

Memorandum over de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen

januari 2014

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, als koepel van voorzieningen betrokken bij de problematiek van middelengebruik en verslavingsproblemen, vraagt bijzondere aandacht voor de problematiek als gevolg van alcohol, cannabis, andere illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken, gamen en internetverslaving.

Situering problematiek

Middelengebruik en verslavingsproblemen zijn in de eerste plaats gezondheidsproblemen, die schade veroorzaken bij een individu op het vlak van de fysieke en geestelijke gezondheid en op het vlak van maatschappelijk functioneren. De maatschappelijke kost van deze problematiek op vlak van gezondheidszorg, veiligheid, productiviteitsverlies, sociale cohesie en welzijn is zeer groot.

De redenen voor middelengebruik en de oorzaken van verslavingsproblemen zijn complex en multifactorieel. De aanpak situeert zich op een continuüm van preventie, vroeginterventie, diverse vormen van hulpverlening ('cure' en 'care'), schadebeperking en maatschappelijke integratie.

Gezien de complexiteit van de problematiek bestaan er geen kant-en-klare recepten om problemen als gevolg van middelengebruik te voorkomen. Goed geïmplementeerde, gestandaardiseerde preventieprogramma's met een beleidsmatige aanpak van de problematiek, hebben hun waarde bewezen. Daarnaast is 'werken op maat' essentieel. Afhankelijk van de kenmerken van de doelgroep, de context en de producten moet zorgvuldig worden afgewogen welke aanpak (universele, selectieve of geïndiceerde preventie) nodig en haalbaar is om het grootste effect te verkrijgen.

Omwille van het chronisch karakter van een verslavingsproblematiek is een zorgtraject nodig, bestaande uit verschillende, op elkaar aansluitende zorgprogramma's. Ook binnen hulpverlening is 'zorg op maat' essentieel. Vroeginterventie, laagdrempelige hulpverlening en langdurige, gespecialiseerde hulpverlening, vervolgzorg met aandacht voor werken en wonen, zijn onderdelen van een gedifferentieerd aanbod, evidence based, maar evenzeer rekening houdend met de noden en verwachtingen van de cliënt/patiënt.

Mensen met problemen als gevolg van alcohol- en ander druggebruik worden in de realiteit vaak gestigmatiseerd en moreel veroordeeld, wat de toegankelijkheid van hulpverlening onnodig bemoeilijkt. Inzetten op vroeginterventie en het wegnemen van structurele belemmeringen van de hulpvraag zijn prioritair.

Bij de aanpak van middelengebruik en verslaving moeten we zowel inzetten op de gezondheid en het welzijn van de algemene bevolking (de burger), maar is er ook specifieke aandacht nodig voor kwetsbare groepen in de samenleving. De samenhang van individuele en/of maatschappelijke kwetsbaarheid en middelenmisbruik verhoogt de complexiteit en vereist een aangepast en vaak langdurig zorgtraject op maat voor de zorgvrager en zijn omgeving.

Als gezondheidssector formuleren we volgende vijf beleidsprioriteiten:

1. Een categoriale én geïntegreerde aanpak
2. Een actieplan met voldoende middelen
3. Een facettenbeleid
4. Investeren in afstemming en coördinatie
5. Investeren in onderzoek, registratie, kwaliteitsbevordering, vorming en ondersteuning

1. Een categoriale én geïntegreerde aanpak

De aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen als gevolg van alcohol, illegale drugs, psycho-actieve medicatie, gokken, gamen en internetverslaving beslaat vanuit een gezondheids- en welzijnsperspectief het continuüm van preventie, vroeginterventie, hulpverlening, schadebeperking en maatschappelijke integratie. Het gaat om op elkaar aansluitende onderdelen van een traject dat afwisselend categoriaal en geïntegreerd in andere sectoren kan plaatsvinden. Continuïteit en zorg op maat zijn sleutelbegrippen.

Dit model vereist een duidelijke organisatiestructuur waarin enerzijds de specificiteit van de problematiek van middelengebruik en verslaving wordt gebundeld en op elkaar afgestemd (categoriale organisatie) en anderzijds de aanpak wordt geïntegreerd binnen andere organisatiemodellen zoals de algemene GGZ (en specifiek artikel 107), de integrale jeugdhulp, de gezondheidssector, de welzijnssector, het veiligheidsbeleid, de gezondheidspromotie, enz. ([zie nota met voorstel organisatiemodel](#)).

