

DIENSTEN VAN DE EERSTE MINISTER

FEDERALE DIENSTEN VOOR WETENSCHAPPELIJKE, TECHNISCHE
EN CULTURELE AANGELEGENHEDEN (D.W.T.C.)

EVALUATIE VAN DE MEDISCH-SOCIALE OPVANGCENTRA VOOR DRUGGEBRUIKERS

Algemeen Rapport

Coördinator : Prof. I. Pelc (ULB)

Promotoren : Prof. B. De Ruyver (UG) - Prof. J. Casselman (KUL) - Prof. A. Noïrfalise (ULg) -
Prof. C. Macquet (ULg)

Onderzoekers : G. Bosman (KVMW Gent) - F. Bullens (UG) - L. From (ULB) - K. Meuwissen (KUL)
Nicaise (ULB) - F. Vander Laenen (UG) - O. Warland (ULg)

Université Libre de Bruxelles
Faculté de Médecine
Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie
et de Toxicomanie
CHU Brugmann - Institut de Psychiatrie

Katholieke Universiteit Leuven
Faculteit Rechtsgeleerdheid, Afdeling Criminologie
Onderzoekscentrum Gerechtelijke Geestelijke
Gezondheidszorg

Universiteit Gent
Vakgroep Strafrecht en Criminologie
Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk beleid
en Internationale Criminaliteit

Université de Liège
Cellule Drogues
(Service de Sociologie du Contrôle Social -
Laboratoire de Toxicologie et de Bromatologie)

Juli 2001

INHOUDSTABEL

<u>INLEIDING</u>	5
<u>I. ALGEMEEN OPZET VAN HET ONDERZOEK</u>	7
1. DE ONDERZOEKSOPDRACHTEN.....	7
2. ENKELE VOORAFGAANDE OPMERKINGEN	8
2.1. Definiëring van de begrippen 'proces- en effectevaluatie'	8
2.2. Tweeledige onderzoeksopdracht.....	9
2.3. Doel van het onderzoek: de werksoort optimaliseren.....	9
2.4. Algemene methodiek: participatief actiegericht onderzoek.....	9
2.5. Knelpunt betreffende persoonsgebonden gegevens van cliënten : convenanten met de MSOC's.....	10
2.6. Gebrek aan een evaluatiecultuur	10
3. AANBEVELINGEN	10
<u>II. LUIK A: PILOOT- EN HAALBAARHEIDSSTUDIE</u>	11
1. INVENTARIS VAN DE BESCHIKBARE EN DE ONTBREKENDE GEGEVENS.....	11
1.1. Beschikbare gegevens.....	11
1.2. Ontbrekende gegevens	12
2. METHODOLOGIE	14
2.1. Algemeen: participatief actiegericht onderzoek.....	14
2.1.1. <i>Inleiding</i>	14
2.1.2. <i>Problematisch statuut van de evaluatie</i>	14
2.1.3. <i>Algemene principes van het actiegericht onderzoek</i>	15
2.2. Specifiek: onderzoeksvragen en methodes.....	18
3. COMBINATIE VAN KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE METHODES	21
4. VERSCHILLENDE ONDERZOEKSGROEPEN, VERSCHILLENDE ACCENTEN	21
5. AANBEVELINGEN	21

