



VERENIGING VOOR  
ALCOHOL- EN ANDERE  
DRUGPROBLEMEN vzw

## Voorstel organisatiestructuur voor de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen in Vlaanderen.

*De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD), overkoepelt het merendeel van de Vlaamse organisaties die werken rond de thematiek van alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken. VAD heeft 78 leden. Dit voorstel werd besproken en goedgekeurd door de Raad van bestuur van VAD op 8 februari 2013 en door de algemene ledenvergadering op 15 maart 2013.*

### Inleiding

Met de 'aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen' willen we preventie, vroeginterventie, hulpverlening, harm reduction en maatschappelijke integratie omvatten van gezondheidsproblemen als gevolg van zowel alcohol, illegale drugs als psychoactieve medicatie, gokken, gamen en internetverslaving. De aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen worden in voorliggende tekst gezien als bij elkaar aansluitende onderdelen van een zorgtraject. De sector met een gespecialiseerd aanbod op vlak van middelengebruik en verslavingsproblemen wordt in deze tekst als 'categoriale sector' benoemd.

De categoriale sector wenst zich enerzijds in te schrijven in de functie-indeling die binnen de GGZ in Artikel 107 is uitgewerkt zodat optimale afstemming kan gebeuren en knowhow van de A&D-problematiek in de algemene GGZ kan worden geïntegreerd. Anderzijds kan de categoriale sector flexibel aan een aantal bijkomende en specifieke voorwaarden blijven voldoen: communicatie met belendende domeinen buiten de gezondheidszorg (o.a. met de integrale jeugdhulp, de eerstelijnswelzijn, justitie, ...) en afstemmen met beleidsopties op verschillende niveaus.

Het **organisatiemodel** wordt op verschillende niveaus uitgewerkt. **De doelgroepen/intermediaire preventieorganisaties/de cliënten/de patiënten** zijn de 'begunstigden' (beneficiaries) en hun noden en behoeften zijn het uitgangspunt van het organisatiemodel.

Het gaat om een **categoriale en geïntegreerde aanpak** waarin de aanpak van de genotsmiddelenproblematiek centraal staat en de specificiteit van de verslavingsproblematiek wordt gebundeld, terwijl de aanpak evenzeer geïntegreerd is in diverse andere organisatiemodellen, waaronder Artikel 107 binnen de GGZ, de integrale jeugdhulp, de eerstelijnswelzijns- en gezondheidssector, met onder andere de bedoeling om de knowhow te verspreiden over de belendende sectoren.



Dit organisatiemodel situeert zich op drie niveaus: het Vlaamse niveau als vertrekpunt, een provinciaal territoriaal niveau en een lokaal niveau. Samenwerking en afstemming met federaal gesubsidieerde voorzieningen is een bijzonder aandachtspunt.

Op het beleidsniveau pleiten we voor het afsluiten van samenwerkingsprotocollen tussen de verschillende overheden om de continuïteit van het aanbod te verzekeren en om de samenwerking en afstemming tussen de verschillende beleidsniveaus te garanderen en de bestaande en toekomstige gedeelde financiële en andere engagementen te verzekeren.

## **Motivatie voor het gekozen categoriaal en geïntegreerd model**

### ***Complexe problematiek***

De problematiek met betrekking tot middelengebruik en verslaving is in eerste instantie een gezondheidsprobleem. Het onderscheid tussen legale en illegale drugs is vanuit gezondheidsstandpunt slechts relatief; ze houden allen in meerdere of mindere mate risico's in voor de gezondheid en het welzijn van de gebruiker en zijn omgeving. Naast gezondheidsproblemen creëren middelenmisbruik en verslaving ook gedragsproblemen (met o.a. gevolgen op vlak van overlast en criminaliteit) en situeren ze zich binnen de geestelijke gezondheidsproblematiek (met o.a. problematiek van co-morbiditeit).

De aanpak van problematisch middelengebruik is complex omdat de problematiek wordt beïnvloed door zowel biologische, psychologische als sociale factoren. Problematisch middelengebruik is bijgevolg meervoudig en gaat bovendien gepaard met tal van andere problemen, zoals gedragsproblemen, financiële en/of gerechtelijke problemen, sociale problemen, psychiatrische problemen, gezondheidsproblemen en/of echtelijke en familiale problemen.

Er zijn verschillende stadia te onderscheiden in de evolutie van experimenteel gebruik naar problematisch gebruik en eventuele afhankelijkheid. In geval van afhankelijkheid gaat het vaak om een langdurig, chronisch probleem gekenmerkt door momenten van herval. Het tijdstip van de interventie, de hulpvraag, de hulpverleningsgeschiedenis, de mogelijkheden en de motivatie van de cliënt bepalen welke interventies het meest aangewezen zijn. Door de specifieke kenmerken van middelenmisbruik is een goede verhouding nodig tussen een aanbod gericht op drugvrije re-integratie enerzijds en harm reduction en rehabilitatie anderzijds.