Vlaanderen

De 6de staatshervorming geeft Vlaanderen een aantal sleutels in handen om een Vlaams beleid over middelengebruik en verslavingsproblemen uit te werken. Hiervoor zijn nodig:

1. Een nieuw decreet over middelengebruik en verslavingsproblemen (dat continuüm van preventie tot hulpverlening garandeert).
2. Vastlegging van de basisprogrammatie voor preventie en zorg met voldoende ruimte om dit verder aan te vullen op basis van provinciale en regionale noden.
3. Minimale subsidieregeling en kwaliteitsvereisten voor de binnen dit decreet erkende organisaties.
4. Ondersteuning (continuerend) van de provinciale netwerken middelenmisbruik, mét coördinator.
5. Lokale verankering van preventie en vroeginterventie omwille van het belang van afstemming op lokale behoeften.

Federaal

Een niet onaanzienlijk deel van de residentiële categoriale zorg binnen de psychiatrische ziekenhuizen (een groot deel van de alcoholzorg en deels ook drugszorg) blijft federaal. Gezien de essentiële rol van deze verslavingsafdelingen in het totale zorgtraject moet de federale regelgeving voldoende aansluiten op het Vlaams beleid en vice versa (zie ook punt 4: investeren in afstemming en coördinatie).

6. Voor de verslavingsafdelingen in psychiatrische ziekenhuizen moet een specifieke personeelsnormering worden uitgetekend die voldoet aan de specifieke noden en eisen van een dergelijke afdeling.
7. Er is afstemming nodig omtrent de financiële bijdrage van de patiënt tussen federaal en Vlaamse aangestuurde voorzieningen met een aanbod naar cliënten met middelengebruik en verslavingsproblemen.
8. In een ruimer kader dient een debat te worden gevoerd over prestatiefinanciering versus een globale (enveloppe)financiering binnen de verslavingszorg.

2. Een actieplan met voldoende middelen

Federaal en Gemeenschappen

Het Nationaal Alcohol Plan 2014-2018 (NAP), dat door de Algemene Cel Drugs in 2013 was voorbereid, kon eind 2013 bij gebrek aan consensus, niet worden goedgekeurd. Een Nationaal Alcohol Plan is een essentieel kader om de complexe en veelzijdige problematiek als gevolg van alcoholproblemen aan te pakken. Een NAP moet investeren in strategieën die zowel gericht zijn op het aanbod als op de vraag, moet voldoende controle op de regelgeving omvatten en aandacht hebben voor monitoring en evaluatie. Een NAP is pas effectief als het door alle betrokken ministers, en niet enkel de ministers van Volksgezondheid, wordt onderschreven. In december 2013 werd de discussie gevoerd over een reeds sterk afgezwakt NAP. Wij eisen dat de initiële voorstellen, gericht op een beperking van het aanbod, opnieuw in het NAP worden opgenomen: verbod op verkoop van alcohol in tankstations, in nachtwinkels en automaten en verbod op happy hours en andere promotie). Daarnaast moeten de meest effectieve maatregelen, namelijk een doortastend prijsbeleid én beperking van reclame en marketing, in het nieuwe NAP worden opgenomen. De goedkeuring van een Nationaal Alcohol Plan moet in de regeringsonderhandelingen worden meegenomen.

Vlaanderen

In het kader van de overdracht van bevoegdheden van het federale niveau naar Vlaanderen staat de continuering van het huidige aanbod als minimaal streefdoel voorop.

Zelfs zonder uitbreiding van middelen is het belangrijk om structurele financiering te voorzien voor de bestaande (pilot)projecten in functie van continuïteit en om verlies van expertise te vermijden.

