

NATIONAAL DRUGSPREVENTIE PLAN 2020-2023

Nationale Anti-Drugsraad

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen.....	ii
Begrippenlijst	iii
Tabellen en figuren	iv
1. INTRODUCTIE	1
2. SITUATIEBESCHRIJVING.....	3
2.1 Demografische achtergrond	3
2.2. Nationale coördinatiestructuur drugsresponse.....	4
2.3 Wettelijk kader.....	5
2.4 Drugsaanbod.....	5
2.5 Drugspreventie.....	6
2.6 Drugsgebruik.....	9
3. ELEMENTEN VAN PREVENTIE	13
3.1. Doelgroepen van preventie	14
3.2 Fasen van preventie.....	16
4. PRINCIPES EN DOELEN	22
4.1 Beleidsprincipes	22
4.2 Beleidsuitgangspunten.....	22
4.3 Algemeen doel	22
4.4 Outcomes en outputs	24
5. UITVOERING	26
5.1. Uitgangspunten.....	26
5.2. Activiteitenplan.....	26
MONITORING EN EVALUATIE.....	31
GERAADPLEEGDE DOCUMENTEN	32

Lijst van afkortingen

AAD	Alcohol of andere drugs
BDT	Bureau Dak- en Thuislozen
CBO	Community Based Organization (Gemeenschapsorganisatie)
CICAD	Inter-American Drug Abuse Control Commission (<i>Comisión Interamericana para el Control Del Abuso de Drogas</i>)
EU	Europese Unie
HDI	Human Development Index
MDMA	Methylenedioxyamfetamine (synthetische drug die stemming en perceptie beïnvloedt. Wordt vaak Ecstasy of Molly genoemd).
MEM	Multilateraal Evaluatie Mechanisme
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MZ	Medische Zending Primary Health Care
NAR	Nationale Anti-Drugs Raad
NDMP	Nationaal Drugs Master Plan
NGO	Niet Gouvernementele Organisatie
OAS	Organisatie van Amerikaanse Staten
PCS	Psychiatrisch Centrum Suriname
PROCCER	Program for Prevention, Treatment and Rehabilitation of Drug Abuse and Violence.
PVZ	Polikliniek Verslavingszorg
RGD	Regionale Gezondheidsdienst
SDG	Sustainable Development Goals (Duurzame Ontwikkelingsdoelen)
SURENDU	Suriname Epidemiologisch Netwerk voor drugsgebruik
UBN	Uitvoerend Bureau van de NAR
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VSB	Vereniging Surinaams Bedrijfsleven

Begrippenlijst

AMBULANTE ZORG: Begeleiding die vanuit een instelling wordt gegeven, waarbij de cliënt niet bij de instelling, die deze begeleiding geeft, woont.

DETOXIFICATIE: De eerste stap in een rehabilitatieprogramma waarbij een persoon onder (medische) supervisie geplaatst wordt, terwijl de drugs (op natuurlijke wijze) uit het lichaam verwijderd worden.

DRUGS DEMAND: de vraag naar/behoefte aan drugs in een groep of samenleving

DRUGS SUPPLY: het aanbod/ de beschikbaarheid van drugs

DRUGS: Stoffen die het functioneren van het centrale zenuwstelsel veranderen en die gebruikt worden met het doel om het bewustzijn te veranderen zonder dat daarvoor een medische indicatie is.

GROENE ZONE: karakterisering van groepen die actief zijn op het gebied van primaire drugspreventie (voorlichting aan groepen en het algemeen publiek)

MULTILATERAAL EVALUATIE MECHANISME: Het MEM is een instrument dat ontwikkeld is om de vorderingen van de lid landen van de OAS te beoordelen in de strijd tegen drugs. Aan de hand van de evaluatie worden aanbevelingen gedaan ter versterking van het nationaal drugsbeleid.

PSYCHOTROPE STOFFEN: Dit zijn stoffen die invloed hebben op de psyche door het veranderen van fysiologische processen in het centraal zenuwstelsel.

Residentiële ZORG: een plaats/instelling waar behandeling, zorg en resocialisatie wordt geboden aan personen die daar gedurende dat proces zijn opgenomen.

RODE ZONE: karakterisering van groepen die diensten verlenen aan personen die drugsafhankelijk zijn en een hulpvraag hebben bij het verminderen van of stoppen met drugsgebruik en/of hulp bij het verminderen van de effecten van drugsgebruik op de persoon en zijn omgeving.

SOCIALE DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID: De sociale determinanten van gezondheid zijn de condities waaronder mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en oud worden, inclusief het gezondheidssysteem. Deze omstandigheden worden gevormd door de verdeling van middelen, macht en voorzieningen op nationale en lokale niveaus, dingen die zelf weer onder invloed staan van beleidsbeslissingen.

Tabellen en figuren

Lijst van tabellen:	Pagina
Tabel 1: Overzicht inbeslagname drugs 2016-2018	6
Tabel 2: Overzicht van organisaties in drugspreventie	6
Tabel 3: Personen in behandeling 2015-2018	8
Tabel 4: Risicoperceptie	10

Lijst van figuren:	
Figuur 1: Gebruik van massamedia en ICT naar sekse	4
Figuur 2: Nationale structuur voor drugsresponse	5
Figuur 3: Leeftijd bij eerste gebruik	8
Figuur 4: Alcoholgebruik naar sekse	9
Figuur 5: Middelengebruik	10
Figuur 6: Preventiemodel van Reynolds	13
Figuur 7: Doelgroepen van preventie	14
Figuur 8: Model Stages of Changes theorie	17

1. INTRODUCTIE

Artikel 36 van de constitutie van Suriname stelt, dat ieder mens recht heeft op gezondheid en dat de staat voorlichting geeft ter bescherming van de gezondheid. In de Conventie voor de Rechten van het kind is ook opgenomen, het recht van personen van 0-18 jaar op toegang tot informatie en educatie.

Naast uiteraard erkenning en versterking van mensenrechten, geldt bijdragen aan de 2030 Agenda voor Duurzame Ontwikkeling, het bereiken van de Duurzame Ontwikkelingsdoelen (Sustainable Development Goals) als een belangrijke doelstelling van beleid. In het bijzonder wordt voor dit document de link met de doelstellingen 3, 4 en 5 respectievelijk, *“Verzeker een goede gezondheid en promoot welzijn voor alle leeftijden”*, *“Verzeker gelijke toegang tot kwaliteitsvol onderwijs en bevorder levenslang leren voor iedereen”* en *“Bereik gendergelijkheid en empowerment voor alle vrouwen en meisjes”* benadrukt.

In het “Ontwikkelingsplan (O.P) 2017-2021” wordt erkend dat ons land uitdagingen kent gerelateerd aan drugs en drugsgebruik. Zo wordt genoemd: *“De nationale veiligheid en stabiliteit worden bedreigd door mensensmokkel, illegale grensoverschrijding, toenemende drugshandel en groeiend drugsverkeer”*; de noodzaak om *“terrorisme, drugs-, mensen- en wapensmokkel, alsook goederensmokkel in het maritiem gebied te bestrijden”* en acties tegen *“de georganiseerde criminaliteit, in het bijzonder het ontmantelen van criminele organisaties, het terugdringen van de grensoverschrijdende en drugscriminaliteit.”*¹

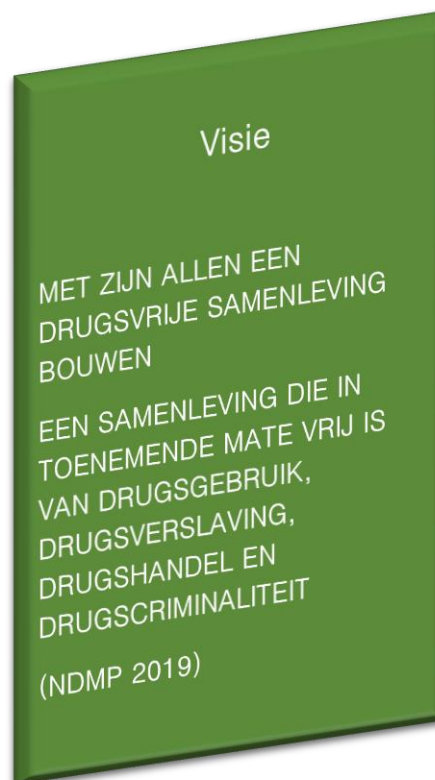
Eerder in 2019 is een Nationaal Drugs Master Plan (NDMP) voor de periode 2019-2023 omvattende strategieën voor de aanpak van de totale drugsproblematiek, van gebruik en productie, tot doorvoer en criminaliteitsbestrijding ontwikkeld en aangeboden aan de President. Dit Preventieplan is een uitwerking van een onderdeel uit het Masterplan, namelijk de primaire drugspreventie, behandeling en zorg, voor deze omstandigheid te begrijpen onder het Engelse begrip “Demand Reduction.”

In het kader van dit document wordt, als over drugs wordt gepraat, gedoeld op de omschrijving AAD, namelijk Alcohol en Andere Drugs. Hierbij is de al dan niet legale status en de wijze van inname van de gebruikte stoffen niet relevant. Het criterium dat hier geldt, is de werking van de stof en de invloed van het gebruik: het teweegbrengen van veranderingen in het fysiek en/of psychisch functioneren van de persoon en een daaraan gekoppelde negatieve invloed op de persoon en zijn omgeving.

Voor het ontwikkelen van beleid dat werkelijk beantwoordt aan de lokale context, is het essentieel om die context in kaart te brengen. In dat kader wordt in hoofdstuk 2 een schets gegeven van de nationale achtergrond, van het totale drugsgebruik, de groepen die op grond van deze data als speciale aandacht groepen geïdentificeerd zijn, de middelen die het meest gebruikt worden en de status van de nationale response.

¹ Ontwikkelingsplan 2017-2021, Ontwikkelingsprioriteiten van Suriname, pg.47,138.

In de daarop volgende hoofdstukken worden achtereenvolgens preventiestrategieën, doelen en actieplannen voor uitvoering gepresenteerd.