De diversiteit in gebruik heeft tot gevolg dat het preventie- en hulpverleningsaanbod voldoende flexibel dient te zijn en continuïteit dient te voorzien. In de loop van een preventie- en behandelingsproces hebben verschillende interventies hun plaats, vaak aangeboden door verschillende instanties. Dit maakt een geïntegreerde aanpak dan ook zo belangrijk. De meervoudigheid en complexiteit hebben bovendien tot gevolg dat eenvoudige preventie- en behandelingsmodellen niet werken.

### ***Kenmerken van de doelgroep***

Iedereen in Vlaanderen heeft in de loop van zijn leven ooit te maken met misbruik van genotsmiddelen of met de gevolgen daarvan: als (potentiële) gebruiker, als omgeving van een gebruiker, als slachtoffer, .... In de ruime zin is de gehele bevolking dan ook doelgroep van zgn. **universele** preventie. Niet-gebruikers ondersteunen, eerste gebruik uitstellen en verantwoordelijk gedrag ondersteunen zijn belangrijke doelstellingen naar grote groepen van de samenleving. De sociale acceptatie van sommige middelen en de aantrekkingskracht van andere middelen bij bepaalde groepen vereisen een permanente aandacht van preventiewerkers en intermediairs.

Sommige groepen met een verhoogd risico op gebruik en misbruik (vb. KOAP, jongeren in uitgaanssetting, experimenterende jongeren, ...) of groepen met beginnend problematisch gebruik, vragen bijzondere aandacht omwille van hun persoonlijke en/of maatschappelijke kwetsbaarheid. De verschillen tussen deze doelgroepen vereisen een

aanpak op maat, afhankelijk van leeftijd, ervaringen met alcohol en /of drugs, maatschappelijke en juridische gevolgen, enz.

Acuut overmatig gebruik en misbruik zorgt voor onveiligheid, vandalisme, familiale problemen, problemen op school of op het werk, overlast en veroorzaakt een aanzienlijke financiële en maatschappelijke kostprijs.

De complexiteit van de problematiek (zie hierboven), gekoppeld aan chronisch gebruik, beperkte motivatie, frequent herval, gedragsproblemen ... zijn vaak oorzaak van exclusie in de reguliere zorg. Het gaat (meestal) om (psychisch en sociaal) zeer kwetsbare groepen. Overblijfselen van het morele model van verslaving blijven spelen en hierdoor worden cliënten met een middelengerelateerde problematiek vaak gestigmatiseerd (vb. exclusie van behandeling voor middelengerelateerde problematiek uit verzekeringspolissen).

Het frequent voorkomen van justitiële problemen vereist een goede samenwerking met justitie. Dit is geen eenvoudige samenwerking (cfr. beroepsgeheim), maar de A&D-sector heeft op dit vlak ruime ervaring en effectieve samenwerkingsovereenkomsten met justitie uitgebouwd.

Multiprobleemcliënten met een dubbele diagnose en cliënten met een mentale beperking en middelenproblematiek zijn, onder andere omwille van gedragsproblemen, een moeilijk te behandelen doelgroep binnen de eerstelijns. Ook daklozen, mensen in armoede vormen een multiple probleemgroep die binnen een geïntegreerde aanpak moeten worden begeleid. Voor deze doelgroepen is samenwerking met andere netwerken, waaronder de pilootprojecten binnen artikel 107 aangewezen.

De A&D-sector heeft tenslotte ook te maken met moeilijk bereikbare en moeilijk motiveerbare cliënten, zogenaamde draaideurcliënten die een specifieke aanpak vragen in een op maat uitgewerkt zorgtraject. Voor die cliënten is het essentieel om binnen één netwerk te worden opgevolgd. De fluctuerende motivatie tot gedragsverandering vereist een snelle reactie op elke hulpvraag en een zodanige organisatie van de zorg waarbij wachtlijsten uit den boze zijn.

Niet alleen de gebruikers, maar ook de omgeving van gebruikers zijn doelgroep van interventies binnen preventie en hulpverlening.

### ***Een creatieve en innoverende sector***

De categoriale sector heeft zich in het verleden dienen uit te bouwen tot een gespecialiseerde sector, gedreven door verschillende federale en Vlaamse beleidsnota's, erkenningen van specifieke diensten, een A&D-preventiewerk. Dit zorgde ervoor dat de sector vaak vernieuwende experimenten (AGM, drugbehandelingskamer, zorgcircuits en zorgcoördinatie, harm reduction, moeder-en-kind-projecten, KOAP, medisch sociale opvangcentra, therapeutische gemeenschappen, proefzorg, overlastpreventie, peer support, online instrumenten, aanbod aan vroeginterventie, voorloper in beleidsmatig werken in belendende sectoren, ...) organiseerde en inmiddels veel kennis en knowhow verzamelde.

