

Aanbevelingen vanuit de Vlaamse alcohol- en drugsector Januari 2011

Een globale aanpak vanuit een gedeelde visie

Uit onderzoek naar de ontstaansfactoren van drugmisbruik en drugproblemen komt naar voren dat de drugproblematiek een zeer complexe en multifactoriële problematiek is. Dit heeft voor gevolg dat eenvoudige preventie- en behandelingsmodellen niet zullen werken.

Voor de organisatie van een globaal drugbeleid betekent dit dat er meerdere modellen bestaan voor een effectief en efficiënt beleid ten aanzien van de drugproblematiek. Een effectief drugbeleid is een beleid op maat, waarin oplossingen worden geboden voor concrete noden en problemen. Participatie van alle betrokkenen (de burger, de intermediairen, de preventiewerkers, de hulpverleners, de overheid en de gebruikers) is hierbij essentieel.

Met betrekking tot alle genotmiddelen (alcohol, tabak, psychoactieve geneesmiddelen, illegale drugs) en vormen van gedragsverslaving (gokken, internet- en gameproblematiek) is er nood aan een globaal beleid, vertrekkende vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief.

We maken geen onderscheid tussen legale of illegale drugs. Een gezondheidsgerichte invalshoek rechtvaardigt het opheffen van dit onderscheid: of het middel nu legaal of illegaal is, de problemen van medisch-fysische, psychische of sociale aard die door gebruik kunnen ontstaan zijn dezelfde. Vanuit een gezondheidsperspectief gaat onze aandacht naar de preventie en (vroegtijdige) aanpak van problemen als gevolg van middelengebruik, ongeacht de wettelijke status of de culturele en maatschappelijke acceptatie van het middel.

Een welzijnsbevorderend beleid vormt de fundamentele basis van een globaal drugbeleid. Een welzijnsbevorderend beleid biedt kansen, vermijdt omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot problematisch gebruik (zoals maatschappelijke uitsluiting, kansarmoede, werkloosheid,...) en gaat sociale uitsluiting (in onderwijs, tewerkstelling, vrijetijd,...) tegen. Hierbinnen wordt een inclusief preventiebeleid gevoerd naar alle doelgroepen binnen alle maatschappelijke sectoren. Er zijn aanvullende strategieën nodig om die groepen van mensen te bereiken die in de maatschappelijke sectoren uit de boot vallen. De welzijnsgerichte invalshoek is essentieel omdat alcohol- en drugproblemen meestal maar één van de problemen zijn waarmee deze groepen te maken krijgen.

Preventie van alcohol- en drugproblemen maakt dan ook deel uit van een ruimere preventiestrategie waarin gewerkt wordt aan tewerkstelling, huisvesting, onderwijs, sociale relaties,...

Hulpverlening focust zich op specifieke groepen die problemen hebben als gevolg van druggebruik. Problematisch gebruik kent een procesmatig verloop met verschillende stadia en graden van ernst waardoor er nood is aan een ruime en gedifferentieerde aanpak van welzijns- en gezondheidszorg (en niet louter van gespecialiseerde zorg), afgestemd op de noden, vragen en mogelijkheden van de individuele cliënt.

Repressie wordt ingeschakeld wanneer grenzen worden overschreden. Deze drie niveaus zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De doelstellingen van een globaal drugbeleid zijn:

- De levenskwaliteit van alle burgers verhogen (~welzijnsbevordering).
- Ondersteunen van alle burgers in het verantwoordelijk leren omgaan met drugs en druggebruik (individueel en maatschappelijk) (~preventie).
- Hulp en zorg bieden bij problemen als gevolg van gebruik/misbruik (~hulpverlening).
- Een duidelijk wetgevend kader creëren, waarin grenzen worden vastgelegd en controle op uitvoering wordt voorzien (~regelgeving).

Om een coherent beleid te voeren is het noodzakelijk dat er een duidelijk wetgevend kader is.

In de geest van de Federale beleidsnota drugs (2001) is de drugproblematiek een gezondheids – en welzijnsprobleem en moet dit vanuit dit oogpunt worden bekeken. Preventie krijgt absolute prioriteit, gevolgd door hulpverlening, met repressie als ultieme maatregel.

We stellen vast dat 'proiritaire aandacht' enkel haalbaar is als het vertaald wordt in voldoende middelen. Nu zijn die middelen ongelijk verdeeld over de 3 sectoren.

In de federale beleidsnota wordt ook een normaliseringsbeleid en rationele riscobeheersing als basisprincipes vooropgesteld. Wij zien dat niet als basisprincipes maar als strategieën om welzijn te realiseren. Het basisprincipe is welzijnsbevordering.

Tenslotte moet het beleid steunen op overleg en coördinatie tussen alle actoren op federaal, gemeenschaps- , provinciaal en lokaal niveau.