2. SITUATIEBESCHRIJVING

2.1 Demografische achtergrond

Volgens de laatste census, die plaatsvond in 2012, bedroeg het inwonertal van Suriname 541.638 waarvan 49.96% mannen en 50.04% vrouwen. De geprojecteerde bevolkingsaanwas tot en met 2017 is ongeveer 563,000 personen. Het land geniet een relatief jonge bevolking, met iets meer dan 40% van de bevolking jonger dan 25 jaar. Het overgrote deel van de bevolking is geconcentreerd in de urbane kustgebieden. Het binnenland, meest bewoond door tribale volken van marron en inheemse afkomst, kent lage bevolkingsconcentraties en eveneens lage scores op veel ontwikkelingsindicatoren zoals toegang tot secundair onderwijs, elektriciteit, veilig drinkwater, sanitair, infrastructuur, gezondheidszorg en werkgelegenheid.

Volgens de Surinaamse wet moet een ieder die zich op het grondgebied bevindt, een ziektekostenverzekering hebben. Voor hen die niet in staat zijn de premie te betalen, is er de mogelijkheid een verzoek daartoe in te dienen bij het geëigende ministerie. In de praktijk zijn er nogal wat obstakels in dat proces en zijn er nog (veel) mensen die niet over een verzekering beschikken.

De censusdata gaven een landelijk werkloosheidspercentage van 10.3% aan; 6.7% voor mannen en 15.7% voor vrouwen.

In de afgelopen drie decennia, hebben interne conflicten, gebrek aan werkgelegenheid en gebrekkig onderwijs in de rurale gebieden in het binnenland, geleid tot een toenemende urbanisatie naar de hoofdstad, met als gevolg wat bekend staat als 'pockets of poverty' in vele urbane gemeenschappen.

Suriname's HDI (Human Development Index) waarde voor 2017 is 0.720 waarmee het land in de hoge categorie voor menselijke ontwikkeling valt, op 100 van 189 landen en territoria². De huidige levensverwachting is 69.3 voor mannen en 75.0 jaren voor vrouwen.

Het SDG progress report voor 2018 geeft op de indicatoren "gezonde levensverwachting bij geboorte" een goede, en bij "aantal verkeersdoden," waar een associatie met alcohol en (andere) drugsgebruik ligt, een minder goede waardering.³

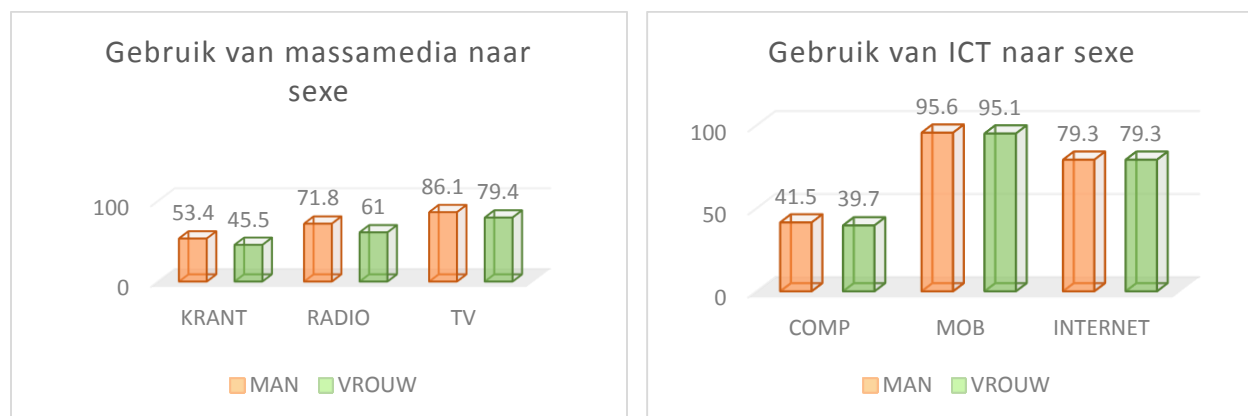
Het totale opleidingsniveau van de Surinaamse bevolking is relatief laag te noemen. Volgens de cijfers van de Census 2012, heeft ongeveer 70% van de bevolking maximaal VOJ-onderwijs doorlopen. Het opleidingsniveau is tussen 2004 en 2012 met kleine stappen vooruit gegaan. In vergelijking met mannen, hebben vrouwen meer vooruitgang geboekt. Onderwijsdata wijst verder op hoge dropout ratio's van met name jongens, al vanaf de overgang van lager onderwijs naar VOJ, met toename van significante overrepresentatie van vrouwen met het stijgen van het onderwijsniveau.

² http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/SUR.pdf

³ <http://sdgindex.org/assets/files/2018/02%20SDGS%20Country%20profiles%20edition%20WEB%20V3%20180718.pdf>

De data van de Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2018 geeft aan, dat 13.9% van de geïnterviewde vrouwen hoger onderwijs genoten heeft, tegenover 8.3% van de mannen.⁴

De MICS verschaft ook info over blootstelling aan/gebruik van ICT (computers en het internet) en massamedia (krant, radio en TV) onder vrouwen en mannen tussen 15-49 jaar gebaseerd op gebruik van ICT gedurende de 3 maanden voorafgaand aan het onderzoek en gebruik van massamedia gedurende de week voorafgaand aan het onderzoek. Hieronder worden de percentages (%) per groep, per item weergegeven.



Figuur 1: gebruik van massamedia en ICT naar sexe

2.2. Nationale coördinatiestructuur drugsresponse

1. Centraal in de nationale structuur is de Nationale Anti-Drugs Raad (NAR), ingesteld bij Presidentiële resolutie. De NAR is een beleid formulerend en -coördinerend orgaan dat steeds voor een periode van 3 jaren wordt benoemd. Dit orgaan ressorteert administratief onder het Ministerie van Volksgezondheid.

Momenteel bestaat de NAR uit vertegenwoordigers van de volgende instituten: Ministeries van Volksgezondheid; Justitie & Politie (KPS); Onderwijs, Wetenschap & Cultuur en Sport en Jeugdzaken; het Openbaar Ministerie, het Psychiatrisch Centrum Suriname; de Vereniging Surinaams Bedrijfsleven en NGO vertegenwoordigers van organisaties in preventie en zorg.

De NAR is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een beleidsdocument, het Nationaal Drugs Master Plan (NDMP) met een looptijd van 5 jaren. De looptijd van het huidige plan is 2019-2023.

2. Uitvoerend Bureau van de NAR: Bij de uitvoering van haar taken en de implementatie van het NDMP wordt de NAR ondersteund door een Uitvoerend Bureau (UBN).

Het UBN heeft als kerntaak de NAR te assisteren bij de hieronder genoemde taken:

- uitvoering van de taken zoals bepaald door de NAR;

⁴ Suriname MICS 2018 SURVEY findings report

- ondersteuning van de implementatie van het NDMP;
- data verzamelen en aanleveren aan de NAR;
- het faciliteren van het netwerk van de National Observatory voor Suriname(SURENDU)



Figuur 2: Nationale structuur voor drugsresponse

2.3 Wettelijk kader

Op mondiaal niveau is de juridische basis ter bestrijding van de drugsmisdad vastgelegd in een drietal verdragen van de Verenigde Naties, te weten:

1. het Enkelvoudig Verdrag: betreffende verdoovende middelen van 1961, zoals gewijzigd bij protocol van 1972;
2. het Verdrag op het gebied van Psychotrope Stoffen van 1971;
3. het Verdrag van de Verenigde Naties betreffende de sluikhandel van verdoovende middelen en psychotrope stoffen van 1988.

Het nationaal kader voor drugspreventie ligt in de wet verdoovende middelen van 12 februari 1988 (SB 1988 no 14), zoals gewijzigd bij wet van 13 Juni 2018 (SB 2018 no 64 en 65). Deze wet verbiedt gebruik, productie, verkoop en transport van psychotrope substanties.

2.4 Drugsaanbod

Volgens data van de Anti Narcotica Brigade is de straatprijs van drugs is over de afgelopen jaren relatief constant gebleven. Een unit cocaïne kost SRD 20, = per 0.1 gr, hasjesj kost SRD 15 per 0.1 gr., marihuana SRD 5 per 0.9 gram en een XTC tablet kost ongeveer SRD 25.

Verdere data toont een stijging van de hoeveelheden in beslag genomen vloeibare cocaïne en MDMA van 2016 naar 2018. Bij hasj is er sprake van een daling over dezelfde periode.

Bij de andere substanties is er geen sprake van een consistente stijging of daling van de in beslag genomen hoeveelheden.

Type	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018
Cocaïne(gr)	344.484,15	3.251.672,78	750.232,49
Cocaïne vloeibaar (ml)	9.167	19.617	35.847,00
Marihuana(gr)	76.415,12	70.203,77	715.548,18
Hasj(gr)	5.615,04	3.759,37	772,16
XTC tabletten(stuk)	6.115,50	558	4.124
MDMA(gr)	9,42	137,44	2.780,99

Tabel 1: overzicht inbeslagname drugs 2016-2018

Er is anekdotische data over een toenemend aanbod van andere drugssoorten dan in het overzicht hierboven. Hieronder zouden vallen vooral chemisch gemodificeerde drugs zoals cannabinoïds (sterke cannabis aangepast met chemische elementen) en wat vooral bekend staat als partydrugs bv. poppers en lachgas.

Er is de afgelopen jaren geen melding gemaakt van inbeslagname van heroïne. Het aantal personen dat zich tot 2017 heeft aangemeld voor rehabilitatie op basis van heroïnegebruik is zeer klein. Dat impliceert geen of weinig gebruik en waarschijnlijk geen of weinig aanbod.

2.5 Drugspreventie

2.5.1 Coördinatie:

Het Uitvoerend Bureau van de NAR (UBN) is belast met de dagelijkse leiding over preventieactiviteiten, in functie van haar taak als coördinator van het UBN netwerk waarin alle organisaties actief op het gebied van drugspreventie verenigd zijn.

	PRIMARY PREVENTION/ GREEN ZONE	TERTIARY PREVENTION/ ZONE RED	TERUGVAL PREVENTIE
Psychiatrisch Centrum Suriname (PCS), Polikliniek Verslavingszorg Dagcentrum, AA en CA	X	X	X
Stichting "De Stem"	X	X	
Stichting "Liefdevolle Handen"	X	X	
Stichting "Victory Outreach"		X	
Stichting "Geloof en Nieuw Leven"		X	
Ministerie van Sport en Jeugdzaken	X		
Ministerie van Onderwijs en Volksontwikkeling - Basic Life Skills Unit	X		
Jeugdzaken (Korps Politie)	X		
Stichting Rumas (Steun voor schooluitvallers)	X		

Tabel 2: Overzicht van organisaties in drugspreventie

Huidige activiteiten van het netwerk zijn: op aanvraag of eigen initiatief worden voornamelijk informatiesessies en trainingen verzorgd met vooral jongeren als target groep.