De sector kan bovendien buigen op jarenlange ervaringen in het werken met netwerken: stepped care en continuïteit van zorg is uitgebouwd (ervaringen met netwerken en zorgcircuits, diverse vormen van cliëntenoverleg).

Onder impuls en met de begeleiding van het A&D-preventiewerk hebben diverse belendende sectoren geïnvesteerd in een alcohol- en drugbeleid.

We worden als samenleving geconfronteerd met steeds nieuwe genotsmiddelen (vb. legal highs) en met nieuwe vormen van afhankelijkheid en verslaving (o.a. gamen, internetgebruik). De sector speelt hierop in, op basis van de expertise en ervaringen met de gekende middelen (alcohol en illegale drugs), creatief op zoek gaand naar een passend aanbod op maat van de gebruiker, de nieuwe context van gebruik en de nieuwe middelen die zich op de markt aanbieden. Afhankelijk van de thematiek dient ook hier te worden samengewerkt met andere sectoren, waaronder in de eerste plaats de geestelijke gezondheidssector.

### ***Categoriaal én geïntegreerd***

Omwille van bovenstaande specifieke kenmerken van de cliënten met middelenproblematiek is een categoriale aanpak nodig om cliënten een zorgtraject op maat aan te bieden en hen hierin intensief op te volgen. Het gaat hier om een geïntegreerd aanbod van zowel categoriale als algemene zorgmodules binnen de welzijns- en gezondheidssector.

De categoriale aanpak betekent enerzijds dat er voorzieningen zijn die een specifiek genotsmiddelen- en verslavingsaanbod verzekeren, maar tegelijk hun knowhow verspreiden naar de belendende sectoren, waaronder de GGZ.

Samenwerking en afstemming zijn nodig op drie terreinen: binnen het categoriale netwerk zelf (afstemming tussen verschillende modules), met de geestelijke gezondheidszorg (artikel 107) en met de belendende sectoren zoals justitie, politie, het algemeen welzijnswerk, de eerstelijnsgezondheidszorg, de bijzondere jeugdzorg, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, buurt- en opbouwwerk, ouderenzorg, ...

De geestelijke gezondheidszorg is een geprivilegieerde partner, doch niet de enige. Cliënten met een ernstige en chronische verslavingsproblematiek hebben vaak ook psychiatrische stoornis (dubbele diagnose) en voor hen is afstemming binnen de pilootprojecten van Artikel 107 vanzelfsprekend. Andere doelgroepen, waaronder de niet-gebruikers (in kader van preventie), experimenterende gebruikers, frequente gebruikers in de uitgaanssector, werkcontext, ouders en omgeving, ervaren vaak andere problemen (waaronder gedragsproblemen, problemen met justitie, ...) en vinden geen aanknopingspunten binnen de GGZ.

Het is vaak belangrijk en noodzakelijk om een categoriaal, middelenspecifiek aanbod te formuleren op de initiële vraag naar hulpverlening (veelal vanuit de omgeving van een gebruiker of vanuit een belendende sector). Dit is vaak een veiliger en meer aanvaardbare toegangsdeur tot hulpverlening. Daarnaast moeten alle belendende sectoren veel alerter reageren op achterliggende middelenproblematiek (via screening en

korte interventies) en moeten zij hiervoor kunnen rekenen op ondersteuning van de categoriale sector.

Ook voor preventie van genotsmiddelenmisbruik en verslavingsproblemen is deze dubbele aanpak van toepassing. Enerzijds is er specifieke, categoriale ondersteuning nodig rond hoe omgaan met genotsmiddelen en hoe problemen voorkomen binnen een organisatie, een gezin, de omgeving, ... Regelgeving, educatie, interventie en structurele maatregelen zijn essentiële componenten van een preventief beleid met betrekking tot genotsmiddelen. Ook zijn specifieke wetgevende maatregelen nodig en moet een maatschappelijk draagvlak worden gecreëerd om de bespreekbaarheid van genotsmiddelen en verslavingsproblemen te verhogen. De motivatie van belendende sectoren om een categoriaal beleid ten aanzien van de middelenproblematiek uit te werken is veelal groter dan voor een generiek gezondheidsbeleid, omwille van de overlast, onveiligheidsproblematiek en grotere maatschappelijke ongerustheid ten overstaan van middelenmisbruik. Anderzijds moet een preventieve aanpak zich inschrijven in een globaal gezondheids- en functioneringsbeleid. Daarenboven wordt preventie in de eerste plaats geïmplementeerd via integratie in de reguliere werking van de belendende sectoren (onderwijs, jeugdwerk, uitgaanssector, arbeid, bijzondere jeugdzorg, welzijns- en gezondheidssector, enz.).