<u>III.</u>	<u>LUIK B : EPIDEMIOLOGIE VAN HET DRUGGEBRUIK EN BESCHRIJVING VAN HET HULPVERLENINGSAAVBOD</u>	22
1.	INVENTARIS VAN BESTAANDE CIJFERGEGEVENS EN ONDERZOEKEN	22
1.1.	Aard en omvang van het problematisch druggebruik	22
1.2.	Omvang en spreiding van het hulpverleningsaanbod	24
2.	(PROBLEMATISCH) DRUGGEBRUIK : GEBREK AAN BRUIKBARE EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS	25
3.	HET HULPVERLENINGSAAVBOD	26
3.1.	Gebrek aan een volledige inventaris	26
3.2.	Onduidelijkheid over de aangeboden zorgfuncties	26
4.	MEERWAARDE VAN HUIDIG EVALUATIEONDERZOEK	27
5.	AANBEVELINGEN	28
<u>IV.</u>	<u>LUIK C : PROCES- EN EFFECTEVALUATIE VAN HET PROJECT MSOC</u>	29
1.	ALGEMENE OMSCHRIJVING VAN DE MSOC's	29
1.1.	Inleiding	29
1.2.	Cijfergegevens MSOC's	30
	<i>Facturatiecapaciteit</i>	31
	<i>Vergoedbare weekprestaties</i>	31
	<i>Aantal cliënten</i>	31
	<i>Profiel van de MSOC-clienten</i>	32
2.	KRITISCHE ANALYSE VAN DE ONDERZOEKSOPDRACHT	35
3.	FINANCIERING	36
4.	PROCESEVALUATIE	38
4.1.	De laagdrempelige werking van de MSOC's	38
4.1.1.	<i>De laagdrempeligheid in de ruimte</i>	38
4.1.2.	<i>De laagdrempeligheid in de contactname</i>	38
4.1.3.	<i>De laagdrempeligheid in de tijd</i>	39
4.1.4.	<i>De laagdrempeligheid in de begeleiding</i>	39
4.2.	Het regionale netwerk	41
4.2.1.	<i>Het bestaande aanbod van de drughulpverlening</i>	41
4.2.2.	<i>Overlegorganen en initiatieven tot coördinatie</i>	42
4.2.3.	<i>De participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk</i>	42

5. EFFECTEVALUATIE	43
5.1. Ten aanzien van de cliënten	43
<i>5.1.1. De cliënten hebben een nieuw referentiepunt op het vlak van de hulpverlening</i>	<i>43</i>
<i>5.1.2. Tijd als bepalende factor voor de begeleiding in de MSOC's</i>	<i>43</i>
5.2. Ten aanzien van het netwerk	44
<i>5.2.1. De oprichting van antennes</i>	<i>44</i>
<i>5.2.2. Sommige doelgroepen worden onvoldoende bereikt</i>	<i>45</i>
<i>5.2.3. Er is een stroom van cliënten ontstaan</i>	<i>45</i>
<i>5.2.4. Er is een dynamiek ontstaan in de regio's</i>	<i>45</i>
6. DE OMGEVINGSFACTOREN DIE DE WERKING VAN EEN MSOC BEÏNVLOEDEN	47
6.1. Verschillende werkingen : het belang van de omgevingsfactoren	47
6.2. De factoren die het verschil in werking tussen de MSOC's bepalen	48
<u>V. OVERZICHT VAN DE AANBEVELINGEN</u>	51
• Aanbeveling 1 : Installatie van een evaluatiecultuur	51
• Aanbeveling 2 : Ontwikkeling van evaluatiecriteria	51
• Aanbeveling 3 : Combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methodes	51
• Aanbeveling 4 : Standaardisering van de registratie	51
• Aanbeveling 5 : Volwaardig behoefteonderzoek is noodzakelijk	52
• Aanbeveling 6 : Herziening van financiële en administratieve voorwaarden	52
• Aanbeveling 7 : Uitklaren van doelstellingen en verwachtingen	53
• Aanbeveling 8 : Uitklaren van het drughulpverleningsaanbod	54
• Aanbeveling 9 : Een duidelijke coördinatiestructuur	54
• Aanbeveling 10 : Evaluatie-instrumenten en -criteria voor MSOC-clïenteel	54
• Aanbeveling 11 : Uitbreiding via de oprichting van antennes	55
• Aanbeveling 12 : Onderzoek naar niet-bereikte doelgroepen	55
• Aanbeveling 13 : Gestructureerde flexibiliteit	55
<u>BIBLIOGRAFIE</u>	57

INLEIDING

Het is één van de eerste keren, in België, en in het domein van de drugs en de drugproblematiek, dat vier universitaire centra met complementaire domeinen van expertise (juridisch, organisatie van zorg, klinisch, medico-sociaal en de praktijk,...) de gelegenheid hebben gehad deze expertises te confronteren met het werkveld, in dit geval de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers (MSOC). Deze voorzieningen van een nieuw type, ingeplant in specifieke lokale contexten, hebben moeten rekening houden met zeer diverse situaties, waaraan ze zich dienden aan te passen en ze moesten zich integreren in een reeds bestaand netwerk van opvang en zorg. Dit onderzoek maakt gewag van deze moeilijk te beheersen complexiteit en mondt uit in essentiële bevindingen en aanbevelingen.