De organisaties zijn geclusterd naar belangrijkste taakstelling:

De GROENE zone is het domein van organisaties die werken in primaire preventie. Activiteiten die eerder onder secundaire preventie of vroege interventies voor hoog-risico groepen vielen, zijn momenteel opgegaan in primaire preventie. In de RODE zone zijn ambulante en residentiële behandelingscentra, inclusief harm reduction diensten voor gemarginaliseerde drugsafhankelijken verenigd. De BLAUWE zone is gericht op terugval preventie en begeleiding bij wonen en werken.

2.5.2 Primaire preventie

Uit rapportage van het UBN over de periode 2012-2017, blijkt dat de meest uitgevoerde activiteiten van organisaties bestonden uit het houden van informatie en educatiesessies met jongeren en training van leerkrachten. Resultaten die in de afgelopen jaren behaald zijn op het gebied van primaire preventie zijn o.a.:

- Capaciteitsversterking van leerkrachten in het technisch onderwijs in signaleren van mogelijk drugsgebruik
- Capaciteitsversterking van de sector: 20 medewerkers in primaire zorg hebben de primaire preventie modules van de PROCCER training afgerond.
- Versterkte informatiebasis bij jongeren in verschillende districten i.v.m. drugsgebruik
- Ontwikkeling drugsbeleid in een aantal bedrijven
- Uitvoering van de “Tabakswet” , inclusief richtlijnen voor adverteerders, verpakking en etikettering van tabaksproducten en publieke informatie en educatie campagnes.
- Toegenomen informatie voor de gemeenschap m.b.t. gebruik van alcohol en drugs door o.a. activiteiten i.h.k.v. Wereld Anti Drugs dag en TV spots over alcohol en energydranken.

2.5.3 Behandeling en zorg

Het Psychiatrisch Centrum Suriname (PCS) biedt de volgende zorg t.b.v. de behandeling en re-integratie van drugsafhankelijke personen:

- Ambulante voorzieningen (ambulante behandeling en begeleiding/zorg via psychiater, psycholoog, counselor, verpleegkundigen en maatschappelijk werker en informatie en educatie);
- Klinische voorzieningen (Detoxificatiekliniek Mannen en Vrouwen, klinische vervolgbehandeling na detoxificatie voor mannen en vrouwen en behandeling van dubbele diagnose problematiek);
- Nazorg: terugval preventie, outreach, begeleiding bij wonen en werken.

Behandelingen worden verder aangeboden door voornamelijk op religie gebaseerde NGO's:

- De stichtingen de Stem en Victory Outreach bieden intramurale hulpverlening (psycholoog, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en counselors) en nazorg aan verslaafden.
- De stichting Geloof en Nieuw Leven biedt naast bovengenoemde diensten ook ambulante hulpverlening en laagdrempelige begeleiding volgens het 12 stappen model.
- Stichting Liefdevolle Handen biedt ambulante en deeltijdbegeleiding aan cliënten met alcohol- en drugproblemen en een harm reduction programma aan gemarginaliseerde drugsafhankelijken.

en door het Bureau Dak- en Thuislozen (BDT) dat voeding, nachtasiel en mogelijkheden voor persoonlijke hygiëne biedt.

Het PCS biedt diensten aan rond de 60% van de doelgroep, terwijl de NGO's gezamenlijk betrokken zijn bij de hulp aan ruim 40% van de personen in behandeling en begeleiding.

De substanties bij aanmelding voor behandeling waren vrijwel uitsluitend (crack) cocaïne, cannabis en alcohol (>95%).

De leeftijd bij eerste gebruik van een substantie van aanmelding varieert van 11 jaar tot ongeveer 40 jaar, met een piek in de leeftijdsklasse van ongeveer 16-20 jr.

Meer dan de helft van de personen in behandeling hadden (geheel of gedeeltelijk) lager onderwijs als hoogst genoten opleidingsniveau; ongeveer 95% had maximaal VOJ (gedeeltelijk of afgerond) als hoogste opleidingsniveau.

In het algemeen is de verhouding tussen de groep die aangeeft werkzaam te zijn en de groep die zelf classificeert als werkloos, ongeveer gelijk, rond de 50% elk.

Resultaten die in de afgelopen jaren zijn bereikt op het gebied van tertiaire preventie zijn o.a.:

- Capaciteitsversterking van werkers in de sector d.m.v de PROCCER training die door 23 personen is afgerond en training in laagdrempelig begeleiden voor personeel van het BDT, Opvangcentra, Religieuze organisaties.
- Goedkeuring van de Wet op de “Drugs Treatment Court”
- Goedkeuring en implementatie van richtlijnen voor behandeling door behandelingsinstellingen.
- Aanbieden van harm reduction diensten

2.6 Drugsgebruik

De meest recente beschikbare data over drugsgebruik komt uit het nationaal huishoudonderzoek (HH) van 2013 onder 2507 huishoudens in 10 districten. Deze data toont de volgende karakteristieken:

1. De proportie drugsgebruikers onder mannen is substantieel hoger dan die onder vrouwen, afhankelijk van de substantie tot wel 20x hoger.

Deze informatie is in overeenstemming met die uit een in 2005 uitgevoerde rapid assessment naar drugsgebruik en informatie uit het in 2018 afgenomen MICS onderzoek (voor zover het alcohol betreft; andere substanties zijn bij het MICS onderzoek niet bevraagd).

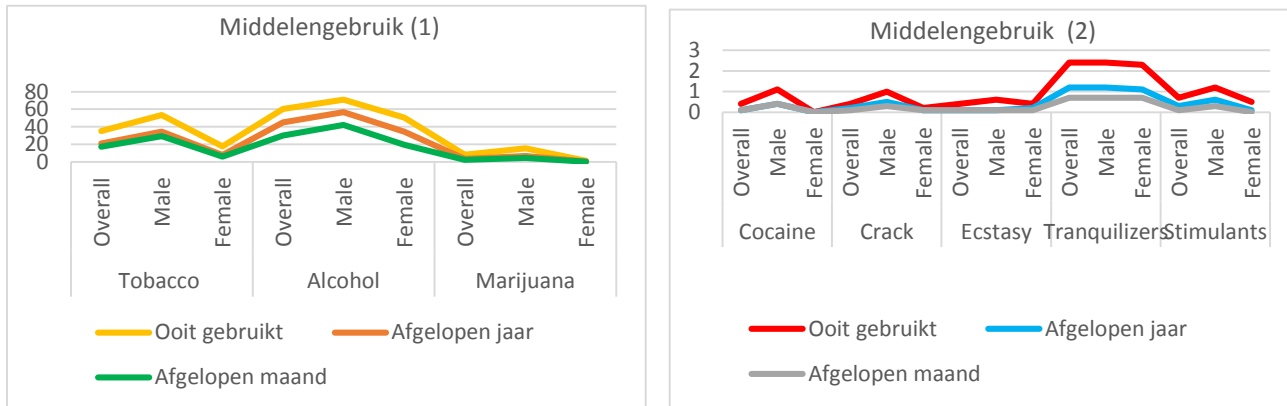
Additionele info uit het MICS 2018 rapport (N=7000 voor ♀ en 2828 voor ♂) toont het volgende: 34.4% van vrouwen in de leeftijd van 15-49 jaar geeft aan nooit een alcoholische drank gebruikt te hebben, tegenover 16.6 % van mannen in diezelfde leeftijd. 8.5% van de vrouwen geeft aan alcohol gebruikt te hebben vóór het 15^e jaar, tegenover 22.7% van de mannen.

In zowel het MICS als het Huishoudonderzoek is gevraagd naar het alcoholgebruik in de 30 dagen voorafgaand aan het onderzoek. Uit het MICS onderzoek worden voor zowel mannen als vrouwen hogere waarden gemeld.



Figuur 4: alcoholgebruik naar sexe in de maand voorafgaand aan het onderzoek, resp. MICS en HH onderzoek

- De meest gebruikte substanties zijn de legale substanties alcohol en tabak. Op enige afstand volgt marihuana. Door de grote beschikbaarheid, de soms tolerante houding van de samenleving en de lage prijs is het gebruik van marihuana relatief groot. Marihuana wordt veelal in gebruikershoeveelheden verkocht in tal van openbare gelegenheden, op hoeken van straten en in woonhuizen. De cijfers zijn hieronder gepresenteerd voor de variabelen “ooit gebruikt”, “gebruik in het afgelopen jaar” en “gebruik tijdens de afgelopen maand” voor respectievelijk de meest gebruikte substanties en die met een veel lagere proportie gebruikers.



Figuur 5 : %middelengebruik (HH onderzoek)

- Voor tranquilizers geldt een gebruik van 2.4% in de algemene populatie, terwijl het gebruik van andere substanties (poeder cocaïne, crack cocaïne, Ecstasy, stimulants) door minder dan 1% van de populatie wordt gemeld.
- Data wijst op een toename van tabaksgebruik met de leeftijd, terwijl voor alcohol en marihuana er sprake lijkt van afvlakking na het 25^e jaar.
- Bij onderscheid naar woongebied blijkt in de binnenlandse districten Brokopondo en Sipaliwini de grootste proportie personen te zijn die aangeven ooit gebruikt te hebben en dat gedurende het afgelopen jaar en de afgelopen maand gedaan te hebben voor alle drie meest gebruikte substanties alcohol, marihuana en tabak.
- Gemiddeld 85% van ondervraagden geeft aan (frequent) gebruik van substanties als alcohol, marihuana, cocaïne en tabak als hoog risico gedrag te beschouwen.