Zowel de politieke overheden als de professionele sector is ervan overtuigd dat de middelenproblematiek, anders dan de meeste andere 'aandoeningen', een complexe problematiek is waarbij verschillende politieke overheden en verschillende sectoren betrokken zijn en op elkaar afgestemd moeten worden. Zowel op politiek als op professioneel niveau werden sindsdien verschillende initiatieven genomen (cfr. diverse afstemmingsinitiatieven en middelenspecifieke beleidsnota's). Niet in het minst de Interministeriële Conferentie Drugs, de Algemene Cel Drugs beklemtonen de noodzaak om (+/-) 35 bevoegde ministers samen te brengen vanuit een categoriale insteek en met de bedoeling om afstemming en integratie te realiseren tussen alle betrokken sectoren en beleidsdomeinen.

# Voorstel organisatiestructuur voor de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen

## 1. Het Vlaamse niveau: aansturing en programmatie

De Vlaamse minister van welzijn, volksgezondheid en gezin stuurt het beleid aan. Hij wordt daarin geadviseerd door een **Vlaamse Adviesgroep 'middelenmisbruik'**. Hierin zitten minimaal vertegenwoordigers van de partnerorganisatie en van organisaties met terreinwerking, de coördinatoren van de Netwerken Middelenmisbruik-p (zie verder) en vertegenwoordigers van de verschillende soorten voorzieningen (Logo's, CGG-preventiewerkers, CGG-hulpverlening, MSOC, TG/CIC/Dagcentra, (psychiatrische) ziekenhuizen, spuitenruil, peer support, opvoedingsondersteuning ...).

De Vlaamse overheid legt de basisprogrammatie (minimale modules) vast (op basis van registratie, nodenanalyses en de input van de provinciale noden, rekening houdend met een aantal nog nader uit te tekenen indicatoren (bevolkingsaantal, verstedelijking, lage SES, ...). Zij zorgt voor de financiering (basisfinanciering voorzieningen en financieringsenveloppe per Netwerk Middelenmisbruik-p).

Om die basisprogrammatie te onderbouwen is een permanente zorgvraaganalyse nodig, zowel op Vlaams als op provinciaal niveau. Hiertoe organiseert de Vlaamse overheid een oproep tot onderzoek.

Voor preventie vormt het **Vlaams Actieplan tabak, alcohol en drugs** de beleidsvisie van waaruit wordt gewerkt aan gezondheidsdoelstellingen, met structurele partners en belendende sectoren.

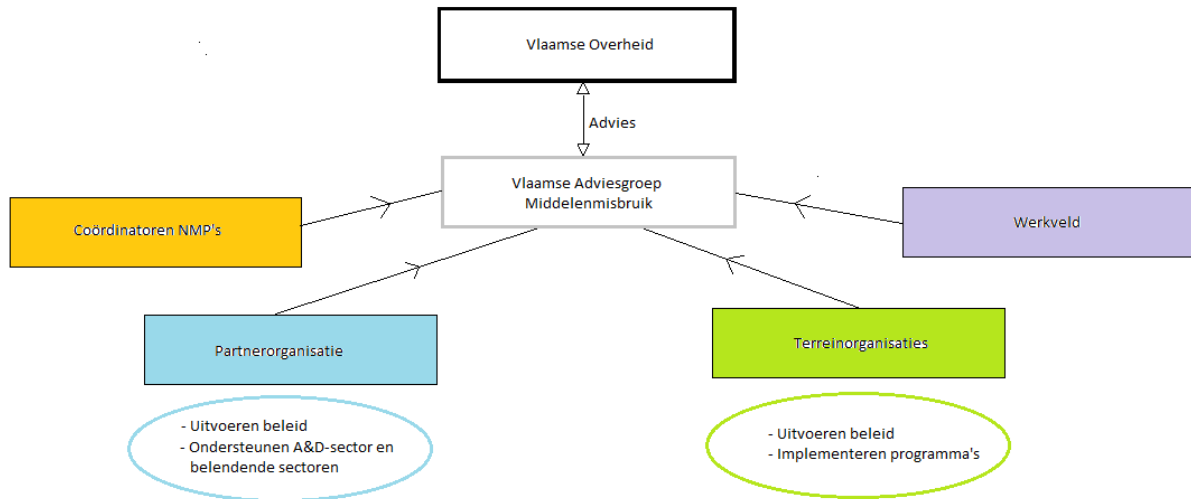
In samenwerking met de Vlaamse Adviesgroep 'middelenmisbruik' wordt een Vlaams beleidsplan middelenmisbruik uitgewerkt waarin een minimale verdeelsleutel voor preventie wordt vastgelegd.