A. Preventie

Als algemene doelstelling willen we problemen als gevolg van middelengebruik voorkomen. Dit houdt in dat individu én samenleving leren omgaan met de aanwezigheid van alcohol en andere drugs. Hieronder verstaan we onder meer dat mensen op een verantwoordelijke manier omgaan met middelen (van niet-gebruik tot schadebeperkend), maar ook dat het thema bespreekbaar is, dat mensen genuanceerd denken over middelengebruik en dat ze op een doordachte en verantwoordelijke manier met middelengebruik in hun omgeving en in de samenleving kunnen omgaan.

Deze algemene doelstelling kan, afhankelijk van de situatie, de persoonlijkheidskenmerken en de drug (MMM), als volgt worden gedifferentieerd:

- *Niet-gebruik aanmoedigen, ondersteunen en bestendigen*
Alcohol- en ander druggebruik mag nooit vanzelfsprekend zijn; niet-gebruik is altijd de veiligste en meest gezonde keuze. In bepaalde situaties (bijvoorbeeld het verkeer) en voor bepaalde personen (bijvoorbeeld zwangere vrouwen, jonge kinderen, psychisch en sociaal kwetsbare mensen) is het zelfs de enige veilige optie.
- *Experimenteergedrag uitstellen*
Onderzoek toont aan dat hoe jonger men met alcohol en andere drugs gaat experimenteren, hoe groter de kans is op later probleemgebruik. Preventie-initiatieven voor jongeren zijn daarom gericht op het uitstellen van de beginleeftijd en dus op het bestendigen van niet-gebruik.
- *Verantwoordelijk gedrag bevorderen*
Door het aanbieden van correcte informatie en structurele ondersteuning en door het aanleren van persoonlijke en sociale vaardigheden, zetten we mensen aan tot bewust, weloverwogen en verantwoordelijk gedrag.
- *Vroegtijdige aanpak stimuleren*
Hoe sneller problemen worden opgemerkt en aangepakt (bijvoorbeeld begeleiding van experimenterende jongeren, ondersteunen van ouders), hoe groter de kans op gedragsverandering is.
- *Schade beperken*
Wanneer stoppen met gebruik op een bepaald moment geen haalbare doelstelling is voor een gebruiker, is het van belang - zowel voor de gebruiker zelf als voor zijn omgeving - om in tussentijd de schade die uit dit gebruik voortvloeit, zoveel mogelijk te beperken. Dit kunnen we doen door structurele interventies (bijvoorbeeld voorzien van alternatief vervoer) en door maatregelen op het niveau van persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de gebruiker (bijvoorbeeld spuitenruil).

Om deze gedifferentieerde doelstellingen te realiseren zijn verschillende strategieën nodig. De meest effectieve aanpak is deze die meerdere strategieën samen implementeert:

- Persoons- en structuurgericht
 - persoonsgerichte strategieën: educatie, counseling, begeleiding
 - structuurgerichte strategieën: regelgeving, alcohol- en drugbeleid in de organisatie, welzijnsbeleid, sociaal-economisch beleid, laagdrempelig begeleidings- en hulpverleningsaanbod
- Universeel, selectief en geïndiceerd (zie schema hieronder)
 - universele strategieën: voor algemene doelgroepen
 - selectieve strategieën: voor risicogroepen
 - geïndiceerde strategieën voor probleemgroepen en -individuen
- Alcohol- en drugspecifiek en gezondheidspromotie
 - alcohol- en drugspecifieke preventie: bijbrengen van kennis en inzicht en het aanleren van specifieke vaardigheden zoals leren reageren op een aanbod om drugs te gebruiken
 - gezondheidspromotie: het aanleren van meer algemene persoonlijke en sociale vaardigheden zoals communicatie, assertiviteit, conflicthantering, omgaan met stress

- o een alcohol- en drugbeleid, gekaderd in een gezondheidsbeleid
- Multi- en intersectorale aanpak
 - o multisectorale aanpak in verschillende sectoren zoals onderwijs, werk, jeugdwerk, vrijetijd, media, welzijns- en gezondheidszorg
 - o betrekken van het gezin
 - o intersectorale aanpak: lokaal beleid waarin de verschillende sectoren afstemming zoeken
- Verschillende doelgroepen
 - o interventies naar de uiteindelijke doelgroep (doelwitgroep)
 - o vorming en ondersteuning van intermediairen zoals leerkrachten, artsen, jeugdwerkers, welzijnswerkers, lokale beleidsvoerders, enzovoort.

Afhankelijk van de doelgroep zullen voor elk van de strategieën bepaalde van de hierboven geformuleerde doelstellingen van toepassing zijn. Het aanmoedigen van niet-gebruik hoort bijvoorbeeld bij universele preventie en schadebeperking eerder bij geïndiceerde preventie. Strategieën en interventies rond alcohol en drugs zijn geen geïsoleerd gebeuren. Ze situeren zich op een continuüm tussen gezondheidspromotie en welzijnsbevordering enerzijds en zorg- en hulpverlening anderzijds.