	Risicoperceptie (%)				
	Geen risico	Laag risico	Matig risico	Hoog risico	Weet niet
Vaak sigaretten roken	1.7	2.3	8.1	80.3	7.7
Vaak alcoholische drank gebruiken	1.7	2.0	7.9	81.8	6.6
Soms marihuana roken	3.0	5.4	10.2	72.2	9.0
Vaak marihuana roken	1.0	2.0	4.5	83.6	9.0
Soms cocaïne gebruiken	0.4	0.6	2.7	87.7	8.6
Vaak cocaïne gebruiken	0.1	0.1	0.6	90.5	8.7

Tabel 4: risico perceptie

Polydrugsgebruik

In toenemende mate maken hulpverleners melding van het gecombineerd gebruik van verschillende soorten drugs. In Suriname wordt crack vaker samen gerookt met marihuana (blaka djonko).

Andere verslavingen

Relevant in deze context is het voorkomen van gokverslavingen. Suriname kent een groot aantal casino's met een lage drempel. Het is bekend dat bepaalde vormen van gokverslaving reeds voorkomen in Suriname. Gokverslaving leidt- net als andere verslavingen- vaak tot ontwrichting van de huiselijke omstandigheden.

Daarnaast is er een gebrek aan informatie over het voorkomen van internet en/of game verslaving onder de bevolking.

Samenvattend kan gesteld worden dat:

1. Ons land internationaal in de hoge categorie voor menselijke ontwikkeling wordt gecategoriseerd, maar de bevolking van Suriname over het algemeen een laag onderwijsniveau heeft en dat er andere factoren zijn die m.n. voor personen in het binnenland en voor personen in gebieden met minder goede voorzieningen in en rondom Paramaribo, niet gunstig zijn. Vrouwen zijn o.h.a. beter geschoold dan mannen, maar hebben hogere werkloosheidscijfers. Toegang tot gezondheidszorg is niet voor een ieder gegarandeerd.

2. Data m.b.t. drugspreventie schaars en niet recent is. Uit beschikbare data blijkt dat in de vroege adolescentie reeds sprake kan zijn van drugsgebruik, terwijl de piek voor eerste gebruik in de late adolescentie ligt. Behandelingsdata wijst in de richting van een relatie tussen drugsgebruik en opleiding: het overgrote deel van de personen in behandeling heeft niet meer dan secundair onderwijs doorlopen.

- Ook tussen drugsgebruik en werkloosheid: de helft van de personen in behandeling heeft geen emplooi;

Tussen drugsgebruik en sekse: het drugsgebruik onder mannen is significant hoger dan dat onder vrouwen. Ongeveer 5% van de personen in behandeling is vrouw.

De meest gebruikte middelen zijn alcohol en marihuana.

3. Er behoefte is aan meer en verschillende soorten onderzoeksdata om bijvoorbeeld gebruik van nieuwe substanties, risicoperceptie, polydrugsgebruik en andere soorten verslavingen in kaart te brengen teneinde interventies daarop af te stemmen.

3. ELEMENTEN VAN PREVENTIE

Drugspreventie is het voorkómen dat mensen drugs gaan gebruiken of misbruiken. Hiervoor kunnen verschillende methoden/ strategieën aangewend of toegepast worden, bv. beperken van de beschikbaarheid van drugs, het geven van voorlichting en snelle interventie bij beginnende problemen.

Binnen het kader van preventie in het algemeen en voor drugspreventie in het bijzonder, is het relevant om onderscheid te maken tussen de verschillende concepten die hierbij een rol spelen. Voor dit document wordt onderscheid gemaakt tussen preventie op basis van de fase van ziekteontwikkeling en preventiestrategieën op basis van geïdentificeerde doelgroepen. Hoewel er in sommige opzichten sprake is van overlapping, is er toch relevantie bij het behouden van dit onderscheid, mede bij het ontwikkelen van initiatieven voor de verschillende fasen en doelgroepen.

Voor succesvolle interventies zijn minimale kwaliteitseisen noodzakelijk. Er zijn daarvoor verschillende normen. Voor dit document is - vanwege de heldere omschrijving en algemene toepasbaarheid- , gekozen voor de eisen zoals geformuleerd door de European Prevention Standards Partnership (EPSP).⁵

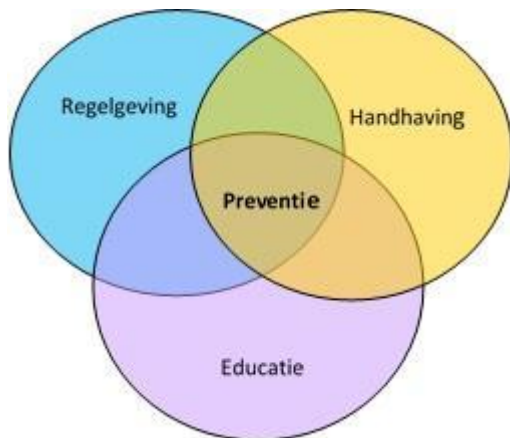
Hierbij beantwoorden hoge kwaliteit primaire interventies aan de volgende karakteristieken:

- Relevant voor de doelgroep
- Ethisch verantwoord
- Evidence-based
- In staat informatie te verschaffen voor daaropvolgende activiteiten
- (Kosten) effectief
- Haalbaar
- Duurzaam

(Voor verdere kwaliteitseisen bij ontwikkeling van preventie interventies wordt verwezen naar de UNODC/WHO “*International Standards on Drug Use Prevention*” en voor behandeling en zorg de “*Caricom Quality Prevention and Treatment Standards*”).

Als uitgangspunt voor integraal beleid kan het universele preventiemodel van Reynolds gehanteerd worden, dat bestaat uit 3 beleidspijlers: regelgeving, educatie en handhaving. De pijlers staan deels op zichzelf maar overlappen elkaar ook. Juist in de overlap zien we het integrale preventiebeleid terug. Het preventiemodel van Reynolds is gebaseerd op de systeemtheorie van Holder die duidelijk maakt dat middelengebruik altijd een resultaat is van een combinatie van factoren. De persoon, zijn sociale omgeving, het aanbod en het overheidsbeleid vormen samen een systeem dat uiteindelijk de keuze van de gebruiker bepaalt. Holder laat daarmee zien dat preventie nooit alleen op het individu gericht kan zijn. Het meest succesvol zijn strategieën die vooral ook de omgeving van de gebruiker beïnvloeden.

⁵ <http://prevention-standards.eu/standards/>



Figuur 6: Preventiemodel van Reynolds

Regelgeving: bestaat bv. uit wetten, vergunningen, leeftijdsgrenzen, reclamebeleid, inrichten van de fysieke en sociale omgeving zoals bv. rookvrije scholen en sportaccommodaties; handhaving uit regels of prijsmaatregelen (accijnzen of subsidies). Pijler 3 uit educatie en voorlichting aan groepen, zoals: groepsvoorlichting (bv. in kapperszaken en sportaccommodaties), lesprogramma's over een gezonde leefstijl op school en landelijke publiekscampagnes.

Naast het inzetten op de drie pijlers voor universele preventie is het ook van belang om adequaat te kunnen reageren op problemen die ontstaan bij drugsgebruikers. Het vroegtijdig herkennen van deze problemen en vervolgens de juiste advisering en ondersteuning bieden, kan voorkomen dat zwaardere vormen van zorg nodig zijn.

3.1. Doelgroepen van preventie

Een effectieve preventie van drugsproblemen op lokaal niveau vraagt een integrale aanpak, waarbij zowel rekening wordt gehouden met de gezondheid van de burger en de veiligheid van de samenleving, als met de vraag naar en het aanbod van drugs. Zo worden verschillende soorten maatregelen en interventies in samenhang ingezet voor diverse doelgroepen en hun omgeving.

3.1.1 Universele preventie richt zich op de gezonde bevolking. Hierbij is de focus gericht op grote groepen, bijvoorbeeld alle leerlingen van een school. Universele preventie strategieën zijn gericht op de totale populatie, zonder preselectie. Er wordt dus geen indeling gemaakt in grote of kleine risico's, maar het uitgangspunt is, dat iedereen in die groep ongeveer hetzelfde risico loopt.

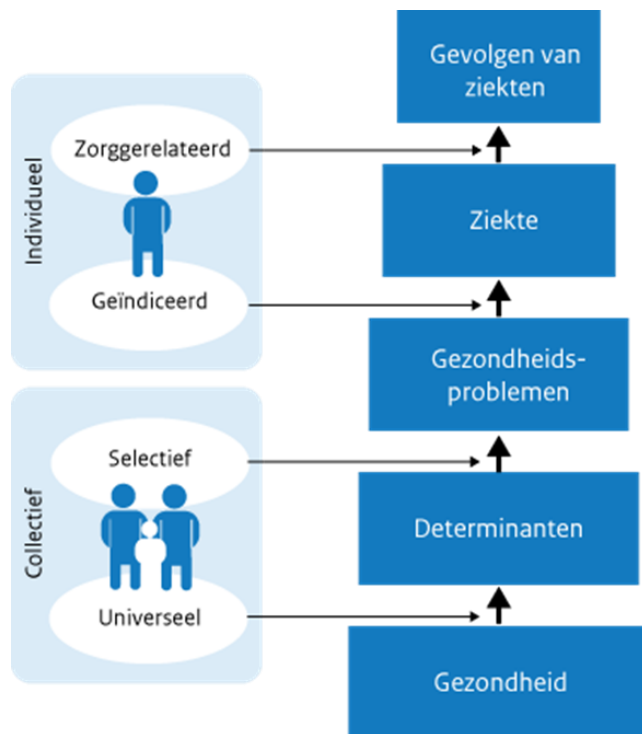
3.1.2 Selectieve preventie: hier staan risicogroepen centraal. De reden van dat hogere risico ligt meestal bij sociale uitsluiting. Selectieve preventie interventies hebben vooral raakvlakken met secundaire preventie. Doelgroepen voor selectieve preventie zijn subgroepen met een hoog risico op (toekomstig) drugsgebruik of personen die reeds in aanraking zijn gekomen met drugs bv: jonge delinquenten, leerlingen met schoolproblemen, schooluitvallers, kinderen in sociaal en economisch kwetsbare gezinnen, en sommige jongeren in het uitgaanscircuit. Ook jongeren uit kansarme buurten bijvoorbeeld lopen meer risico op het ontwikkelen van problemen met drugs. Interventies zijn vooral gericht op gedragsversterking voor risico reductie en versterking van de omgeving door bv. scherpe regelgeving en handhaving.