Onderhavig verslag betreft het eindverslag in het kader van het project "Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers (MSOC)". Het onderzoek werd gevoerd in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden (DWTC) door een consortium van vier universiteiten. De Université Libre de Bruxelles¹ evalueerde de MSOC's van Charleroi en Mons; de Universiteit van Gent² evalueerde de MSOC's van Gent en Oostende; de Université de Liège³ evalueerde het MSOC van Liège en de Katholieke Universiteit van Leuven⁴ evalueerde de MSOC's van Antwerpen en Genk/Limburg. Professor Pelc (ULB) coördineerde het geheel van de onderzoekswerkzaamheden. De onderzoekstermijn liep van 1 april 1999 tot 31 maart 2001.

Naast een inleidend hoofdstuk betreffende het algemeen opzet van het onderzoek, is dit verslag opgedeeld in drie luiken, overeenkomstig de onderzoekopdrachten zoals ze in de onderzoeksovereenkomst werden geformuleerd, namelijk: een eerste luik Pilot- en haalbaarheidsstudie; een tweede luik Epidemiologie en een derde luik Proces- en effectevaluatie.

Dit rapport bevat bevindingen, conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. Aanbevelingen worden expliciet in de tekst aangegeven en genummerd. Achteraan in dit verslag worden deze aanbevelingen hernomen, volgens dezelfde nummering.

De onderzoekers willen de lezer wijzen op het feit dat dit verslag een algemeen verslag is, dat enkel bevindingen bevat betreffende het globale project "MSOC", zonder in te gaan op specifieke regio's en/of bepaalde MSOC's. Voor meer gedetailleerde informatie over de afzonderlijke regio's en MSOC's verwijzen we naar de deelrapporten die door de onderzoeksequipes werden opgesteld in overeenkomst met hun respectieve MSOC's.

Tegelijkertijd willen de onderzoekers waarschuwen voor het feit dat het formuleren van algemeenheden het vaak moeilijk maakt voldoende te nuanceren. Een aantal bevindingen zijn meer op bepaalde MSOC's van toepassing dan op andere. De lezer moet zich tijdens het lezen steeds bewust zijn van het feit dat er belangrijke regionale verschillen bestaan die in een algemeen verslag als dit niet steeds tot uiting komen.^{5,6}

¹ Promotor : prof. dr. I. Pelc. Onderzoekers : L. From en P. Nicaise.

² Promotor : prof. dr. B. De Ruyver. Onderzoekers : G. Bosmans en F. Bullens. Assistentente : F. Vander Laenen.

³ Promotoren : prof. dr. C. Macquet en prof. dr. A. Noirfalise. Onderzoeker : O. Warland.

⁴ Promotor : prof. dr. J. Casselman. Onderzoekster : K. Meuwissen.

⁵ I. PELC, Les assuétudes : définitions – concepts, in Pelc I. (Ed.), *Les assuétudes, Abus et états de dépendance, alcool, tabac, médicaments, drogues*, Ed. de l'ULB, Bruxelles, 1983;

⁶ I. PELC, Les drogues en Belgique – Situation actuelle et perspectives, Lecture à l'Académie Royale de Médecine, in *Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Bruxelles*, 144, Bruxelles, 1989, pp.580-588.

I. ALGEMEEN OPZET VAN HET ONDERZOEK

In dit eerste deel worden eerst de **onderzoeksopdrachten** vermeld, zoals deze in het contract geformuleerd zijn. Daarna volgen enkele **voorafgaande opmerkingen** betreffende het algemene opzet van de evaluatiestudie. Tenslotte worden er **aanbevelingen** omtrent onderhavig onderzoek geformuleerd.

1. DE ONDERZOEKSOPDRACHTEN

De specifieke taken van het project worden in de onderzoeksovereenkomst in drie luiken onderverdeeld, met name⁷:

- Luik van de piloot- en haalbaarheidsstudie (A.)
- Epidemiologisch luik (B.)
- Luik van de proces- en effectevaluatie van de MSOC's (C.)