Wil Vlaanderen actief inzetten op de aanpak van de problematiek van middelengebruik en verslaving, dan zijn er veel meer middelen nodig:

Preventie:

1. De investering in preventie is minimaal (in 2008 werd 1,12 € per inwoner uitgegeven -Drugs in Cijfers III). Tegen 2015 moet dit aandeel minimaal worden verdubbeld. Het voorkomen van middelenmisbruik en verslavingsproblemen is de eerste beleidskeuze en hiervoor moeten voldoende permanente structuren met complementaire opdrachten worden voorzien (Logo's, preventiewerkers in de CGG, lokale preventiewerkers, partnerorganisatie en organisaties met terreinwerking). Naast deze structurele aanpak moet er voldoende ruimte zijn om in te spelen op nieuwe tendensen en fenomenen (met recente voorbeelden zoals de aanpak van nieuwe psychoactieve stoffen (NPS), problematisch gamen en internetgebruik, ...) en specifieke doelgroepen.
2. Lokale en intergemeentelijke preventiewerkers kennen een ongelijke spreiding en zijn onvoldoende geïntegreerd in het Vlaamse preventiebeleid. Vlaanderen moet deze werkvorm, samen met de lokale overheid structureel co-financieren (% per inwoner), om deze preventiewerkers in te schakelen bij de implementatie van het Vlaams beleid en tegelijk de nodige ondersteuning en continuïteit voor deze lokale preventiewerkers te voorzien. Deze lokale preventiewerkers vormen een belangrijke schakel naar de uiteindelijke doelgroep.

Vroeginterventie

3. Het structureel aanbod aan vroeginterventie is vrijwel onbestaande. Op het vlak van vroegdetectie en vroeginterventie is heel wat gezondheidswinst te halen, maar dit vereist een goed uitgebouwd, laagdrempelig, kortdurend aanbod en voldoende professionele omkadering en snel toegankelijke doorverwijsmogelijkheden. Voor volwassenen en alcoholmisbruik is het vroeginterventieaanbod momenteel bijna onbestaande.
4. Gezien de hoge prevalentie van middelenmisbruik in de algemene bevolking zouden screening en korte interventies structureel moeten worden ingebouwd in de reguliere zorg (cfr. Assis voor gezondheids- en welzijnswerkers).

Hulpverlening

5. Er is een groot tekort aan ambulante behandelingsmogelijkheden (zowel qua spreiding, laagdrempeligheid, als qua focus op kwetsbare groepen).
6. Er is nood aan een laagdrempelige behandelingsaanbod voor een gemarginaliseerde groep met een chronisch alcoholprobleem, waar naast 'care' ook 'cure' wordt aangeboden (cfr. MSOC-model voor alcoholproblematiek).
7. De ambulante revalidatiecentra voor verslaafden zoals MSOC en dagcentra, moeten outreachend kunnen gaan werken.
8. In het kader van de continuïteit van zorg moet er naast ambulante behandelingscentra ook een aanbod aan ambulante vervolgzorg worden voorzien, alsook semi-residentiële behandelingsmogelijkheden (vb. dag- en nachthospitalisatie) worden aangeboden, die de drempel tot behandeling verlagen. De plaatsen voor beschut wonen dienen open te staan voor cliënten uit de verslavingssector. De huidige revalidatiecentra voor verslaafden moeten een aanbod van beschut wonen kunnen opstarten voor hun specifieke doelpubliek.

Schadebeperking

9. Schadebeperkende initiatieven (vb. peer support) die op het terrein kunnen inspelen op trends en evoluties zoals NPS moeten kunnen rekenen op een continuïteit van hun werking met een kwaliteitsvolle ondersteuning van de vrijwilligers.

Overgang van projecten naar structurele middelen om de continuïteit en kwaliteit van het aanbod te blijven garanderen