3.1.3 Geïndiceerde preventie. Deze vorm van preventie richt zich op enkelingen die een individueel risico lopen of waarbij zich extra snel problemen kunnen ontwikkelen, bijvoorbeeld sommige jongeren met ADHD, met gedragsstoornissen, of sensatiezoekers. De reden van het individuele verhoogde risico is overigens vaak voor een goed deel neurobiologisch bepaald. Een typisch voorbeeld is de jongere uit een goed gezin in een goede buurt die toch aan de drugs raakt omdat hij kampt met een innerlijk probleem of iemand die onder langdurige stress komt te verkeren. Deze interventies hebben als doel het ingrijpen in situaties waarbij er reeds sprake is van gebruik, maar het gedrag zich nog niet ontwikkeld heeft tot een volledige verslaving.

Er is niet altijd sprake van een scherp onderscheid tussen welke de geëigende interventie is bij selectieve en geïndiceerde preventie. Oudertraining bv. kan in beide gevallen effectief worden toegepast.

3.1.4 Tenslotte kan ook Zorggerelateerde preventie onderscheiden worden.

Het doel van zorggerelateerde preventie is te voorkomen dat een bestaande aandoening - in deze verslaving- leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Zorggerelateerde preventie heeft veel overlap met tertiaire preventie.



Figuur 7: Doelgroepen van preventie

Niet in dit schema opgenomen, maar ook relevant is de meer op het leefmilieu gerichte vorm van preventie nl. environmental prevention (milieu preventie). Dit omvat een op public health principes gebaseerde benadering , waarbij substance gebruik niet zozeer afhankelijk wordt gezien van individuele karakteristieken, maar als optredend onder invloed van een complex set factoren zoals wetten en regelgeving, gemeenschapsnormen, massa media, en de toegankelijkheid van alcohol, drugs en tabak . Uit sommige onderzoeksgegevens worden ook leven in (extreme) armoede en een gevoel van uitzichtloosheid geassocieerd met een verhoogde kans op drugsgebruik.

Strategieën voor milieupreventie hebben tot doel de gemeenschapsnormen, structuren en beleid te beïnvloeden.

Een belangrijke voorwaarde voor succes is gemeenschapsmobilisatie, omdat de strategieën voldoende ondersteuning moeten genieten in de samenleving. Het vormen van coalities tussen verschillende sectoren (beleidsmakers, ouders, onderwijzers, jongeren, religieuze groepen, gezondheidswerkers, de media en wetshandhavers) die allemaal een specifieke bijdrage kunnen leveren, wordt beschouwd als een effectief mechanisme voor het beschermen van jongeren en volwassenen.

3.2 Fasen van preventie

Naar de fase waarin de ziekte zich bevindt, wordt onderscheid gemaakt in primaire, secundaire en tertiaire preventie.

3.2.1 Primaire preventie

Onder primaire preventie vallen in dit kader gezondheidspromotie en alle andere activiteiten die erop gericht zijn mensen zodanig te beïnvloeden dat ze ervoor kiezen geen drugs te gebruiken.

Het is belangrijk om binnen de algemene populatie te segmenteren, teneinde interventies beter af te stemmen op de karakteristieken van de subgroep.

Subgroepen die binnen de algemene populatie vallen, kunnen onderscheiden worden in:

- Schooljeugd (primair, secundair en tertiair onderwijs)
- Werkende volwassenen
- Vrouwen
- Mannen
- Gezinnen

De focus van preventie interventies voor de algemene populatie ligt op informatieverstrekking, attitudebeïnvloeding, risicoperceptie en sociale controle. Er kan hiervoor een grote variatie aan methoden worden toegepast, variërend van massamedia voor meerdere groepen, tot specifiek voor een subgroep ontwikkelde interventies.

3.2.2 Secundaire preventie

Secundaire drugspreventie is gericht op personen met een verhoogd risico op mogelijk drugsgebruik en personen in een vroeg stadium van gebruik. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt.

Zoals boven aangegeven, zijn er groepen (of individuen) die binnen dit preventiebeleid specifieke aandacht behoeven. Deze kwetsbare of -risicogroepen zijn delen van de populatie die vanwege een hoge blootstelling aan risicofactoren een verhoogde kans hebben om drugs te gaan gebruiken.

Tot deze risicofactoren behoren minder goede uitkomsten op sociale determinanten van gezondheid als toegang tot kwaliteitsonderwijs, zinvolle werkgelegenheid, adequate huisvesting, omgaan met relaties e.d.

Adolescenten: Uit beschikbare data blijkt dat voor ons land in het bijzonder mannelijke adolescenten en jongeren tot een hoog risicogroep voor drugsgebruik gerekend moeten worden.

Onder adolescenten wordt volgens de WHO verstaan de groep personen tussen de 10 en 19 jaar, terwijl jongeren de groep personen tussen 10-24 jaar vormen.

Onder deze groep, die uiteraard overlapping vertoont met de groep schooljeugd, is het relevant verder te differentiëren naar vroege schoolverlaters en werkloze jongeren. De eerder besproken demografische data wijst op een hoge proportie schooluitvallers onder mannelijke adolescenten en juist deze groep wordt gekwalificeerd als kwetsbaar.

Andere kwetsbare groepen in het kader van drugsgebruik zijn sommige jongeren in het uitgaanscircuit en groepen die veelal op meerdere ontwikkelingsindicatoren matig tot slecht scoren zoals seks werkers, gedetineerden, werklozen, daklozen, schooluitvallers en kinderen die leven in gezinnen waar alcohol en andere drugsgebruik plaatsvindt of die anderszins ontwricht zijn.

(De WHO onderscheidt nog meerdere subgroepen, waarvan voor Suriname de relevantie moet worden bepaald, nl. vluchtelingen, leden van seksuele minderheidsgroepen (zgn. LGBTQ-ers), personen met een beperking, ouderen, stateloze, inheemsen, personen die leven met HIV/AIDS en migranten).

Risico- en beschermende factoren

Risico is de mate van bedreiging en de mate van kwetsbaarheid van een groep.

Kwetsbaarheden kunnen bestaan uit slechte educatie, gebrek aan toegang tot informatie, laag sociaaleconomisch niveau etc. Kwetsbaarheid kan voorkomen in specifieke sectoren zoals volksgezondheid of transport, educatie, cultuur etc. Omgevingsfactoren bv. de verkrijgbaarheid van drugs, het drugsgebruik in de sociale omgeving, gebrek aan toezicht en de manier waarop belangrijke anderen (familie, vrienden) tegen drugsgebruik aankijken en persoonlijke factoren als bv. genetische aanleg, psychische problemen en gedragsproblemen, school gerelateerde problemen kunnen risico factoren zijn.

Uit o.a. PROCCER, het training- en certificeringsprogramma voor Preventie, Behandeling en Rehabilitatie van drugs en geweld (Program for Prevention, Treatment and Rehabilitation of Drug Abuse and Violence), is het volgende aangegeven met betrekking tot risico en beschermende factoren.

Bescherming

Beschermende factoren zijn persoonlijke of in de omgeving aanwezige hulpbronnen waarmee of waaronder de invloed van risico factoren kan worden teruggedrongen.

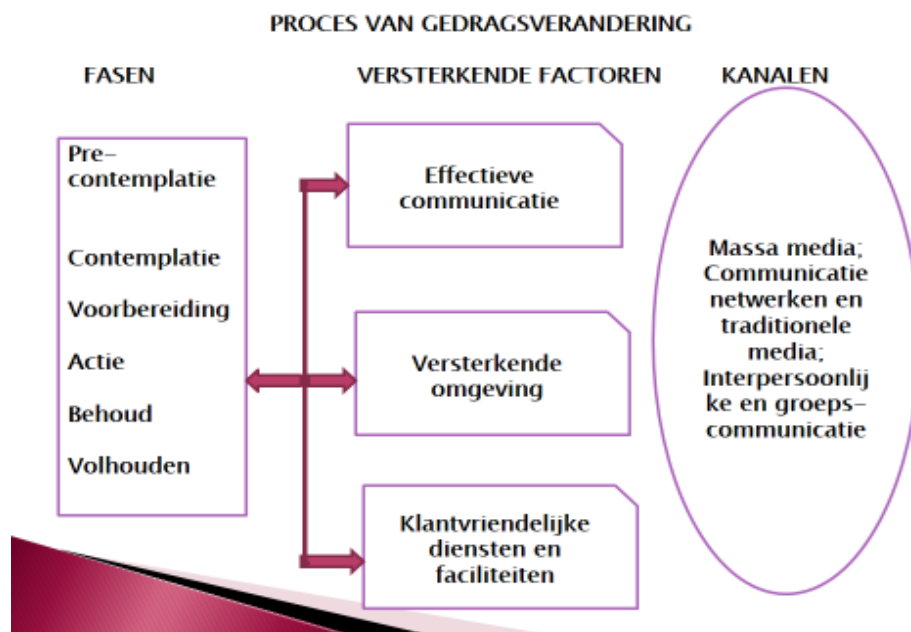
Gedrag, gerelateerd aan gezondheid, wordt bepaald door de competenties (kennis en vaardigheden) van een individu, de drijfveren om gezond of ongezond gedrag te vertonen en de omgeving waarin iemand leeft.

Terwijl milieupreventies dus een bijdrage kunnen leveren aan bv. het reduceren van verkrijgbaarheid van drugs, kan versterken van gedragscompetenties een belangrijke beschermende factor zijn bij het versterken van gezondheidsgedrag van individuen of groepen, in dit geval bij het besluit geen drugs te gebruiken.

In dat kader worden hier een ecologische theorie van gedragsverandering besproken en een uit de economie afkomstig concept dat toegepast kan worden bij het ontwikkelen van interventies voor blijvende gedragsverandering.

1. Stages of changes theorie (Trans Theoretical Framework): het uitgangspunt van deze theorie is, dat individuen m.b.t. een onderwerp in verschillende fasen kunnen verkeren binnen het continuüm van gedragsverandering en verschillende stadia doormaken bij het accepteren van nieuw gedrag. Deze situatie moet worden verwacht, in kaart gebracht en geïncorporeerd in een interventie. De fase waarin men is, zal bepalen hoe de interventie eruit zal zien. Het is dus van belang vooraf vast te stellen in welke fase de persoon is.