De onderzoeksovereenkomst specificeert de luiken als volgt:

A. Luik piloot- en haalbaarheidsstudie

A.1. - *Inventarisatie van de beschikbare en toegankelijke gegevens omtrent de werking van de MSOC's ten aanzien van de gebruikers van hun diensten*

- *Inventarisatie van de ontbrekende gegevens die door het onderzoek zelf dienen voortgebracht te worden.*

A.2. *Vervolgens, en rekening houdend met de resultaten van de eerste stap (A.1.), dienen beslissingen genomen inzake de keuze van de te gebruiken methodologische instrumenten.*

B. Epidemiologie van het problematisch drugsgebruik en van het hulpverleningsaanbod.

B.1. *Evaluatie van de geografische zone van beïnvloeding van de MSOC's en de territoriale afbakening van de epidemiologische onderzoeken.*

B.2. *Inschatting van de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van het drugsfenomeen in de onderzoeksregio en in het bijzonder van de problematische en gemarginaliseerde drugsgebruikers.*

B.3. *Analyse van het hulpverleningsaanbod in de regio en studie van de functionele samenwerkingsmogelijkheden tussen de betrokken diensten.*

B.4. *Evaluatie van het intern functioneren van de MSOC's en van hun capaciteiten om tussen te komen in de respectieve hulpverleningsnetwerken.*

C. Proces- en effectevaluatie van de MSOC's, zowel ten aanzien van de cliënten van de diensten, als ten aanzien van het regionale netwerk.

C.1. *Procesevaluatie: gedetailleerde en strategische analyse van de participatie van de MSOC's aan het regionaal netwerk*

C.2. *Effectevaluatie: gedetailleerde analyse van de effecten van de behandeling verstrekt door de MSOC's aan de gebruikers van hun diensten*

C.3. *Effectevaluatie: analyse van de effecten van de activiteiten van de MSOC's op het hulpverleningsnetwerk.*

⁷Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1-3.

2. ENKELE VOORAFGAANDE OPMERKINGEN

2.1. Definiëring van de begrippen 'proces- en effectevaluatie'

Bij de aanvang van dit onderzoek werden de begrippen proces- en effectevaluatie theoretisch omschreven als volgt:

Onder **procesevaluatie** wordt verstaan: de evaluatie van het intern functioneren van de MSOC's en de evaluatie van de participatie van de MSOC's aan het regionaal netwerk, waarbij een antwoord gezocht wordt op de vraag of het programma geïmplementeerd is zoals gepland en op een geïntegreerde manier.

De **effectevaluatie** heeft betrekking op de effecten ten aanzien van de cliënten enerzijds en op de effecten ten aanzien van het hulpverleningsnetwerk anderzijds.

Onder effectevaluatie ten aanzien van de **cliënten** wordt verstaan: de analyse van de effecten van de behandeling verstrekt door de MSOC's ten aanzien van de cliënten, waarbij eerst gemeten wordt hoe de cliënten veranderd zijn en daarna aangetoond wordt dat de behandeling de oorzaak is van die verandering.

Onder effectevaluatie ten aanzien van het **netwerk** wordt verstaan: de analyse van de effecten van de activiteiten van de MSOC's op het hulpverleningsnetwerk.

Deze omschrijvingen zijn theoretisch, in die zin dat er pas tijdens het onderzoek gebleken is in welke mate zulke proces- en effectevaluatie ook praktisch haalbaar was. Zo bleek de objectieve effectevaluatie⁸ ten aanzien van de cliënten zoals hierboven omschreven niet uitvoerbaar, hoewel een beperkt instrument bestaat dat veranderingen bij cliënten kan meten, zoals de ASI-vragenlijst. De onderzoekers waren echter niet in de mogelijkheid om dit meetinstrument te gebruiken, aangezien een minderheid van de MSOC's dit instrument aanwendt en het zelfs dan niet eenvormig toepast⁹. Bovendien is het meten van effecten een complex fenomeen waarbij men controle moet kunnen hebben over alle factoren, zowel op vlak van hun validiteit als op het vlak van hun wederzijdse interacties. In de geestelijke gezondheidszorg en zeker in de drugsector duurt het een tijdje vooraleer verbeteringen zich manifesteren. Het domein van de maatschappelijke beeldvorming omtrent de drugproblematiek is trouwens in constante evolutie (bijvoorbeeld de aanloop naar de depenalisatie van cannabis) en daarom worden verwachtingen ten aanzien van “een positieve evolutie” ook anders geïnterpreteerd doorheen de tijd, uit hoofde van therapeuten en druggebruikers.