10. Er zijn heel wat projecten opgestart (o.a. in het kader van het Fonds ter bestrijding van Verslavingen) waarin innoverende methodieken werden uitgewerkt en uitgetest, zoals CRA voor cocaïnegebruikers, crisis aan huis, aanbod naar gebruikende zwangere vrouwen en ouders met jonge kinderen, online hulpverlening. Deze projecten blijven in vervolprojecten steken, terwijl er ruimte moet worden gecreëerd om positief geëvalueerde projecten op een structurele wijze verder te zetten en te implementeren in andere regio's.
11. Zinnvolle en geëvalueerde pilootprojecten (zoals de FOD pilootprojecten crisiseenheden en casemanagement, dubbele diagnoseafdelingen) moeten continuïteit krijgen en er moeten bredere implementatiemogelijkheden worden voorzien in andere regio's of sectoren.
12. Antennepunten van het MSOC, intergemeentelijke preventiewerkers, ... die met provinciale middelen werden opgestart, moeten na een periode van impulsbeleid een structurele basis krijgen.
13. Het Fonds ter bestrijding van verslavingen moet gecontinueerd worden als incentive voor kwaliteitsbevordering en innovatie in de hulpverlening. De organisatie van het Fonds door Vlaanderen moet de spelregels herzien, met projecten die zich gedurende minimaal 3 jaar en maximaal 5 jaar kunnen ontwikkelen en zich kunnen/moeten bewijzen (met evaluatie)
14. De koppeling van casemanagement aan de crisiseenheden moet verder gaan dan louter ontslagmanagement en de taakin-vulling en de plaats van de casemanager moet kritisch worden herbekeken.
15. Maatschappelijke integratie en samenwerking met belendende sectoren zoals wonen en werken zijn essentiële onderdelen van de zorg voor mensen met een verslavingsproblematiek. Deze samenwerking en afstemming moet zowel vanuit het Vlaamse beleid als vanuit het lokale niveau, prioritaire aandacht krijgen.

In navolging van het Vlaamse Actieplan tabak, alcohol en drugs voor preventie en vroeginterventie (2009-2015) moet een nieuw actieplan rond middelengebruik en verslavingsproblemen worden opgemaakt om te komen tot een consistent Vlaams alcohol- en drugbeleid waarin voldoende middelen worden voorzien om alle aspecten van de problematiek op te nemen.

3. Een facettenbeleid

De middelenproblematiek is in de eerste plaats een gezondheidsprobleem, maar zowel de oorzaken als de gevolgen dienen in een ruimer perspectief te worden aangepakt.

De complexiteit van de middelenproblematiek vereist een duidelijk engagement van verschillende sectoren die al dan niet zijdelings met de problematiek worden geconfronteerd:

Federaal

Heel wat druggebruikers komen in contact met politie en justitie. In haar reactie op problematisch druggebruik ervaart het strafrechtelijk apparaat het meer en meer zinvol om de hulpverlening in te schakelen. In concreto betekent dit dat de justitiële sector in verschillende fasen van de strafrechtketen een beroep doet op de hulpverlening.

In de samenwerking met politie en justitie vormt een goede terreinafbakening en een erkenning van de verschillen in finaliteit en eigenheid van beide sectoren een essentieel uitgangspunt, alsook de erkenning van het beroepsgeheim en duidelijke afspraken hieromtrent.

Knelpunten:

1. Een aantal positief geëvalueerde experimenten, waaronder de Drugbehandelingskamer en het project Proefzorg in Gent, moeten een structurele basis krijgen en ook in andere arrondissementen worden ingevoerd mits basisvoorwaarden inzake hulpverleningsaanbod en afstemming voorhanden zijn.
2. Het is onduidelijk wat er met de projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen (AGM) in de nabije toekomst gaat gebeuren. In dit kader worden al vele jaren heel wat justitiële doorverwijzingen opgevolgd, weliswaar in preciaire statuten en met een schromelijke onderfinanciering. Voorts is niet duidelijk of deze projecten federaal blijven, tot de usurperende bevoegdheden behoren of naar Vlaanderen over komen in het kader van de overheveling van de justitiehuizen.
3. De contracten met de lokale overheden in het kader van de strategische veiligheids- en preventieplannen (SVVP) werden weliswaar voor 4 jaar verlengd, maar de opdrachten van deze medewerkers werden alsnog niet geëxpliciteerd. Reeds vele jaren worden in deze projecten aanvullende preventie- en hulpverleningsopdrachten vervuld.
4. Er is dringend nood aan de evaluatie van het gevangenisbeleid inzake middelenmisbruik en het project Centraal Aanmeldingspunt (CAP) die de brug maakt tussen gevangenis en hulpverlening dient eveneens een structurele basis te krijgen.