De Vlaamse overheid erkent en financiert **één partnerorganisatie** met opdrachten op vlak van preventie, vroeginterventie, hulpverlening en harm reduction. De partnerorganisatie is een expertisecentrum, bestaande uit een brede representatie, met een gedeelde visie, die samenwerkt met verschillende sectoren.

De partnerorganisatie ondersteunt de A&D-sector en de belendende sectoren in methodiekontwikkeling, kwaliteitsbevordering en -bewaking, registratie, vorming en opleiding. Ze fungeert als een overlegplatform voor het A&D-werkveld en voor de samenwerking met de belendende sectoren. Voor de continuïteit van onderzoek bouwt ze een onderzoeksplatform uit met universiteiten en het werkveld.

De partnerorganisatie staat in voor de ondersteuning van het werkveld (Logo-medewerkers, preventiewerkers, hulpverleners) bij de uitvoering van het Vlaams drugbeleid en zoekt samen met de provinciale werkingen naar afstemming op Vlaams niveau. De beslissingsbevoegdheid ligt bij de Vlaamse overheid.

Daarnaast organiseert de Vlaamse overheid oproepen voor **organisaties met terreinwerking** voor de uitvoering van verschillende programma's (vb. spuitenruil, sociale vaardigheden in het onderwijs, projecten naar nieuwe en specifieke doelgroepen, ...).



*Adviesfunctie zowel op vraag van de Vlaamse overheid als op eigen initiatief*



## 2. **Vijf netwerken Middelenmisbruik** (binnen territorium van provincie)

In elk provincie wordt een **Netwerk Middelenmisbruik-p<sup>1</sup>** (NMp) opgericht, waarin alle betrokkenen uit de categoriale sector vertegenwoordigd zijn. Elk Netwerk Middelenmisbruik-p heeft een **coördinator**. De coördinator is bij voorkeur ingebed in het overlegplatform GGZ.

Het NMp kan werkgroepen opzetten om bepaalde aspecten op een meer operationeel niveau uit te werken. Minimaal wordt een werkgroep preventie gevormd met alle actoren rond preventie uit de categoriale sector én met vertegenwoordigers uit de belendende sectoren. (Andere voorbeelden van werkgroepen zijn een werkgroep spoed en crisisopvang). Zowel in de algemene werking van het NMp als in de werkgroepen worden steeds linken gelegd met de algemene geestelijke gezondheid (artikel 107) en met de belendende sectoren. De coördinator is steeds aanwezig op deze werkgroepen en vormt zo de rode draad tussen de verschillende deelwerkingen.

De coördinator van het Netwerk Middelenmisbruik-p is de verbindingspersoon tussen het categoriale netwerk, het Netwerkcomité Artikel 107 en andere relevante netwerken zoals Integrale Jeugdhulp, .... Het NMp participeert aan het Netwerkcomité Artikel 107, terwijl de coördinator van het Netwerkcomité Artikel 107 ook participeert aan het Netwerk Middelenmisbruik.

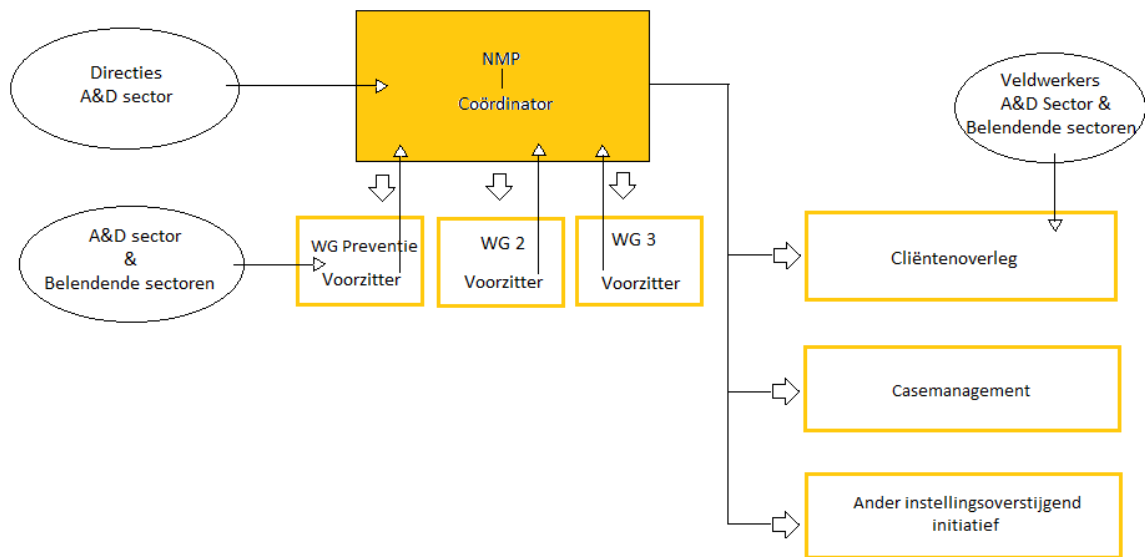
In sommige provincies kan ervoor gekozen worden om het provinciaal niveau operationeel op te splitsen in subregio's, naargelang de noodzaak.