Nochtans hebben we in dit onderzoek veranderingen kunnen evalueren aan de hand van diverse andere methodologieën (Focus Groups, tevredenheidsenquêtes bij cliënten, veranderingen in gebruikspatronen, ...).

⁸ Een "subjectieve effectevaluatie" was wel mogelijk via een cliëntenenquête en via Focus Groups. Wanneer de cliënten bevestigd worden over de mate waarin zij het programma een hulp vinden bij het oplossen van hun problemen, dan is dit een "proxy outcome measure". Een positieve evaluatie door cliënten, is op zich echter niet voldoende om de effectiviteit van een begeleiding / behandeling te meten. Zie: WHO, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Client Satisfaction Evaluations*, Workbook 6, draft version, s.l., 1998, 3.

⁹ Zie ook verderop in dit verslag (LUIK A: Piloot- en haalbaarheidsstudie, 10).

2.2. Tweeledige onderzoeksopdracht

Refererend aan de taken zoals ze hierboven beschreven zijn, heeft het evaluatieonderzoek een tweeledige opdracht: de evaluatie van de **interne werking** van de MSOC's enerzijds en de evaluatie van het functioneren van de MSOC's in het **netwerk** anderzijds.

2.3. Doel van het onderzoek: de werksoort optimaliseren

Het tienpuntenactieplan van de federale regering¹⁰ en de parlementaire werkgroep¹¹ hebben de nood aan een laagdrempelige drughulpverlening zoals die momenteel door de MSOC's wordt geleverd, duidelijk aangeduid. Het is dan ook de bedoeling van het onderhavig onderzoek de functie van de MSOC's in het kader van een algemene beleidsstrategie van hulpverlening ten aanzien van druggebruikers te **optimaliseren**.¹² In de mate waarin de MSOC's kunnen participeren aan de bestaande netwerken van hulpverlening aan druggebruikers, is de optimalisering van de werking van de MSOC's als onderdeel van het regionaal netwerk van de hulpverlening een bijkomende doelstelling.¹³ Het is in het licht hiervan dat de evaluatie verricht werd en de conclusies werden geformuleerd.

2.4. Algemene methodiek : participatief actiegericht onderzoek

Het evaluatieonderzoek startte op het ogenblik dat de meeste MSOC's 1 à 2 jaren aan het werk waren en de MSOC's hun werking zelf georganiseerd hadden naar het model van de RIZIV-conventie. Dit is een relatief korte periode voor een evaluatie. Het evaluatieonderzoek is daarom opgevat als een **participatief onderzoek**: in nauwe samenwerking tussen de MSOC's en de universiteiten werden de succesfactoren en de knelpunten in de huidige structuur en werking van de MSOC's blootgelegd. Ook de andere actoren (waaronder de druggebruikers zelf) die met het drugprobleem geconfronteerd worden, werden in het onderzoek betrokken. Het evaluatieonderzoek heeft hierdoor de zelfreflectie bij de MSOC's, de discussie tussen voorzieningen, maar ook de discussie tussen de sector en de problematische druggebruikers gestimuleerd. In de zin dat de communicatie tussen onderzoekers en MSOC's aanleiding gaf tot acties, ondernomen door de MSOC's en/of door andere actoren in het netwerk t.a.v. de doelgroep, kan er gesproken worden van een **actiegericht onderzoek**.¹⁴

¹⁰ Actieplan Toxicomanie-Drugs, Kabinet van de Eerste Minister, Brussel, 1995.

¹¹ Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, *Parl. St. Kamer*, 1996-97, nr. 1062/3.

¹² Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

¹³ Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

¹⁴ Zie ook verderop in dit verslag betreffende de methodologie (LUIK A: Pilot- en haalbaarheidsstudie, 10).