- **Vaststellingen, knelpunten en aanbevelingen**

- ✓ Alcohol- en andere drugproblemen vormen zowel een belangrijk gezondheidsprobleem als een maatschappelijk probleem.
De gezondheidsproblemen als gevolg van alcoholmisbruik zijn veruit het grootst (schatting 5 à 8 % van de Vlaamse bevolking), terwijl het recente cannabisgebruik bij jongeren hoog blijft en er indicaties zijn van stijgend cocainegebruik. De laatste jaren zien we een stijging van de vraag naar hulp voor cannabis- en cocainegebruik. Op het vlak van het gebruik van psycho-actieve medicatie scoort Vlaanderen bijzonder hoog op wereldvlak en de problemen als gevolg van gokken zijn minder zichtbaar, maar daarom niet minder ernstig. Internet en gamen zijn nieuwe thema's die nauwkeurig moeten worden opgevolgd en waarvoor innoverende projecten nodig zijn.
De persoonlijke en maatschappelijke schade als gevolg van alcohol- en ander druggebruik is moeilijk in cijfers is te vatten. Naast gezondheidsproblemen kan probleemgebruik ook negatieve gevolgen hebben op vlak van relatie en gezin, op school of op het werk, in het verkeer, op het vlak van overlast en criminaliteit, enz. Dit alles resulteert in een grote maatschappelijke kost (ziekte, sterfte, kostprijs hulpverlening, productiviteitsverlies, en kostprijs van repressie) als gevolg van misbruik van alcohol en ander drugs.
- ✓ De Vlaamse gezondheidsdoelstelling op het vlak van tabak, alcohol en drugs (2006) en het Vlaamse actieplan tabak, alcohol en drugs (TAD) (2008) bevatten belangrijke structurele en strategische krachtlijnen om een langetermijnbeleid op het vlak van preventie en vroeginterventie te bestendigen en verder uit te bouwen. Het Vlaams Actieplan TAD voorziet in de essentiële bouwstenen van een effectief Vlaams preventiebeleid. De in het Actieplan voorziene Vlaamse werkgroep dient de krachtlijnen van het Actieplan verder te concretiseren.

Aanbevelingen

- ❖ We dringen aan op een continuering van de uitvoering van de geformuleerde krachtlijnen in het Vlaams Actieplan TAD, dat eenduidig inzet op de versterking van het aantal preventiewerkers die het Vlaamse beleid in de verschillende maatschappelijke sectoren en naar verschillende doelgroepen moet ondersteunen.
- ❖ We willen als sector af van de projectmatige financiering en willen een structurele ondersteuning van duurzame beleidsontwikkelingen in zoveel mogelijk maatschappelijke sectoren.

- ❖ Er moet voldoende aandacht en middelen besteed worden aan controle op regelgeving.
- ❖ Preventie op het vlak van drugproblemen komt toe aan actoren binnen gezondheid, welzijn en onderwijs, omwille van deontologische redenen, beroepsgeheim en om rolverwarring met andere actoren te vermijden;
- ❖ De financiering van preventie moet op een coherente manier gebeuren, waarbij coördinatie (tussen de lokale, gemeenschaps- en federale overheid) en samenwerking en afstemming met het werkveld en met de bestaande netwerken als centrale criteria voorop staan. Een taak voor de Cel Gezondheidsbeleid Drugs en de Algemene Cel Drugs.

B. Vroeginterventie

We definiëren vroeginterventie als alle methodologisch onderbouwde acties die professionelen uit de welzijns- en gezondheidssector en andere relevante sectoren toepassen met de bedoeling personen met riskant of problematisch middelengebruik zo vroeg mogelijk te identificeren, hen te motiveren tot gedragsverandering en verder te ondersteunen bij deze veranderingstrategie. De doelstelling van vroeginterventie is het reduceren van de (risico's op) schade die bij het verder zetten van dit gebruikspatroon (zou) optreden.

• Vaststellingen, knelpunten en aanbevelingen

- ✓ Naarmate de effectiviteit en kosteneffectiviteit van vroeginterventie alsmat duidelijker wordt rijst de vraag hoe het komt dat de toepassing op het werkveld nog zo beperkt is. In diverse settings uit de welzijns- en gezondheidszorg en sectoren als onderwijs en arbeid bieden zich nochtans dagelijks opportuniteiten aan om vroegtijdige interventies toe te passen bij mensen met riskant en/of problematisch middelengebruik, wat voor een aanzienlijk potentieel van deze interventie zorgt. Vroeginterventie wordt onvoldoende geïmplementeerd op het niveau van de eerstelijns.

Volgens Saunders (WHO, 1998) zijn alle volgende elementen nodig om tot een breed toegepaste en efficiënte praktijk van vroeginterventie te komen:

- Kennis over de problematiek
- Voldoende competentiegevoel
- Aanvaarden van de taak of rol om de problematiek aan te pakken
- Voldoende motivatie
- Structurele werkvoorwaarden dienen aanwezig te zijn

Aanbevelingen

- ❖ Er moet bijgevolg meer geïnvesteerd worden in sensibilisering, vorming en ondersteuning rond vroegdetectie en –interventie. Een mogelijke oplossing zou een aangepaste nomenclatuur voor huisartsen kunnen zijn.
- ❖ Er is nood aan een structurele uitbouw van vroeginterventie waarin de categoriale zorg een consultfunctie heeft naar de eerstelijns. Daarnaast dient de gespecialiseerde hulpverlening zelf een aanbod te ontwikkelen van kortdurende interventies voor bepaalde doelgroepen.