Dit kan onder andere gebeuren op het niveau van cliëntenoverleg (overleg tussen hulpverleners van verschillende organisaties om onder andere het behandeltraject van cliënten te stroomlijnen). Cliëntenoverleg is een belangrijke motor voor een constructieve samenwerking en netwerkvorming. Over belangrijke issues zoals organisatie van de instroom van 'moeilijke' cliënten of afstemming en professionalisering van indicatiestelling kan op dergelijke formele overlegmomenten naar overeenstemming gezocht worden. Rond privacy van de cliënt en beroepsgeheim dienen strikte afspraken gemaakt te worden conform de wetgeving. De belendende sectoren kunnen partner zijn in dit cliëntenoverleg.

Voor de provinciale (of subregionale) werking op het vlak van preventie is het nodig dat overal in Vlaanderen wordt geïnvesteerd in intergemeentelijke preventiewerkers (cofinanciering door lokale overheden, aangevuld met provinciale impulsmiddelen) die dicht bij de lokale werking staan, maar tevens met Vlaamse financiering ondersteund worden door de preventiewerkers in de CGG. Zij zorgen voor de uitvoering van het Vlaams beleid (met lokale accenten). De operationele samenwerking en afstemming tussen de Logo's en CGG-preventiewerkers gebeurt op dit niveau.

---

<sup>1</sup> P staat telkens voor de naam van de provincie (vb. Netwerk Middelenmisbruik Antwerpen, enz).



### Taken

Het Netwerk Middelenmisbruik-p is in de eerste plaats een afstemmingsniveau dat instaat voor het regio specifiek aanbod (doelgroepgericht en instellingsoverstijgend) bovenop de Vlaamse basisprogrammatie. Hier wordt de regionale spreiding van het aanbod vastgelegd, het intervisie- en ondersteuningsaanbod en de zorgafstemming en coördinatie. Er wordt tevens voor gezorgd dat er een aanbod is voor de gemarginaliseerde, vaak zorgmijdende druggebruikers (straathoekwerk, outreach, spuitruil, ...).

Net zoals in artikel 107 gaat het om een geïntegreerd samenwerkingsmodel waarin verschillende voorzieningen verschillende functies aanbieden en gaan samenwerken in een netwerk. Verschillende functies worden op elkaar afgesteld en overlap wordt weggewerkt. Voor elke specifieke doelgroep wordt een traject uitgetekend die als een zorgcircuit wordt opgevat (op het niveau van de cliënt wordt dit een zorgtraject). Verschillende zorgeenheden (categoriaal en niet-categoriaal – m.a.w. ggz én andere belendende sectoren) werken samen. In principe staat elke voorziening in een regio in voor een aantal modules/functies. Bedoeling is te komen tot een evenwichtige rolverdeling waarin de juiste opdracht, met de juiste partners op het juiste werkingsniveau wordt uitgetekend.

Elk Netwerk Middelenmisbruik-p beschikt over een duidelijk mandaat (binnen de Vlaamse krijtlijnen) en over een substantieel werkingsbudget. Dit budget moet gezamenlijke projecten binnen de regio/provincie mogelijk maken (naar analogie met de extra middelen voorzien binnen Artikel 107). M.a.w. financiële flexibiliteit om aan zorgbehoeften en nieuwe noden te voldoen.

Daarnaast kunnen binnen het Netwerk Middelenmisbruik-p keuzes worden gemaakt op vlak van afbouw van bestaande (overlap) en/of opstarten van nieuwe modules (noden) in overleg met de Vlaamse werkgroep Middelenmisbruik.

Het vertrekpunt is het behoud van het actuele aanbod. Op basis van een provinciale zorgvraaganalyse moeten groeiscenario's worden uitgetekend rekening houdend met het belang van continuïteit, principes van zorg op maat en samenwerking. De ervaringen uit de zorgcircuits kunnen hier zeker inspiratie bieden.