2.5. Knelpunt betreffende de persoonsgebonden gegevens van cliënten : convenanten met de MSOC's

Reeds vanaf de piloot- en haalbaarheidsstudie werd er nauw overleg gepleegd met de respectieve MSOC's. Ten gevolge hiervan doken er knelpunten op die een oplossing behoeften. Zo was vooral de aandacht omtrent het beroepsgeheim en de bescherming van persoonsgebonden gegevens van cliënten cruciaal. Teneinde noodzakelijke gegevens te bekomen of te kunnen creëren diende dit heikel thema geregeld te worden. Dit geschiedde aan de hand van een **convenant** die gesloten werd tussen de onderzoeksequipes en de respectieve MSOC's en die het beroepsgeheim en de bescherming van persoonsgebonden gegevens als voorwerp had.

2.6. Gebrek aan een evaluatiecultuur

In het licht van het Actieplan Drugs van de Europese Unie (2000 - 2004) dat het belang van evaluaties benadrukt om een betere aanpak van het drugprobleem te verwezenlijken, is de vaststelling dat er in België **geen evaluatiecultuur aanwezig** is van groot belang.

Een conclusie van het MSOC-evaluatieonderzoek betreft dan ook het statuut van de evaluatie zelf: daar waar een evaluatie vaak een administratieve betekenis heeft en zich buigt over het beheer van de toegewezen middelen, heeft dit evaluatieonderzoek willen gebruik maken van het experimentele karakter van het opzet om de **wetenschappelijke evaluatiecultuur** te introduceren in de zorgstructuren en hulpverleningsprocessen ten aanzien van druggebruikers.

3. AANBEVELINGEN

• Aanbeveling 1 : Installatie van een evaluatiecultuur

Het is wenselijk dat deze eerste stap in de richting van evaluatieonderzoek zou uitgebreid worden naar andere protocollen betreffende wetenschappelijke evaluatie in het domein van de drugs en de drugafhankelijkheid. Meer algemeen zou een **evaluatiecultuur op een systematische en permanente basis** in dit domein moeten geïnstalleerd worden teneinde beter evoluties te beheersen op langere termijn, zoals hierboven aangehaald.

• Aanbeveling 2 : Ontwikkeling van evaluatiecriteria

Er dient in de toekomst eveneens aandacht besteed te worden aan het formuleren van **duidelijke en eenvormige evaluatiecriteria** aan de hand waarvan evaluaties van de drughulpverlening kunnen uitgevoerd worden.

II. LUIK A : PILOOT- EN HAALBAARHEIDSTUDIE

In het tweede deel van dit rapport wordt de fase van de piloot- en haalbaarheidsstudie behandeld, wat de eerste fase van het onderzoek was. Na een inventaris van beschikbare en ontbrekende **gegevens**, worden de verschillende **onderzoeksmethodes** op een rijtje gezet. Tenslotte worden **aanbevelingen** betreffende de methodologie geformuleerd.

1. INVENTARIS VAN DE BESCHIKBARE EN DE ONTBREKENDE GEGEVENS

De eerste drie maanden van het onderzoek werd door de onderzoekers het terrein verkend op het vlak van de bestaande gegevens betreffende de MSOC's en betreffende de epidemiologie van het problematisch druggebruik. We geven hier een overzicht van de beschikbare en ontbrekende gegevens, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen ontbrekende gegevens die door het onderzoek konden gecreëerd worden enerzijds en ontbrekende gegevens die niet door het onderzoek konden voortgebracht worden anderzijds.

1.1. Beschikbare gegevens

- Voor de opdracht van de MSOC's: het Actieplan Toxicomanie-Drugs en de RIZIV-conventies
- Voor het profiel van de cliënten van de MSOC's: aantal cliënten, leeftijd, geslacht, nationaliteit, socio-demografische gegevens (zoals inkomstenbron en scholingsgraad), methadonregistratie, belangrijkste probleemproduct, ... (De geregistreerde gegevens betreffende cliënten verschillen van MSOC tot MSOC. Bepaalde MSOC's registreren bijkomende gegevens zoals intraveneus gebruik, gerechtelijk statuut, gezinssituatie incl. aantal kinderen, enz.)
- Interne procedures door de MSOC's uitgewerkt
- Onderzoeksresultaten van onderzoeken die door MSOC's werden uitgevoerd of waaraan de MSOC's meewerkten (indien van toepassing)
- Wetenschappelijke artikels door MSOC-personeel geschreven (indien van toepassing)
- Samenwerkingsovereenkomsten met andere diensten
- Voor de epidemiologie van het problematisch druggebruik: bestaande onderzoeken en cijfergegevens