- ✓ Het online-aanbod van e-interventies is de laatste jaren in Vlaanderen sterk uitgebreid in de vorm van informatiemodules, zelftests, internet zelfhulp en online begeleiding.

Aanbevelingen

- ❖ Initiatieven via internet (informatie, zelftest, zelfhulp) zijn een goed alternatief. Deze werkvorm dient gepromoot te worden in het kader van vroeginterventie omdat men op die manier mensen kan bereiken die anders niet in contact zouden komen met de hulpverlening (o.a vrouwen, internetgokkers, hoogopgeleiden).
- ❖ Internet kent bij wijze van spreken geen regio's. Zelftests en zelfhulp dienen dan ook niet regionaal gespreid en kunnen centraal georganiseerd worden.

C. Behandeling.

De centrale doelstelling van hulpverlening bij problematisch middelengebruik is het verbeteren van de levenskwaliteit op het vlak van lichamelijke en psychische gezondheid en van sociaal welzijn, met respect voor de autonomie van de cliënt. Om deze doelstelling te bereiken kan een aantal tussendoelen worden geformuleerd, zoals beheersing van het probleem, bevordering van het probleeminzicht en de motivatie tot gedragsverandering. De rode draad is het verhogen van de zelfcontrole van de cliënt. De finaliteit van hulpverlening kan variëren van schadebeperking over gecontroleerd gebruik tot abstinentie.

Gezien de complexiteit van de alcohol- en drugproblematiek is een snelle en definitieve oplossing niet steeds realistisch. Hulpverlening bij ernstig problematisch middelengebruik en gedragsverslaving is vaak een langdurig proces, dat in verschillende fasen verloopt en verschilt van cliënt tot cliënt.

- **Vaststellingen, knelpunten en aanbevelingen**

Aanbod

- ✓ In elke regio is een minimaal aanbod aan basiszorg nodig, met competente partners uit alle hulpverleningsvormen.

Aanbevelingen

- ❖ Door de Cel Gezondheidsbeleid Drugs dient nagegaan te worden of de noden in de verschillende regio's worden gedekt; op die manier worden tekorten gedetecteerd.
 - ❖ Online hulpverlening is een complementair aanbod, wellicht niet voor alle doelgroepen. De online hulpverlener dient te beschikken over specifieke vaardigheden, eigen aan het werken met dit medium. Hiervoor is deskundigheidsbevordering nodig. Online begeleiding kan regionaal gespreid worden wanneer dit beschouwd wordt als een tussenstap of stap in het zorgproces. Op deze manier krijgt de cliënt bij een overstap van online naar face tot face begeleiding continuïteit in de aanpak. Online hulpverlening dient structureel gefinancierd te worden.
- ✓ Er is een tekort aan crisisbedden voor illegaledruggebruikers. De bestaande crisisbedden zijn vaak enkel beschikbaar voor problematisch alcoholgebruik.

Aanbeveling

- ❖ Het aantal crisisbedden voor illegale druggebruikers dient verhoogd te worden.
- ✓ Er is onvoldoende aanbod en regionale spreiding van de ambulante hulpverlening. Daarnaast is er een overbevraging van de MSOC's: door de hoge caseload in de MSOCs (kunnen geen patiënten weigeren) staat de langdurige ambulante begeleiding voor bepaalde doelgroepen onder druk.

Aanbeveling

- ❖ Naast een voldoende aanbod en regionale spreiding van de ambulante drughulpverlening vragen we een verhoging van de capaciteit van de MSOC's.

- ✓ De pilootprojecten uit de Federale Drugnota 2001 (dubbele diagnose, zorgcoördinatie, crisiscentra met casemanagement), die al meerdere malen positief werden geëvalueerd, wachten nog steeds op een structurele inbedding.

Aanbeveling

- ❖ Pilootprojecten mogen in de toekomst niet langer dan 2 jaar als pilootproject worden opgezet en moeten op basis van evaluatie ofwel structureel worden gefinancierd ofwel afgevoerd.

Inhoudelijke behandelaspecten

- ✓ Er is een stijgend aantal cocaïne gerelateerde hulpvragen. Er bestaan geen geneesmiddelen voor farmacologische substitutie. Het behandel aanbod bestaat uit psychosociale interventies. Van de cognitief-gedragsmatige aanpak is bewezen dat hij effectief is. Contingency management is daar een voorbeeld van. Deze specifieke methodiek roept bij sommige hulpverleners weerstand op (o.a. morele bezwaren, eenzijdige focus op gebruik product) en geeft problemen bij implementatie (o.a. financiële implicaties).