Belangrijk voor het succes van de interventie zijn ook het bestaan van een versterkende omgeving en effectieve communicatie voor gedragsverandering. Een essentieel begrip binnen dit model is “relapse”, het terugvallen naar een eerdere fase gedurende het verloop van het proces.



Figuur 8: Model Stages of Changes theorie

2. De Social Marketing theorie

Social marketing is het gebruik van commerciële principes en technieken om het welzijn van individuen en hun fysiek, sociaal en economisch milieu te bevorderen. Voor uitvoering gericht op gedragsverandering is een zorgvuldig geplande lange termijn benadering noodzakelijk.

Uitgangspunt is de “marketing mix” of 4P’s:

Product: Product verwijst naar een product (bv. drugsvrij leven) of dienst die aangeboden wordt. Belangrijk is het zo te presenteren, dat de cliënt het als noodzakelijk of zeer belangrijk gaat beschouwen en absoluut wil hebben.

Prijs: Dit is de tegenwaarde van het product. In gedragstermen kan het gaan om zowel de echte waarde of de perceptie van de cliënt. Wat moet ervoor opgeofferd worden?

Positie: Hoe wordt het product gepositioneerd t.o.v. andere “producten”. Het doel is om het product daar te krijgen waar de meeste afnemers verwacht kunnen worden.

Promotie: bv. ontwikkelen van een pakkende promotiecampagne voor “drugsvrij leven”.

Andere beschermende factoren in het kader van drugspreventie, zijn: het deel uitmaken van een stabiele wooneenheid en stabiele werkgelegenheid.

Met betrekking tot het eerste wordt versterking van gezinnen beschouwd als een essentiële bijdrage aan gezondere individuen en een gezondere samenleving.

Tot nu toe is er in Suriname geen overheidsinstantie of NGO die als kerntaak heeft de begeleiding en ondersteuning van gezinnen. Kerken en sociale instellingen binnen en buiten de overheid vangen ad hoc gezinnen in crisis, of delen daarvan, op. Een structurele ondersteuning en begeleiding voor het gezin als instituut van eerste opvoedingsomgeving bestaat vooralsnog niet.

In het licht van een meer fundamentele aanpak van de drugspreventie zal vanuit de overheid aan die begeleidingstaak naar het gezin formeel invulling gegeven moeten worden.

Stabiele werkgelegenheid geldt eveneens als beschermende factor voor risico gedrag. Garanderen van zinvol empooi en redelijke vergoeding voor arbeid, zijn dus (hoewel buiten de scope van dit beleid vallend) deel van het creëren van een omgeving waarin drugsgebruik wordt ontmoedigd.

Ook bij personen die werkzaam zijn komt helaas veel drugsgebruik voor⁶. Uit de behandelingsdata van het UBN blijkt, dat ongeveer de helft van de personen in behandeling aangeeft ergens werkzaam te zijn (geweest). Er is in 2013 door de NAR een alcohol en drugsbeleid ontwikkeld⁷ waarbij de VSB assistentie verleende voor monitoring. Momenteel is er geen zicht op de implementatie en/of resultaten van het ingevoerde beleid. De VSB heeft verder het initiatief genomen voor verder te ontwikkelen beleid waarin o.a. gerichte preventie campagnes en vroege interventies om arbeiders met alcohol-, drugs of gokproblemen te signaleren en hulp te bieden zijn opgenomen. Verder is/wordt er gewerkt aan het ontwikkelen van bepalingen in collectieve arbeidsovereenkomsten op basis waarvan corrigerende maatregelen getroffen kunnen worden bij geconstateerd drugsgebruik op de werkplek. Verdere gerichte actie voor het identificeren en aanpakken van aan substance gebruik gerelateerde problemen op de werkvloer blijft noodzakelijk.

⁶ UNODC/WHO International Standards on Drug Use Prevention, pg.37

⁷ BLAUWDRUK ALCOHOL & DRUGSBELEID

Versterking van gezinnen en werkgelegenheid worden hier besproken onder de categorie beschermende factoren en daarom onder kwetsbare groepen. In het algemeen vallen gezinnen en werkenden echter, zoals onder 3.1 aangegeven, onder de algemene populatie (en zijn dus doelgroepen voor universele preventie).

3.2.3 Tertiaire preventie

Behandeling en zorg van drugsafhankelijken verdienen deskundigheid en professionaliteit. Er dient hierbij sprake te zijn van toepassing van beproefde methodes die aantoonbaar effect hebben. Ook dient er zo veel mogelijk nationaal en regionaal samengewerkt te worden voor het uitwisselen van kennis en deskundigheid over toepassingen in de praktijk en effectieve oplossingen. Gestructureerde samenwerking, waarbij er sprake is van complementaire dienstverlening is een noodzaak.

Bij tertiaire preventie bestaat de doelgroep uit cliënten met een drugsafhankelijkheid. Behandeling vindt plaats in een ambulante of residentiële setting door een multidisciplinair team van medici en paramedici.

De hulpverlening wordt momenteel geboden door het PCS met hun grote deskundigheid op biologisch en psychologisch gebied en een drietal NGO's met expertise op het gebied van re-integratie van drugsafhankelijken.

Het doel van de behandeling is rehabilitatie, re-integratie en terugvalpreventie. De drie pijlers van re-integratie zijn huisvesting, onderwijs en werkgelegenheid.

Terugvalpreventie is bedoeld voor mensen die succesvol zijn gestopt met middelengebruik of deze voldoende onder controle hebben en niet willen terugvallen in risicovol gebruik.

Ook in dit kader kan het Trans theoretisch framework hulp bieden. Dit model beschouwt gedragsverandering namelijk niet als een proces dat altijd lineair verloopt. Terugval kan in deze zienswijze een nuttige en noodzakelijke leerervaring zijn die past binnen een normaal veranderingsproces van een gewoontegedrag.

Een aantal elementen van terugvalpreventie zijn: risicovermijding, opzetten van een ondersteuningsnetwerk en ontwikkelen van betere denkpatronen voor oplossing van problemen.

Zaken die in de sub-sector tertiaire preventie voor de komende jaren aandacht behoeven, zijn o.a.:

- Verdere professionalisering en institutionele versterking van alle betrokken Niet Gouvernementele Organisaties.
- Identificeren en zoveel mogelijk opheffen van barrières voor zoeken en vinden van hulp
- Overeenstemming bereiken onder de NGO's over een doelgroep benadering met het oog op vergoeding van diensten door zorgverzekeraars
- Mogelijkheden voor behandeling en zorg voor personen in detentie
- Realiseren van de behandeling n.a.v. de wet op het Drugs Treatment Court
- Optimaliseren van Harm Reduction interventies

Harm reduction omvat op mensenrechten gebaseerd beleid, programma's en activiteiten die tot doel hebben om mensen met hoog risico gedrag i.c. een drugsafhankelijkheid, bescherming te bieden en sterfte ten gevolge van dat gedrag te voorkomen, onder acceptatie dat het risicogedrag waarschijnlijk zal voortduren.

Onder public health geaccepteerde methoden voor harm reduction vallen o.a. verstrekken van condooms, behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen waaronder HIV en andere co-infecties, HIV testen en counselen, gerichte informatie en counseling, management van opportunistische infecties, peer outreach en toegang tot persoonlijke hygiëne artikelen.

Momenteel verleent Stichting Liefdevolle Handen diensten op dit gebied.



There is no contradiction between prevention, treatment and harm reduction strategies. They are complementary

(UNODC, 2008).

Samenvattende aandachtspunten:

1. De keuze voor een bepaald gedrag wordt door een veelheid aan factoren bepaald: in de persoon aanwezige factoren, de invloed van gezin en werk, wetten en regelgeving en de aanwezigheid van substanties. Er zijn 2 theorieën besproken die een bijdrage kunnen leveren bij het ontwikkelen van interventies gericht op gedragsverandering. Daarnaast zijn milieu interventies besproken die een bijdrage kunnen leveren aan het creëren van een gunstiger milieu rondom de individu.
2. Er zijn strategieën genoemd voor verschillende doelgroepen. Subgroepen voor verschillende interventies vertonen overlap. Zorgvuldig nadenken en aanvullende info zijn noodzakelijk om strategieën af te stemmen op de groepen en methodes waar het meeste succes verwacht kan worden.
3. Naast het identificeren van kwetsbaarheden in relatie tot drugsgebruik, zijn vooral ook factoren genoemd die kunnen bijdragen tot het verminderen van drugsgebruik. Sommige daarvan, bv. versterken van gedragscompetenties, vallen binnen de scope van dit plan, voor andere zal vooral bij andere overheidsinstanties aandacht gevraagd moeten worden.

4. PRINCIPES EN DOELEN

4.1 Beleidsprincipes

1. Erkenning en bescherming van rechten zoals gewaarborgd door de Surinaamse Grondwet en internationale mensenrechtenverdragen, inclusief de rechten van mensen met verhoogd risicogedrag en groepen in een kwetsbare positie bv. vrouwen en kinderen.
2. Bijdragen aan drugspreventie wordt beschouwd als de verantwoordelijkheid van elke Surinamer
3. Recht op toegang tot betaalbare en goede gezondheidszorg en sociale voorzieningen.
4. Beleid en diensten worden onderbouwd door objectieve feiten. Wetenschappelijk onderzoek zal bijdragen aan behoeften- en beleidsbepaling.
5. Er vindt evaluatie en monitoring van diensten plaats om efficiency en effectiviteit te meten.
6. Beleid en programma's worden geïntegreerd in en dragen bij aan versterking en verbetering van bestaande gezondheidszorgsystemen
7. Transparantie van beleid en verantwoording voor de uitvoering naar de cliënten, naar professionele partners en naar eventuele donoren van de respons.
8. Verslaving wordt beschouwd en benaderd als een ziektebeeld, geen crimineel gedrag.

4.2 Beleidsuitgangspunten

Om dit preventiebeleid succesvol uit te voeren worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

1. Het beleid is in overeenstemming met en ondergeschikt aan nationale doelen, principes en programma's, in het bijzonder het vigerend Nationaal Drugs Master Plan.
2. Een multidisciplinaire en multisectorale benadering worden beschouwd als essentieel voor het optimaliseren van resultaten.