Vlaams

Omwille van laagdrempeligheid, capaciteit en complementariteit is samenwerking tussen de categoriale sector van middelengebruik en verslavingsproblemen en een aantal belendende sectoren zoals algemeen welzijnswerk, eerstelijnsgezondheidszorg, algemene geestelijke gezondheidszorg, integrale jeugdhulp, VAPH, buurt- en opbouwwerk, onderwijs, jeugdwerk, arbeidszorg (inclusief sociale economie),... nodig om tot inclusie van de aanpak van de problematiek van middelengebruik en afhankelijkheid te komen.

5. Er is nood aan deskundigheidsbevordering in deze belendende sectoren om via het ontwikkelen van een beleidsmatige aanpak met de alcohol- en drugproblematiek om te gaan (preventief en hulpverlenend). Indien mogelijk en geïndiceerd, kunnen de belendende sectoren cliënten zelf ondersteunen en begeleiden. Werken aan deskundigheids-bevordering kan via vorming en training, consult, intervisie en supervisie, zowel op niveau van casussen als dossiers.
6. De belendende sectoren hebben een belangrijke taak in vroegdetectie (via screening) en korte interventies, mits goede samenwerkingsafspraken naar doorverwijzing en ondersteuning door de categoriale sector. Ook in de vervolghandeling/opvolging van cliënten kunnen de belendende sectoren een actieve rol opnemen.

Kansarmoede en verslaving gaan dikwijls hand in hand en vragen een geïntegreerde aanpak waarin gezondheid, welzijn, jeugdhulp en justitie samenwerken.

7. Dit vereist investeren in opleiding van gezondheids- en welzijnswerkers, assertieve bemoeizorg, opvangmogelijkheden (housing first). Er is ondersteuning nodig voor de initiatieven beschut wonen, onthaalhuizen, sociale werkplaatsen, sociale huisvesting, ... die inspanningen leveren om mensen in armoede met een probleem van middelengebruik in hun werking te integreren.

Alle bevoegde overheden moeten duidelijke engagementen formuleren (vrijstelling van mensen en middelen) om de middelenproblematiek in de sectoren waarvoor ze bevoegd zijn, mee aan te pakken en samenwerkingsafspraken te maken met de categoriale sector middelengebruik en verslavingsproblemen. Hiertegenover staat het engagement van de categoriale sector om vorming en coaching te voorzien voor de medewerkers in deze sectoren op vlak van preventie, vroeginterventie en hulpverlening.

4. Investeren in afstemming en coördinatie

De problematiek van middelengebruik en verslaving is complex en heeft gevolgen op heel veel verschillende beleidsniveaus en binnen vele maatschappelijke sectoren. Afstemming en coördinatie is essentieel.

Europees

Europese regelgeving en afstemming van het beleid op Europees niveau versterkt het landelijk alcohol- en drugbeleid en opent mogelijkheden tot actie (vb. beperking op reclame en sponsoring voor alcohol, verplichting tot opname informatie op etiketten van alcoholische dranken, enz.).

De Europese Unie heeft een nieuwe EU Drugs Strategie 2013-2020 uitgetekend voor het domein van vraag- en aanbodzijde. Dit levert een aantal engagementen op van alle lidstaten en van de Europese instellingen. Voor de alcoholproblematiek lijkt een nieuwe strategie geen haalbare kaart meer te zijn. De EU wenst zich te beperken tot een actieplan, dat veel vrijblijvender is en waar de lobby van de alcoholindustrie vrij spel heeft.

1. Het Europese parlement moet zich engageren om een nieuwe EU-alcoholstrategie te ontwikkelen en hieraan concrete engagementen te koppelen die op de eerste plaats zijn ingegeven vanuit de zorg voor de gezondheid van de Europese burger.

Federaal en Vlaanderen

In het kader van de 6de staatshervorming komen een aantal bevoegdheden op het vlak van middelengebruik en verslavingsproblemen in Vlaamse handen. Daarnaast blijven een aantal voorzieningen en projecten federaal. Afstemming tussen alle partners op het continuüm tussen preventie en hulpverlening zijn essentieel om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen.