Aanbevelingen

- ❖ Het is belangrijk dat er voor problematische cocaïnegebruikers in effectieve psychosociale methodieken geïnvesteerd wordt.
 - ❖ Via het Fonds ter bestrijding van Verslavingen moeten innovatieve concepten en methodieken een kans krijgen om zich te bewijzen en er moeten middelen worden voorzien voor algemene implementatie indien bewezen effectief.
- ✓ Bij de doelgroepen met polydruggebruik en bijkomende psychiatrische problematiek zien we een hoge 'drop-out'-ratio en meer hulpvragen komen in/na crisissituaties.

Aanbeveling

- ❖ Voor doelgroepen met polydruggebruik en een bijkomende psychiatrische problematiek moet een specifiek en aangepast aanbod worden uitgebouwd. Er is nood aan gestructureerde samenwerking met andere sectoren die met deze doelgroepen werken vb CAW, OCMW, straathoekwerk, Fedasil, e.a. Verdere implementatie en voldoende financiering van langdurige trajectbegeleiding voor deze doelgroep is nodig.
- ✓ Er is een toenemende hulpvraag voor problemen met internet-, gok- en gameverslaving (zowel in de eerstelijns als in de gespecialiseerde hulpverlening).
 - ✓ Er is een zeer beperkt gespecialiseerd aanbod voor gokken en internetverslaving, voornamelijk ambulante.

Aanbeveling

- ❖ Voor de behandeling van personen met internet- en gameverslaving is er nood aan diagnostisering, indicatiestelling en behandelrichtlijnen. Om de bestaande handelingsverlegenheid bij niet-gespecialiseerde hulpverleners te verhelpen is deskundigheidsbevordering nodig. De gespecialiseerde hulpverlening gokken/compulsief internetgebruik heeft nood aan intervisie/netwerkvorming. Er zijn lacunes in de geografische spreiding van het aanbod. We stellen ten minste 1 gespecialiseerde ambulante dienst per provincie voor, die opvangt en aan deskundigheidsbevordering doet in de provincie.

- ✓ Er is nood aan Belgische klinische richtlijnen voor substitutiebehandeling met daarnaast meer vormingsinitiatieven voor artsen die met substitutiebehandeling willen werken.

Aanbevelingen

- ❖ Er worden middelen voorzien om een Belgische klinische richtlijn voor substitutiebehandeling te ontwikkelen
- ❖ Het KB Substitutie dient verder geconcretiseerd te worden om de onduidelijkheid op het werkveld weg te werken.
- ❖ Voorzeningen/netwerken die vorming/supervisie momenten aanbieden dienen hiervoor vergoed worden.

Specifieke doelgroepen

- ✓ Hulpverleners zien een stijgend aantal problematische cannabisgebruikers, vaak in combinatie met een ernstige contextuele en/of psychiatrische problematiek.

Aanbeveling

- ❖ Er is nood aan methodiekontwikkeling voor screening en diagnosticering van cannabisproblemen bij jongeren en volwassenen alsook aan behandelingsrichtlijnen.

- ✓ De opvangcapaciteit voor jongeren is zowel ambulante als residentiële onvoldoende. De omgeving/context is essentieel in het werken met jongeren maar dat maakt de aanpak complex en tijdsintensief.

Aanbeveling

- ❖ De algemene welzijns- en gezondheidszorg hebben naast nood aan visie over de eigen rol (screening en vroeg- en korte interventies) ook nood aan methodieken en deskundigheidsbevordering omtrent aanpak van middelenmisbruik bij jongeren. Voor bepaalde kwetsbare groepen (vb. jongeren met een psychiatrische problematiek in de BJZ en GGZ) is een aanbod aan selectieve en geïndiceerde preventie nodig. Voor dubbeldiagnose cliënten is er nood aan een geïntegreerde behandeling.
Werken met de directe omgeving van de jongere vraagt specifieke deskundigheid en vaardigheden waarvoor bijkomende deskundigheidsbevordering voor alcohol- en drughulpverleners aan te bevelen is.
- ❖ Voor opvang en begeleiding van familieleden dient de financiële en administratieve honorering aangepast te worden. Dit geldt eveneens voor volwassen cliënten.

- ✓ De toeleiding en instroom van etnisch-culturele minderheden naar de hulpverlening blijft een probleem, onder andere wegens gebrek aan informatie over het hulpverleningsaanbod, het ervaren van hoogdrempeligheid van sommige categoriale voorzieningen en de andere manier van omgaan met gezondheid, ziekte, hulp vragen, behandeling en sociale en familiale netwerken.

Taal- en vooral cultuurverschil bemoeilijken de relatie cliënt-hulpverlener. Autochtone hulpverleners zijn opgevoed en geschoold vanuit 'westerse' concepten die soms ver af staan van de leefwereld van etnische en culturele minderheden. Niet alle autochtone hulpverleners zijn zich hiervan bewust of slagen erin de kloof te overbruggen.