4.3 Algemeen doel

In het Nationaal Drugs Master Plan (NDMP) 2019-2023 zijn als preventiedoelen opgenomen:

- Het continueren van preventieve activiteiten om de vraag naar drugs effectief te doen afnemen.
- Het voortzetten en uitbreiden van getroffen voorzorgsmaatregelen (interventies) om risico en kwetsbare groepen te beschermen, zoals vrouwen, adolescenten, kinderen, dak- en thuislozen, sekswerkers, jongeren en goudzoekers.
- Het treffen van maatregelen om de verspreiding van HIV/AIDS en andere seksueel overdraagbare aandoeningen door drugsgebruikers te voorkomen.

Volgens het NDMP is het preventiebeleid gericht op:

- De planning, coördinatie en implementatie van de nationale activiteiten. Deze activiteiten zijn gericht op de primaire, secundaire en tertiaire preventie;
- Een fundamentele benadering om de vraag naar middelen terug te dringen door het verminderen van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren gerelateerd aan drugsgebruik;
- Wetgevende ondersteuning voor programma's voor preventie en behandeling van drugs.

In het NDMP is ook de noodzaak opgenomen voor harmonisering van nationale doelen met de door terzake relevante en deskundige organisaties als de CICAD, onderdeel van de OAS, voorgestelde beleidsdoelen en strategieën.

In het "Hemispheric plan of action on drugs 2016-2020"⁸ worden door de CICAD de volgende strategische doelen voor beleid in de regio voorgesteld.

Voor dit preventieplan worden deze doelen geadopteerd, waarbij uiteraard de uitwerking van doelstelling nummer 2, namelijk "Demand Reduction" centraal staat.

STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN				
Institutionele versterking	Demand Reduction	Supply Reduction	Controle Maatregelen	Internationale Samenwerking

De volgende prioriteitsacties worden genoemd onder doelstelling "demand reduction"

1. Ontwikkelen van "demand reduction" beleid met een public health focus, op feiten gebaseerd, multidisciplinair, multisectoraal en met respect voor mensenrechten, met inachtneming van de richtlijnen en aanbevelingen van internationale organisaties.
2. Ontwikkelen en/of versterken van een geïntegreerd systeem van universele, selectieve en geïndiceerde preventie programma's over drugsgebruik, met prioriteit voor kwetsbare en hoog risico populaties, data gebaseerd en met inachtneming van een mensenrechten, gender, leeftijd en multiculturele aanpak.
3. Ontwikkelen en versterken, waar nodig van een nationaal programma voor behandeling, rehabilitatie en sociale re-integratie voor mensen met problematisch drugsgebruik, in acht nemend mensenrechten en gender benadering, overeenkomstig internationaal geaccepteerde standaarden.
4. Werken aan continue training en certificering van menskracht voor het verschaffen van preventie, behandeling, rehabilitatie en sociale re-integratie diensten.
5. Ontwikkelen en/of versterken van capaciteit van overheidsinstellingen voor het reguleren, faciliteren, accrediteren en superviseren van preventieprogramma's en zorg en behandelingsinstellingen.

⁸ Hemispheric plan of action on drugs 2016-2020. Hemispheric drug strategy, pg.13-16

4.4 Outcomes en outputs

De hierboven genoemde doelstellingen en prioriteitsgebieden zijn in ietwat aangepaste vorm vertaald naar een algemene doelstelling voor dit preventiebeleid en opgenomen in het onderstaande logframe, waarin de te verwachten resultaten voor de looptijd van dit preventieplan zijn weergegeven.

GOAL: Er is een bijdrage geleverd aan het terugdringen van gebruik van verslavende stoffen door de bevolking, in het bijzonder onder jongeren en andere kwetsbare groepen en de verbetering van kwaliteit van leven van personen met een (beginnende) drugsafhankelijkheid			
Outcomes:			
(1) Er heeft institutionele versterking plaatsgevonden voor het vergaren en analyseren van en rapporteren over valide informatie over drugsaanbod en gebruik onder de bevolking en in het bijzonder onder jongeren en andere kwetsbare groepen.			
(2) Er is afname van het aantal personen dat drugs gebruikt			
(3) De scope en kwaliteit van uitvoering en evaluatie van programma's voor behandeling, rehabilitatie en re-integratie, die beantwoorden aan nationale en internationale normen voor mensenrechten, gender en culturele sensitiviteit is toegenomen.			
(4) Er heeft institutionele versterking plaatsgevonden van organisaties die werken op alle niveaus van preventie en zorg door uitvoering van een nationaal programma voor continue educatie, vorming, accreditering en certificering van zorg verlenende personen en organisaties			
Outputs:			
-1-	-2-	-3-	-4-
1.1 UBN heeft capaciteit voor datacollectie en rapportage over drugsaanbod en gebruik onder de bevolking, i.h.b. kwetsbare groepen	2.1 Alle relevante actoren zijn bekend met en houden zich aan kwaliteitscriteria voor preventieprogramma's	3.1 In 2021 heeft er uitbreiding van behandelingsopties en verbetering van de kwaliteit van geleverde diensten plaatsgevonden	4.1 Er is uiterlijk in 2021 een Scholings traject voor preventie en zorg ontwikkeld en goedgekeurd in samenwerking met een ministerie en/of erkend onderwijsinstituut
1.2 Er is baseline en formatieve informatie als evidence basis voor interventies	2.2 Er heeft uitvoering en evaluatie plaatsgevonden van programma's voor universele, selectieve en geïndiceerde preventie die voldoen aan nationale en internationale kwaliteitscriteria	3.2 In 2021 is het programma voor alternatieve straffen in uitvoering	4.2 Er zijn in 2021 minimaal basis certificeringscriteria ontwikkeld voor organisaties in preventie en zorg.
1.3 SURENDU is versterkt voor het regelmatig leveren van data en rapportage m.i.v. medio 2020	2.3 Er heeft planning en uitvoering plaatsgevonden van programma's voor milieuinterventies	3.3 In 2021 is er een integraal, op public health en mensenrechten principes gebaseerd programma voor "harm reduction"	
1.4 Er vindt evaluatie plaats van processen binnen het		3.4 Er is een toename van het aantal professionals dat problematisch drugsgebruik	

<p>SURENDU netwerk en andere samenwerkingsverbanden</p>	<p>2.4 Er vindt ondersteuning plaats van uitvoering van in de tabakswet en de wet toezicht en controle kansspelen opgenomen bepalingen</p> <p>2.5 Attitude van ouders tov alcohol en tabaksgebruik van hun kinderen is positief beïnvloed</p> <p>2.6 Er is in 2021 een nationaal drugspreventiebeleid voor de werkvloer</p>	<p>kan signaleren en doorverwijzen.</p> <p>3.5 Er is afname van overlast, agressie en ongelukken als gevolg van drugsgebruik.</p>	
---	---	---	--

5. UITVOERING

5.1. Uitgangspunten

De middelen zoals aangegeven in het NDMP 2019, worden daadwerkelijk beschikbaar gemaakt en de noodzakelijke menselijke hulpbronnen binnen de NAR/UBN zijn verzekerd.

Er is een nauwe samenwerking tussen het coördinerend orgaan en uitvoerende organisaties. Deze organisaties zijn publieke en private organisaties en worden geacht zich te houden aan de nationale strategieën en uitgangspunten zoals hierin vastgelegd.

Het onderstaande activiteitenplan biedt ruimte voor het ontwikkelen van jaarplannen waarin monitoring van deze activiteiten kan worden opgenomen volgens een schema dat werkbaar is voor zowel de uitvoerders als het coördinerend lichaam en waarin ambitie en realiteit in evenwicht zijn.

5.2. Activiteitenplan

Outputs	Voorgestelde activiteiten	Partners
1.1 UBN heeft capaciteit voor datacollectie en rapportage over drugsaanbod en gebruik onder de bevolking, i.h.b. kwetsbare groepen en monitoring van preventieprogramma's	Aantrekken noodzakelijk personeel	ADEK, consultants
	Trainen aanwezig personeel	
	Ontwikkelen en uitvoeren van M&E (jaar) plannen	
	Ontwikkelen nieuwe databases/upgraden van bestaande databases en opvoeren rapportagefrequentie	
1.2 Er is baseline en formatieve informatie als evidence basis voor interventies	Plannen voor en uitvoeren van baseline onderzoek naar "oude" en "nieuwe" drugssoorten en substituten en verboden stimulerende middelen, evenals naar gok-, game en internet-verslaving en formatieve assessments onder verschillende groepen onder o.a. jongeren, gedetineerden, seks werkers, ouders, leerkrachten.	ADEK, consultants
1.3 SURENDU is versterkt voor het regelmatig leveren van data en rapportage m.i.v. medio 2020	Uitbreiden en versterken SURENDU netwerk	

	Identificeren van trainingsbehoeften leden en ontwikkelen en uitvoeren trainingsplan	
	Ontwikkelen van rapportageformulier voor activiteiten (lokatie, verzorgende org, publiek gedisaggregeerd naar sexe en lft.gr, inhoud, methode van verzorging, kwaliteitscriteria etc).	
1.4 Er vindt evaluatie plaats van processen binnen het UBN netwerk en andere samenwerkingsverbanden	Ontwikkelen en uitvoeren plan voor procesevaluatie (<i>"Het verloop van een activiteit of interventie: wat gaat goed en wat gaat er (nog) niet goed?"</i>)	
2.1 Alle relevante actoren zijn bekend met en houden zich aan kwaliteitscriteria voor preventieprogramma's	Adopteren en adapteren van kwaliteitsnormen (bv.de <i>"International Standards on Drug Use Prevention"</i>) van de UNODC/WHO voor kwaliteit en evidence base van interventies en trainen van UBN leden en eventueel andere relevante groepen daarin	
2.2 Er heeft uitvoering, monitoring en evaluatie plaatsgevonden van programma's voor universele, selectieve en geïndiceerde preventie die voldoen aan overeengekomen nationale en regionale kwaliteitscriteria	<p>Subgroepen voor universele, selectieve en geïndiceerde preventie identificeren en ontwikkelen, uitvoeren, M&E van integrale, nationale en lokale preventieprogramma's met gebruikmaking van "Standards" en theorieën voor gedragsverandering</p> <p>Ontwikkelen van targetmateriaal en boodschappen voor verschillende segmenten (incl. gender specifiek) en meest gebruikte substanties,</p> <p>In samenwerking met het MINOW (BLS en curriculumontw.) ontwikkelen van leer materiaal voor verschillende niveaus van onderwijs</p> <p>Mobiliseren van de publieke en private media, vakorganisaties, religieuze organisaties, NGO's, CSO's voor awareness campagnes</p> <p>Betrekken van vertegenwoordigers van doelgroepen (bv. jongeren) bij het ontwikkelen van interventies</p> <p>Aansturen van opheffen van hiaten in wet- en regelgeving</p> <p>Promoten van /lobbyen voor het verbeteren van informatie over en terugdringen van het gebruik van geneesmiddelen met stimulerende werking</p>	S&J, VG, RO, MINOWC, MEDIAORG, RELIG ORG, NGO's, CBO's, MZ, RGD, TELESUR, DIGICEL