De **taken van de coördinator** van het NMP zijn divers en bestaan onder andere uit afstemming van en overleg organiseren tussen preventie, hulpverlening en de belendende sectoren, afstemmen met netwerkcomité artikel 107 (verbindingsfunctie), faciliteren van zorgcoördinatie (in cliëntenoverleg), beleidsvoorbereidend werk.

### **3. Het lokale niveau: operationalisering van preventie en vroeginterventie**

Voor preventie is het lokale niveau het belangrijkste werkingsniveau. Het formele engagement van het lokale beleidsniveau is hiervoor nodig. Daarnaast is er een lokaal aanspreekpunt nodig (lokale en/of intergemeentelijke preventiewerker) met een duidelijk mandaat en voldoende ondersteuning om een lokaal A&D-beleid vorm te geven. Het lokale beleid moet gestoeld zijn op cijfers en reële noden en een plan uittekenen op middellange termijn.

Het lokale beleid heeft een regiefunctie om de lokale analyse van de problematiek te maken, doelstellingen te formuleren en een actieplan uit te tekenen. Daarnaast heeft het lokale beleid een uitvoerende functie, waarin ze zelf acties en projecten opzet (sensibiliseren, bespreekbaar maken) en maatregelen neemt (vb. overlastpreventie, fuifbeleid).

De CGG-preventiewerkers, de Logo's en de intergemeentelijke preventiewerkers staan in voor de concrete ondersteuning van het lokale beleid en van de organisaties in de betrokken sectoren, om een preventief drugbeleid uit te tekenen (beleidsplan), methodieken te implementeren en uitvoering te garanderen.

Omdat kleine gemeenten vaak niet beschikken over voldoende expertise of draagkracht kan men op een subregionaal niveau kiezen voor intergemeentelijke samenwerking om bovenstaande te realiseren.

Op het lokale niveau moeten burgers ook antwoord krijgen op acute vragen (vb. infopunt) en dient een vroeginterventie-aanbod georganiseerd te worden. De (inter)gemeentelijke preventiewerkers, de belendende sectoren (eerstelijns) en de hulpverleners uit de ambulante A&D-sector moeten dit aanbod invullen en op elkaar afstemmen. Hiervoor moet een getrapte vroeginterventie aanbod worden opgezet, gaande van zeer laagdrempelige en gemakkelijk bereikbare korte oriënterende interventies over groepsprogramma's en individuele vroeginterventieprogramma's naar een meer categoriaal aanbod. Een vlotte doorstroming van vroegdetectie naar vroeginterventie en -behandeling en een goede sociale kaart/doorverwijsgids is essentieel. De A&D-sector staat in voor de coaching en intervisie van de laagdrempelige en eerstelijns hulpverleners.

De spreiding van het categoriaal hulpverlenings- en preventie-aanbod wordt binnen het NMP uitgetekend en is afhankelijk van de zorgmodules en de noodzaak aan lokale bereikbaarheid.

## Afstemming met het federale niveau

Niet alle A&D-voorzieningen worden Vlaamse bevoegdheid. Samenwerking en afstemming met federale A&D-voorzieningen (psychiatrische ziekenhuizen, FOD-projecten) en met de belendende sectoren (justitie, binnenlandse zaken) en op vlak van internationale samenwerking en profilering vereisen goede overlegvormen.

**De Interministeriële conferentie, de Algemene Cel Drugs en de Cel Gezondheidsbeleid Drugs** moeten hier een centrale rol blijven vervullen. Ze spelen een rol in de internationale afstemming en dienen te zorgen voor een coherent beleid waarin het gezondheidsbeleid wordt ondersteund door effectieve regelgeving en beleidsmaatregelen. De samenstelling en het voorzitterschap van deze overlegorganen dienen desgevallend herbekeken te worden. Vertegenwoordiging van de Vlaamse Werkgroep Middelenmisbruik en van het werkveld is een minimale vereiste.