Aanbeveling

❖ Er is nood aan gerichte vorming van autochtone hulpverleners om te werken met cliënten uit ethnisch culturele minderheden.

- ✓ Zowel ambulante als residentiële wordt er een licht dalende trend gezien van vrouwen in de hulpverlening. Sommige werkvormen zijn te weinig afgestemd op vrouwen terwijl nieuwere methodieken zoals online hulpverlening een hoger percentage vrouwen bereiken dan de reguliere hulpverlening.

Aanbevelingen

❖ Er is deskundigheidsbevordering nodig bij huisartsen en gynaecologen in het diagnosticeren/behandelen van zwangere vrouwen met een afhankelijkheidsprobleem.

❖ Er is nood aan deskundigheidsbevordering (gericht op attitudeverandering) bij hulpverleners omtrent het werken met verslaafde ouders en jonge kinderen. De betrokken hulpverleners hebben nood aan richtlijnen voor een gestandaardiseerde risicotaxatie, die wetenschappelijk onderbouwd is. In het werken met deze doelgroepen is een goede samenwerking met alle betrokken diensten (huisarts, K&G e.a.) van groot belang.

- ✓ Er zijn te weinig initiatieven die zich richten op druggebruikers in detentie. Door structurele problemen binnen de strafuitvoering (overbevolking, gebrek aan middelen en goodwill) is er te weinig aandacht voor een A&D-beleid in de gevangenissen. Nazorg is essentieel voor deze doelgroep. Er zijn te weinig middelen/afstemming om de brug tussen gevangenis en de brede A&D hulpverlening te maken na detentie. Door medewerkers van justitie wordt het beroepsgeheim van hulpverleners nog dikwijls ter discussie gesteld.

Aanbevelingen

❖ Er is nood aan de realisatie van een centraal aanmeldingspunt in alle gevangenissen, drugvrije afdelingen in de gevangenissen en verdere uitbouw van een Therapeutische Gemeenschap voor gedetineerden

❖ Er dient op federaal niveau structureel overleg te komen met justitie met vandaar uit heldere richtlijnen naar de gerechtelijke arrondissementen. Elke instelling die met justitie werkt dient een aanspreekpunt binnen de organisatie aan te duiden.

❖ Forensische werkers van de CGG's kunnen binnen hun begeleidingen in de gevangenis een specifiek A&D aanbod uitwerken maar moeten dit in overleg met andere CGG en de A&D sector doen.

❖ Behandeling in detentie zou best opgenomen worden door externe organisaties en niet door gevangenispersoneel (vertrouwensrelatie is essentieel)

- ✓ Er zijn regelmatig aanvragen voor personen met een verstandelijke beperking maar in aantal zijn de aanmeldingen eerder klein. Wanneer de verstandelijke beperking te ernstig is wordt dit als exclusiecriteria gehanteerd. Het is moeilijk voor deze groep om de bestaande behandelingsprogramma's te volgen. Vaak is er ook een bijkomend agressieprobleem. Resocialisatie wordt door de hulpverlening als een moeilijke klus ervaren. De gehandicaptensector is sterk vragende partij voor deskundigheidsbevordering en samenwerking, vanwege het toenemend aantal cliënten met een middelenproblematiek in hun sector.

Aanbeveling

- ❖ Er dient geïnvesteerd te worden in deskundigheidsbevordering in het werken met personen met een verstandelijke beperking en middelenmisbruik, voor zowel de gehandicaptensector als de categoriale hulpverlening.
- ✓ Verslavingsproblemen hebben veelal een chronisch karakter of neigen daar ten minste toe, met wisselende residentiële en ambulante fasen in de behandeling. Efficiënte zorg vereist continuïteit. Capaciteitsproblemen kunnen de overgang of aansluiting tussen verschillende fasen soms bemoeilijken. In het aanbod dient zowel aandacht te zijn voor de kwaliteit van de methodiek als voor de therapeutische relatie.

Aanbeveling

- ❖ Efficiënte zorg vereist continuïteit. Om continuïteit in de behandeling te voorzien is het belangrijk om partners in de belendende sectoren en niet-categoriale hulpverleners deskundiger te maken in het omgaan met patiënten met een verslavingsproblematiek, zodat ze in deze fase van de behandeling een actievere rol te kunnen spelen. Het is daarnaast belangrijk dat hulpverleners goed op de hoogte zijn van het regionaal aanbod van zelfhulpgroepen.
- ✓ De categoriale zorg ervaart weerstand bij de GGZ en niet-categoriale zorg om met verslavingsproblemen te werken. Druggebruik wordt te vaak als exclusiecriteria gebruikt.

Aanbeveling

- ❖ Er is nood aan deskundigheidsbevordering over aanpak van dubbele diagnose problematiek bij zowel verslavingszorg als GGZ.

