5(4), 468-486.
- WK Kellogg Foundation. (2001). *Logic model development guide: Using logic models to bring together planning, evaluation, & action*. W.K. Kellogg Foundation (https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/KelloggLogicModelGuide_161122_162808.pdf)

Zimmerman, B. J., Dubois, N., Houle, J., Lloyd, S., Mercier, C., Brousselle, A., & Rey, L. (2012). How does complexity impact evaluation? An introduction to the special issue. *The Canadian journal of program evaluation= La Revue canadienne d'evaluation de programme*, 26(3), v.

Wetgeving en rechtspraak

Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 23 januari 2001, Parl. St. Kamer, DOC 50, nr.1059/001

Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België, een gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs, BS 15.04.2010

Verslag namens de Parlementaire Werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, Parl.St. Kamer, 1996-1997, 1062/1-3.

Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, B.S. 16 maart 1921.

Wet van 10 mei 2015 betreffende de beroepen in de gezondheidszorg, B.S. 18 juni 2015