2. Er is nood aan een voortdurende afstemming op landelijk niveau. Hiervoor zijn een aantal instrumenten voorhanden zoals de interministeriële conferentie drugs, de Algemene Cel Drugs, de Cel Gezondheidsbeleid Drugs, de structurele samenwerkingsovereenkomsten tussen federale, gemeenschaps-, provinciale en lokale overheden en de samenwerking op Europees niveau (vb. EU Alcohol Strategie, EU Drug Strategie). Er is nood aan een kritische evaluatie van de werking van deze structuren. De verklaringen van de Algemene Cel Drugs moeten verder gaan dan algemene uitspraken en niet-bindende mededelingen. Er moet een permanente dialoog ontstaan tussen dit beleidsniveau en de categoriale sector middelengebruik en verslavingsproblemen.
3. Er is nood aan een duidelijk beleidskader, in concreto voor alcohol een Nationaal Alcohol Plan, met duidelijk omschreven doelstellingen, acties, verantwoordelijkheden en indicatoren. Voor illegale drugs is een kritische reflectie op en evaluatie van het bestaande beleid noodzakelijk.
4. Er is nood aan provinciale en regionale zorgcoördinatie op het niveau van cliëntenoverleg, casemanagement, op niveau van bijkomende programmatie en op het niveau van preventie.
5. Bovenop een basisaanbod aan preventie en zorg moet bijkomende programmatie op basis van regionale noden, indicatoren en accenten mogelijk zijn.
6. Een kritische analyse van de financieringsmechanismen in de gezondheidszorg moeten de noden van en de gevolgen voor cliënten met een middelenproblematiek meenemen. Er is een regulering van private ziekteverzekeringen nodig waarin momenteel de zorg voor middelengerelateerde problematiek wordt uitgesloten.

Vlaanderen

7. We pleiten voor één Vlaamse partnerorganisatie met opdrachten op vlak van het continuüm van preventie, vroeginterventie, hulpverlening en harm reduction.
8. De Vlaamse overheid moet initiatieven nemen om, zoals opgenomen in het Vlaams Actieplan Tabak, Alcohol en Drugs, samenwerking-protocols af te sluiten met de provinciale en lokale overheden, en op die manier de samenwerking op het vlak van preventie en vroeginterventie op het terrein te faciliteren en te ondersteunen.

Er is een uitgesproken politiek engagement nodig om effectieve afstemming tussen de verschillende beleidsniveaus te concretiseren. Actieve betrokkenheid van het werkveld in adviserende werkgroepen is een must.

5. Investeren in onderzoek, registratie, kwaliteitsbevordering, vorming en ondersteuning

België doet te weinig op het vlak van wetenschappelijk onderzoek en evaluatie. Projecten op vlak van kwaliteitsbevordering zijn fragmentair en moeilijk structureel in te bouwen.

1. Het Belspo-budget voor beleidsvoorbereidend onderzoek moet gecontinueerd worden en daarnaast is een aanvullend budget nodig voor zowel fundamenteel als praktijkondersteunend onderzoek.
2. De bescheiden stappen op vlak van registratie (waaronder TDI) en epidemiologisch onderzoek (gezondheidsenquête, VAD-leerlingenbevraging, HBSC en ESPAD, studentenbevraging, uitgaansonderzoek) moeten minimaal worden gecontinueerd en worden geoptimaliseerd, zodat beter zicht kan verkregen worden op omvang en spreiding van problematiek. Deze registratie moet meehelpen om richting te geven aan het formuleren van doelstellingen en het programmeren van een basisaanbod voor preventie en hulpverlening.
3. Er zijn bijkomende initiatieven nodig om te komen tot een systematische monitoring van uitkomsten en evaluatie, er is nood aan effectonderzoek en kosten-baten analyses.
4. We moeten verder inzetten op kwaliteitsbevordering, vorming en ondersteuning om de inzet van deskundige medewerkers in de sector te kunnen realiseren.

Er zijn recurrente middelen nodig voor onderzoek, registratie, vorming en deskundigheidsbevordering.

Colofon

VAD overkoepelt een tachtigtal organisaties die gespecialiseerd zijn in de alcohol- en andere drugproblematiek: informatie- en preventieorganisaties, centra voor geestelijke gezondheidszorg, therapeutische gemeenschappen en dagcentra, medisch sociale opvangcentra, verslavingsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, Epsi's en Paaz-diensten, laagdrempelige zorgcentra, individuele experts. Een overzicht van de VAD-leden vindt u op <http://www.vad.be/media/1356227/ledenalfabetisch2013.pdf>

© 2014

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