	Ontwikkelen materiaal voor beïnvloeden van risicoperceptie	
	Apps ontwikkelen voor specifiek targeten van jongeren voor preventie van gebruik van partydrugs (bv. versturen op vrijdag en zaterdagavond)	
2.3 Er heeft planning en uitvoering plaatsgevonden van programma's voor milieupreventie	Versterken van bestaande gezinsondersteuningsnetwerken en lobbyen voor opzetten van nieuwe	SOZA, RO, MINOWC, S&J
	Versterken van gemeenschapsorganisaties	
	Bevorderen ouderparticipatie op scholen en in buurten	
	Samenwerken met bestaande organisaties voor schooluitvallers, sportorganisaties en andere initiatieven gericht op versterking van jongeren	
	Ontwikkelen van draagvlak voor het verhogen van prijzen van/accijnzen op genotsmiddelen	
2.4 Er vindt ondersteuning plaats van uitvoering van in de tabakswet en de wet toezicht en controle kansspelen opgenomen bepalingen	Ondersteunen bij interventies voor rookvrije scholen en sportaccommodaties	VG, MINOWC, S&J,
	Blijvende aandacht vragen van betrokken instanties voor toezicht op tabaks- en loterijproducten (en alcoholverkoop) aan jongeren, ook bij sportevenementen	
2.5 Attitude van ouders t.o.v. alcohol, tabak- en cannabisgebruik van hun kinderen is positief beïnvloed	Nationale discussies aangaande de legalisatie van cannabis	S&J, JEUGDPARL, VG, MINOWC, TELESUR, DIGICEL SOZA, RO, MINOW, MZ, RGD
	Nationale discussie over invloed van alcohol op jongeren en alcoholgebruik in gezinnen	
	Ontwikkelen van apps voor ouders en jongeren met info en commitments t.a.v. AAD's gebruik	
2.6 Er is in 2021 een nationaal drugspreventiebeleid voor de werkvloer	Proces- en impactevaluatie van in 2013 ontwikkeld alcohol- en drugsbeleid voor de werkvloer	VG, JUSPOL, ATM, VSB,
	Ontwikkelen van verdere actie op basis van evaluatieresultaten	

3.1 In 2021 heeft er uitbreiding van behandelingsopties en verbetering van de kwaliteit van geleverde diensten plaatsgevonden	Uitbreiden en versterken van aanwezige kwaliteitsstandaarden (bv door adoptie van de “Caricom Quality Prevention and Treatment Standards”) en trainen van alle organisaties daarin	UN, SOZA, VG, JUSPOL
	Promoten van drugshulplijn en andere bestaande online- alcohol zelfhulpprogramma’s	
	Voortzetting training in laagdrempelig begeleiden en evalueren van effect daarvan	
	Evalueren op effectiviteit en upgraden van bestaande ambulante en residentiële programma’s, inclusief re-integratie	
	Assistentie verlenen aan personen die geen toegang hebben tot gezondheidszorg om hun recht op toegang tot zorg te actualiseren.	
	Ontwikkelen van een volgsysteem voor versterken van nazorg	
	Versterken evidence base voor behandelingen	
	Discussie tussen zorgverleners voor ontwikkelen doelgroep benadering	
	Exploreren van opties voor uitbreiding hulpverlening naar meerdere districten	
	Behandeling en zorg voor personen in detentie	
3.2 In 2021 is het programma voor alternatieve straffen in uitvoering	Implementatie wet aangaande drugsafhankelijken te verplichten om hulpverleningsprogramma’s te ondergaan	JUSPOL, VG
3.3 In 2021 is er een integraal, op public health en mensenrechtenprincipes gebaseerd programma voor “harm reduction”	Vaststellen van (kwaliteit) indicatoren bv. aantal personen dat bereikt wordt met informatie over safer seks, condooms, prevalentie en incidentie HIV en andere SOA’s	VG, SLH, externe NGO’s,
	Ondersteunen van organisaties die momenteel harm reduction interventies aanbieden, i.h.b. SLH	
	Betrekken en ondersteunen van organisaties die zich bezighouden met sekswerkers	

3.4 Er is een toename van het aantal professionals dat problematisch drugsgebruik kan signaleren en doorverwijzen.	Trainen van KPS, NL, brandweer, KPA, verpleegkundigen, HRM's, horecasector in het signaleren en verwijzen van gebruikers/probleemgebruikers	JUSPOL, VG, DEFENSIE, HORECA SECTOR, MINOW, MZ, RGD
	Trainen van leerkrachten of andere onderwijsgevenden bij de vroege signalering, eerste interventies en doorverwijzing bij aanwijzingen voor drugs- en alcoholproblemen.	
3.5 Er is afname van overlast, agressie en ongelukken als gevolg van drugsgebruik.	Verplichte afname alcohol en drugstest bij SEH bij ongevallen	VG, RO, MZ, RGD, JUSPOL
	In overleg met de SEH en andere gezondheidsinstellingen bijhouden van ongevallen, geweldsdelicten en andere incidenten o.g.v. drugs en alcoholmisbruik.	
	Actief aanbieden van hulpverlening aan daders van (niet crimineel vervolgbaar) geweld [provider initiated care] en hun directe omgeving, bv. vrouwen en kinderen.	
4.1 Er is uiterlijk in 2021 een Scholings traject voor preventie en zorg ontwikkeld en goedgekeurd in samenwerking met een ministerie en/of erkend onderwijsinstituut	Bijhouden van een centraal register van jaarlijkse na- en bijscholing voor personen die werken in voorlichting en zorg	MINOW, SOZA, VG, CENASU
	Bepalen van instapcompetenties en uitvoeren van nationale trainingen voor drugspreventiemedewerker	
4.2 Er zijn in 2021 minimaal basis certificeringscriteria ontwikkeld voor organisaties in preventie en zorg.	Consultaties tussen controlerende instanties, zorgverleners en NAR voor vaststellen en naleven van criteria	VG,SOZA

MONITORING EN EVALUATIE

Per jaar moet informatie op de volgende indicatoren verzameld worden:

	Nationale indicatoren:	Gedisaggregeerd naar:
1.	Aantal personen bereikt met preventie interventies	<ul style="list-style-type: none"> - Type interventie - Sekse en leeftijd (10-14; 15-19; 20-24, ouder dan 24) - Gehanteerde kwaliteitscriteria
2.	Aantal personen in behandeling op van elk jaar	<ul style="list-style-type: none"> - Nieuwe opnames/behandelingen - Heropnames - Residentieel/ ambulant - Organisatie
3.	Effectiviteit van rehabilitatie en re-integratie diensten die beantwoorden aan mensenrechten en gender en culturele sensitiviteit	<ul style="list-style-type: none"> - Gehanteerde kwaliteitscriteria - Aantal ontslagen na succesvolle afronding - Proportie terugval na 1, 2, 3 jaar - Aantal ontslagen zonder succesvolle afronding - Aantal personen waar alle 3 pijlers van re-integratie zijn gerealiseerd
4.	Aantal personen dat opvan elk jaar rehabilitatie en re-integratie succesvol heeft afgerond	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd - Sekse - Substantie bij aanmelding - Organisatie
5	Aantal personen dat gespecialiseerde training/opleiding heeft ontvangen voor preventie of behandelingsdiensten	<ul style="list-style-type: none"> - Type training (in house, extern) - Niveau van de training
6.	Aantal personen dat bereikt is met harm reduction interventies	<ul style="list-style-type: none"> - Soort dienstverlening - Leeftijd - Sekse - Locatie - Gehanteerde kwaliteitscriteria
7	Aantal uitgevoerde onderzoeken	<ul style="list-style-type: none"> - Type onderzoek (nationaal, lokaal, kwalitatief of kwantitatief) - Resultaten gepubliceerd en aangewend voor programmabeïnvloeding - Kwaliteitscriteria/wetenschappelijk niveau

GERAADPLEEGDE DOCUMENTEN

Nationale Anti- drugs Raad, 2019, **NATIONAAL DRUGS MASTER PLAN 2019-2023**, Paramaribo

Nationale Anti-drugs Raad, 2018, **SURINAME 2017 NATIONAL DRUG REPORT**, Paramaribo

Nationale Anti-drugs Raad, 2011, **NATIONAL DRUG PREVENTION PLAN 2011 – 2014**, Paramaribo

Multiple Indicator Cluster Survey **2018, SURVEY FINDINGS REPORT**, Ministry of Social Affairs and Public Housing 2019. Suriname

OAS/CICAD Inter-American Drug Abuse Control Commission, **HEMISPHERIC PLAN OF ACTION ON DRUGS 2016-2020**, HEMISPHERIC DRUG STRATEGY

UNODC/WHO **INTERNATIONAL STANDARDS ON DRUG USE PREVENTION**, Second Updated Edition

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/DTCC/Documents/CARIBBEAN%20STANDARDS%20OF%20CARE.pdf

http://www.dna.sr/media/45174/SB_2009_No_78_wet_toezicht_en_controle_Kansspelen.pdf

<https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoekunjeaan-drugspreventie-doen/>

<https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/drugs/integrale-aanpak-van-drugspreventie>

<https://www.sccgov.org/sites/bhd/info/MentalHealthBoard/FACC/Handouts13/Fam%20Sep/What%20is%20Environmental%20Prevention.pdf>

<https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-preventie-naar-type-maatregel>

The European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS), <http://prevention-standards.eu/standards/>