Harm reduction

Met harm reduction bedoelen we alle initiatieven die de negatieve gevolgen (schade) van het gebruik van psychoactieve middelen willen verminderen voor de gebruikers, hun omgeving en de samenleving. Het essentiële kenmerk van harm reduction is het nastreven van een daling van de druggerelateerde schade, waarbij het succes van de aanpak niet noodzakelijk afhankelijk is van de daling van het gebruik.

Aanbevelingen

- ❖ Harm reduction moet worden geïntegreerd in een globale aanpak van middelenmisbruik met als doel de kwaliteit van het leven te verhogen. Hiervoor is een wettelijk kader nodig zodat een harm reduction beleid mogelijk wordt en de bestaande werking kan geoptimaliseerd worden
- ❖ Specifieke regionale noden kunnen specifieke initiatieven in bepaalde regio's verantwoord en noodzakelijk maken.
- ❖ Harm reduction geldt zowel voor alcohol als voor cannabis en andere illegale drugs.
- ❖ Voor een beperkte groep van jonge gebruikers die riskant gedrag vertonen (o.a. spuiten) dienen zeer gerichte en op hun specifiek gedrag afgestemde harm reduction initiatieven te worden opgezet (outreaching) die de levenskwaliteit van de jongeren en zijn/haar omgeving verbeteren.
- ❖ De beslissing om behandeling met '*diacetylmorfine*' toe te passen past binnen een prioriteitenbeleid gebaseerd op een kosten-baten analyse. In verhouding tot het beschikbare aanbod is deze behandelvorm momenteel geen prioriteit.
- ✓ De Vlaamse alcohol- en drugsector heeft slechts een zeer beperkt en onnauwkeurig zicht op de samenstelling van drugs die door hun cliënten en andere gebruikers in Vlaanderen gebruikt worden. Er is een sterke nood aan correcte en wetenschappelijke informatie over

de samenstelling van illegale drugs. Deze nood kan tegemoet gekomen worden door een reeds ontwikkeld systeem (cf. RAPID-pilootproject) dat de mogelijkheid biedt om stalen, waarvan sterke vermoedens bestaan dat ze vervuilde stoffen bevatten, via geijkte kanalen te laten analyseren..

Aanbeveling

- ❖ Het analyseren, registreren, en uitwisselen van informatie over drugstalen en, indien relevant, het versturen van waarschuwingsberichten via het EWS (Early Warning system), biedt een belangrijke meerwaarde voor de individuele gezondheid van druggebruikers, de kwaliteit en de veiligheid van hun behandeling en de volksgezondheid in het algemeen. De bevoegde overheid dient de wettelijke omkadering en financiering te bieden om deze analyse, registratie en informatieuitwisseling te realiseren.
- ✓ Ondanks verschillende preventieve, curatieve en repressieve acties beslissen sommige jongeren om met verschillende legale en illegale drugs te experimenteren en deze verder (recreatief) te gebruiken. Vaak speelt dit gebruik zich af in een uitgaanscontext. Deze groep recreatieve druggebruikers is moeilijk te bereiken via de klassieke kanalen.

Aanbeveling

- ❖ Peersupport, een niet-veroordelende methodiek waarbij getrainde jongeren andere jongeren informeren over de risico's van druggebruik, leent zich tot outreach werken naar recreatieve druggebruikers in ongestructureerde settings zoals party's en evenementen. Peer support is gericht op het voorkomen en beperken van gezondheidsrisico's, oa. in uitgaanssettings. Er dient een structureel en financieel kader ontwikkeld te worden voor peer-support initiatieven o.a uitgangsevenen.

D. Naar een voorwaardenscheppend beleid

Wetenschappelijk onderzoek en dataverzameling

- ✓ Knelpunt in het Belgisch drugsbeleid is het gebrek aan cijfers en de niet-gecoördineerde wijze waarop bevragingen of registraties worden uitgevoerd.
- ✓ Wat behandelingen betreft zijn de registraties in de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de RIZIV geconventioneerde centra en de minimaal psychiatrische gegevens in psychiatrische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, initiatieven beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen vermeldenswaard. Op dit ogenblik wordt gewerkt aan de operationalisatie van de Treatment Demand Indicator, die een beeld moet geven van de laatste behandelingsaanvraag voor illegale en legale stoffen in alle ambulante en residentiële centra. Deze inwerkingtreding is voorzien voor 2011.
- ✓ Er bestaan weinig of geen studies met kwalitatieve onderzoeksmethoden en er is weinig follow up onderzoek
- ✓ De Nationale Registratie voor Substitutie Behandeling (NSRB) door IFEB is in januari 2010 stopgezet. Er is op dit moment nog geen beslissing van de federale regering over verderzetting van deze registratie.