Bemerking: Het feit dat bepaalde gegevens bij de aanvang van het onderzoek beschikbaar waren, betekent niet dat al deze gegevens ook bruikbaar zijn voor het onderzoek. De bruikbaarheid van gegevens hangt voornamelijk af van de bestemming ervan. Registratiegegevens kunnen bestemd zijn voor jaarverslagen en/of vooral bruikbaar zijn op lokaal niveau; andere zijn dan weer bestemd voor de federale regering en zijn ook enkel op dat niveau bruikbaar¹⁵.

¹⁵ De bruikbaarheid en vergelijkbaarheid van registratiegegevens van de MSOC's en van andere voorzieningen of instanties, zal verder becommentarieerd worden.

1.2. Ontbrekende gegevens

Wat de ontbrekende gegevens betreft, wordt er in onderstaand schema een onderscheid gemaakt tussen ontbrekende gegevens die door het onderzoek konden gecreëerd worden enerzijds en ontbrekende gegevens die niet door het onderzoek konden voortgebracht worden. Bij deze laatste wordt aangegeven waarom dit niet mogelijk was.

Schema 1 : Ontbrekende gegevens voor het evaluatieonderzoek

Ontbrekende gegevens die door het onderzoek werden voortgebracht	Ontbrekende gegevens die niet konden voortgebracht worden door het onderzoek (+ reden waarom dit niet mogelijk was)
<i>1. De geografische zone van beïnvloeding van de MSOC's</i>	
Kwantitatief via analyse MSOC-registratie Kwalitatief via interviews	
<i>2. Aard en omvang van het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio's</i>	
Kwalitatief via interviews Verzameling en beschrijving van bestaande fragmentarische cijfers en onderzoeken	Kwantitatief (aantal OD's ¹⁶ : geen cijfers beschikbaar / vertrouwelijke info) (aantal drugdoden: idem) (methadonregistratie via PGC's ¹⁷ : geen of geen accurate registratie) (aantal en profiel van cliënten van gezamenlijke (drug)hulpverlening in een regio: te arbeids- en tijdsintensief onderzoek om zelf uit te voeren, dubbeltellingen, verschillende registratiesystemen)
<i>3. Aard, omvang en spreiding van het regionale hulpverleningsaanbod</i>	
Omvang en spreiding: integratie van bestaande onderzoeken en overzichten	Aard: onduidelijkheid over de zorgfuncties
<i>4. Leemtes in het regionale hulpverleningsaanbod en onvoldoende bereikte doelgroepen</i>	
Kwalitatief via interviews, via integratie van bestaande onderzoeken	Kwantitatief: gebrek aan volwaardig behoefteonderzoek

¹⁶ "OD" staat voor "overdosissen".

¹⁷ "PGC" staat voor "Provinciale Geneeskundige Commissie".

<i>5. Retentie van MSOC-cliënten in het programma</i>	
	Geen verwerkte cijfergegevens beschikbaar, te tijds- en arbeidsintensief voor onderzoekers om de dossieranalyse zelf grondig uit te voeren, geen eenvormige registratie
<i>6. Institutionele trajecten van MSOC-cliënten</i>	
Kwalitatief via interviews, via Focus Groups	Kwantitatief: geen uniek cliëntnummer, geen eenvormige registratie tussen verschillende diensten, te tijds- en arbeidsintensief voor de onderzoekers om zelf de unieke cliënten te achterhalen
<i>7. Effectevaluatie van de behandeling door de MSOC's t.a.v. de cliënten</i>	
Subjectieve effectevaluatie via interviews, via Client Satisfaction Questionnaire, via Focus Groups	Objectieve effectevaluatie: geen objectieve parameters voorhanden, ASI wordt niet door alle MSOC's gebruikt, te tijds- en arbeidsintensief voor de onderzoekers om ASI zelf af te nemen van cliënten
<i>8. Studie van de functionele samenwerkingsmogelijkheden met andere diensten</i>	
Kwalitatief via studie van jaarverslagen, via interviews	
<i>9. Procesevaluatie van de participatie van de MSOC's aan het netwerk</i>	
Kwalitatief via interviews	
<i>10. Effectevaluatie van de activiteiten van de MSOC's t.a.v. het netwerk</i>	
Subjectieve effectevaluatie via interviews	Objectieve effectevaluatie: geen objectieve parameters voorhanden