## Randvoorwaarden

### 1. *Op Vlaams niveau:*

- In elke provincie is een minimaal basisaanbod met competente partners nodig voor preventie, vroeginterventie, hulpverlening en harm reduction. De Vlaamse overheid moet kunnen vertrekken van een instrument om de zorgbehoeften te meten (basisprogrammatie). Dit dient niet enkel bij de opstart van het voorliggend organisatiemodel te gebeuren, maar ook op een meer permanente basis. Hiertoe organiseert de Vlaamse overheid een onderzoeksoproep.
- Om het aanbod af te stellen op de (steeds) wisselende zorgvraag is er een systeem nodig om zorgbehoeften vanuit de basis te rapporteren en op korte termijn kwalitatief en kwantitatief onderzoek te verrichten naar nieuwe fenomenen, trends, gebruiksvormen en zorgvragen van (potentiële) cliënten.
- Er is nood aan continuïteit in onderzoek in tegenstelling tot kortetermijnonderzoeken, aangestuurd vanuit een centraal punt (partnerorganisatie). Er is vooral nood aan praktijkondersteunend onderzoek.
- In het kader van kwaliteitsbevordering is er een blijvende nood aan onafhankelijk onderzoek ( $\neq$  controle-instrument) naar verschillende/innovatieve methoden, dit in het kader van kwaliteitsbevordering. 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.
- In het kader van netwerking en samenwerking is er nood aan vorming en deskundigheidsbevordering. 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 hebben eigen, specifieke vormingsnaden op vlak van verdieping van kennis, vaardigheidstraining en intervisie. 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 is nood aan een goede registratie: niet enkel van de Treatment Demand Indicators, maar ook van substitutiebehandeling, onderzoek naar cliëntenstromen, enz. Deze gegevens zijn nodig om de zorgnoden en -behoeften op regionaal vlak in kaart te brengen en op te volgen.
- Internationale samenwerking is nodig om goede praktijkvoorbeelden te toetsen, om te participeren in internationale projecten op vlak van methodiekontwikkeling en om de Vlaamse praktijk op de kaart te zetten binnen Europa (en de wereld).
- Er is nood aan blijvende innovatie en experimenteerruimte (cfr. Fonds ter bestrijding van verslaving), met voldoende ruimte en tijd om zich te bewijzen en waarbij implementatie op lange termijn en/of binnen andere regio's wordt voorzien.

## **2. bij het opstarten en uitbouwen van een Netwerk Middelenmisbruik-p (NMP):**

- Het is belangrijk om een gemeenschappelijke taal te spreken, zowel over inhoudelijke als over zorgorganisatorische aspecten (zie bijlage Typemodules Middelenmisbruik in Functies art. 107).
- Een goed werkend NMP moet gedragen worden door een gemeenschappelijke visie op basis van een dialoog tussen de verschillende regionale partners. Hiermee bedoelen we vooral een visie op het netwerk en samenwerking tussen de betrokken zorgseenheden. Niet alle partners van het NMP hoeven immers dezelfde visie op middelenmisbruik te hebben. In dit verband moet een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds een globale visie omtrent het zorgaanbod voor deze doelgroep en anderzijds het bewaren van de eigenheid van de methodieken en settings. De ontwikkeling van dergelijke visie moet tevens steunen op een gedegen wetenschappelijke onderbouw. Een samenwerking met universitaire voorzieningen en andere relevante partners kan hieraan tegemoet komen.
- Binnen elk NMP moet de cliënt zo dicht mogelijk bij zijn thuissituatie zijn hulpvraag kunnen stellen. Wat bereikbaarheid betreft, moet een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende soorten zorg: voor een residentiële opname mag men al een grotere afstand afleggen dan voor een eerste verkennend gesprek. Het valt ook aan te raden om tot regio-overschrijdende samenwerking te komen, zowel op organisatie- als op cliëntniveau. Sommige cliënten kunnen immers terecht komen in een ander NMP door plaatsgebrek of doordat specifieke zorgseenheden voor meer dan één regio werken (bv. therapeutische gemeenschappen of zorgseenheden voor dubbele diagnoseproblematiek.)
- Bindende afspraken tussen de verschillende zorgvoorzieningen over samenwerking en taakverdeling zijn noodzakelijk. Richtinggevend hierbij is dat deze afspraken moeten leiden tot het ontstaan van een netwerk van goed op de hulpvraag afgestemde, complementaire zorgvoorzieningen. Er kunnen geen voorzieningen worden uitgesloten voor deelname aan het NMP als ze zich inschrijven conform de gemaakte afspraken.

- Naast afspraken tussen de verschillende zorgvoorzieningen die participeren aan het NMP dienen ook duidelijke afspraken gemaakt te worden met de 'belendende sectoren' zoals o.a. Justitie, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Bijzondere Jeugdbijstand etc. Ook hier dienen onderlinge taakafspraken en samenwerking te worden geconcretiseerd.
- Voor een betere organisatie van de instroom is het belangrijk te investeren in verdere professionalisering van de indicatiestelling. Dat betekent voor de voorzieningen in een netwerk de eigen procedures zo transparant en objectief mogelijk maken om deze te kunnen afstemmen met de andere voorzieningen in het netwerk. De netwerken hebben nood aan wetenschappelijke ondersteuning in de ontwikkeling van dit geformaliseerd proces. Communicatie en informatieoverdracht tussen hulpverleners kan gebeuren in het kader van casusbesprekingen en cliëntopvolging binnen een geïntegreerd teamoverleg.