Aanbevelingen

- ❖ Er is nood aan continuïteit in onderzoek dat aangestuurd wordt vanuit een centraal punt (steunpunt wetenschappelijk onderzoek – ook voor alcohol) in tegenstelling tot korte termijnsonderzoeken.
- ❖ Er is nood aan praktijkondersteunend onderzoek. De link/aansluiting met de praktijk dient bevorderd te worden via o.a. detachering van onderzoeksmedewerkers uit het werkveld (met de nodige know how en ervaring). Al te vaak kadert onderzoek binnen doctoraatsthesisen en is de link met het werkveld onvoldoende.
- ❖ Er is nood aan langetermijnsonderzoek/follow-up.
- ❖ Er is een blijvende nood aan onafhankelijk onderzoek (≠ controle-instrument) naar verschillende/innovatieve methoden, dit in het kader van kwaliteitsbevordering.
- ❖ Het beleidsvoorbereidend onderzoeksprogramma van het FOD wetenschapsbeleid moet worden verdergezet. Het ontbreekt evenwel aan structurele middelen voor praktijkondersteunend onderzoek.
- ❖ Er is nood aan een snelle heropstart van de registratie van de substitutiebehandelingen.

Deskundigheidsbevordering

- ✓ De organisaties werkzaam rond preventie en hulpverlening bij problematisch gebruik en afhankelijkheid besteden meer en meer aandacht aan de uitbouw van hun vormingsbeleid. Hierbij definiëren ze deskundigheid als kunnen toepassen van efficiënte methodieken alsook relationele vaardigheden, kritische zelfbewustzijn en kennis van het ruime preventie- en hulpverleningsnetwerk. Het structureel organiseren van intervisie en vaardigheidstraining wordt beperkt door financiële en tijdsoverwegingen.

Aanbevelingen

- ❖ Samenwerking tussen vormingsinitiatieven vanuit de categoriale hulpverlening en belendende sectoren zorgt voor een vruchtbare kruisbestuiving en versterkt de dagdagelijkse samenwerking inzake gedeelde cliënten.

- ❖ Ervaren hulpverleners is een vormingsdoelgroep met eigen, specifieke noden namelijk verdieping van kennis, vaardigheidstraining en intervisie. Levenslang leren dient een belangrijk aandachtspunt te zijn binnen vormingsinitiatieven.
- ❖ Gebruikers van psycho-actieve middelen moeten op alle echelons gebruik kunnen maken van deskundige hulp en begeleiding; hiervoor is het nodig de alcohol- en drugthematiek in de basisopleidingen van alle toekomstige medewerkers in de gezondheids-, welzijns- en onderwijssector, jeugdwerk te integreren;
- ❖ Er dient te worden onderzocht of een erkenning als verslavingsarts wenselijk is voor artsen die werkzaam zijn in de gespecialiseerde hulpverlening (in functie van supervisie, enz), rekening houdend met regionale verschillen.
- ❖ In functie van de continuïteit van het zorgaanbod deskundigheidsbevordering voorzien voor huisartsen en andere eerstelijns-hulpverleners (o.a OCMW, CAW). Het stimuleren en financieel ondersteunen van deze vormingsinitiatieven blijft noodzakelijk .
- ❖ Op vlak van kwaliteitsbevordering (o.a uitkomstenmanagement, werken met EB-richtlijnen) hebben de voorzieningen nood aan ondersteuning. Het werkveld continu sensibiliseren, informeren en deskundiger maken is noodzakelijk.

Structuur van de Alcohol- en Drugsector

- ✓ De drugpreventie en hulpverleningssector worden gekenmerkt door (a) een grote mate van projectfinanciering, (b) verspreide financiering en (c) onderfinanciering. Verschillende redenen liggen hieraan ten grondslag, met name de bevoegdheidsverdeling, de beschikbare budgetten en mogelijks eveneens het gebrek aan opvolgingsinstrumenten voor de omzetting van projectfinanciering in structurele financiering.
- ✓ De geografische spreiding van de laagdrempelige en residentiële hulpverlening kent belangrijke hiaten.
- ✓ Recent gestarte projecten zoals proefzorg en drugbehandelingskamer zorgen voor een toestroom van cliënten naar de hulpverlening waardoor een druk op hulpverleningscentra ontstaat en het tekort in het aanbod bevestigd wordt.

Aanbevelingen

- ❖ Er is een dringende nood aan structurele inbedding van huidige pilootprojecten zoals: VECO, GAM, Casemanagement, EPSI's.
- ❖ Preventie-, straathoekwerk- en zorgprojecten die zich situeren op het vlak van gezondheid en welzijn moeten door actoren binnen welzijn en gezondheid worden opgenomen en vallen onder de verantwoordelijkheid (en financiering) van de ministers van gezondheid en/of welzijn. Dit betekent dat de huidige budgetten voor veiligheidscontracten en Alternatieve Gerechtelijke maatregelen (GAM-projecten) van resp. Binnenlandse Zaken en Justitie naar Gezondheid en Welzijn moeten worden overgedragen. Bij deze overheveling dient rekening gehouden te worden met de bestaande caseload van de voorzieningen m.a.w er mag geen verhoging plaats vinden van de caseload bij een onveranderde subsidieregeling.
- ❖ Er is nood aan structurele financiering voor het realiseren en ondersteunen van de verschillende onderdelen van het zorgnetwerk.