2. METHODOLOGIE

2.1. Algemeen: Participatief actiegericht onderzoek

2.1.1. Inleiding

Onderhevig evaluatieonderzoek wordt omschreven als een **participatief actiegericht onderzoek**¹⁸. In participatief of coöperatief onderzoek is de onderzoeker betrokken bij en in interactie met de sociale realiteit die men wil bestuderen. De afstand tussen onderzoeker en subject wordt kleiner en alle deelnemers aan het onderzoek zijn 'co-researcher' of 'co-subject'. Voor onderzoek met betrekking tot organisaties impliceert dit dat men samenwerkt met de leden van die organisatie en hen beschouwd als 'co-learners'¹⁹. In casu hebben de personeelsleden van de MSOC's immers een rijke kennis over hun werkplaats en in hun particuliere organisatorische situatie zijn zij meer expert dan onderzoekers ooit kunnen zijn.²⁰ Er is van bij het begin van het onderzoek sprake geweest van een nauwe samenwerking en communicatie met de MSOC's. Beide partners hadden een unieke en waardevolle inbreng. De onderzoekers brachten hun wetenschappelijke expertise binnen het MSOC, de MSOC's toetsten deze in communicatie met de onderzoekers aan de praktijk. Een dergelijke samenwerking lijkt uiteindelijk de meeste waarborgen te bieden om een proces- en effectevaluatie op een kwalitatieve wijze te kunnen volbrengen.

2.1.2. Problematisch statuut van de evaluatie

Elk onderzoek in de sociale en menswetenschappen bepaalt haar onderzoeksobject in functie van het verloop ervan. Deze studies handelen over bewuste personen - niet over inerte objecten - die zich van bij aanvang positioneren tegenover deze studies. Deze situatie draagt een factor van *complexiteit* in zich. Wat hierna volgt, geldt dan ook voor het MSOC-evaluatieonderzoek, dat bovendien een aantal bijzonderheden inhoudt, aangezien het gaat over:

- zorgvoorzieningen : het gaat dus niet over het evalueren van bijvoorbeeld de productiviteit van een bedrijf waarvan de efficiëntie zich laat meten in verkoopscijfers. Integendeel betekent dit dat de evaluatie verricht wordt op elementen die zelf *complex* zijn, aangezien de doelstellingen resultaten zijn die tegelijkertijd moeten behaald worden op verschillende domeinen - medisch, psychologisch en sociaal - en in interactie met elkaar ("*snel en doeltreffend antwoord bieden op de vragen*", *de levenskwaliteit verbeteren*", enz.);
- voorzieningen die recent werden opgericht : de werkingsperiode die geëvalueerd moet worden, is bijgevolg vrij kort;

¹⁸ P. REASON and J. ROWAN, (ed.), *Human Inquiry : a sourcebook of new paradigm research*, New York, Wiley, 1981, 530 p.; D. SELENER, *Participatory Action Research and Social Change*, New York, Ithaca, 1997, 384 p.; W.F. WHYTE, (ed.), *Participatory Action Research*, Newbury Park, Sage Publications, 1991, 247 p.

¹⁹ M. ELDEN and M. LEVIN, 'Cognitive Learning : Bringing Participation into Action Research', in W.F. WHYTE, (ed.), *l.c.*, 127-142.

²⁰ K. SIPS, *Participative Action Research : the role of researcher, organisation and external consultant*, paper presented at the Conference on Learning and Research in Working Life, Lunden, Sweden, june 20-23, 1994, 3.

- voorzieningen die financieel afhangen van de federale staat : die eveneens de opdrachtgever is van de evaluatie;
- voorzieningen die werken binnen het domein van de drugafhankelijkheid : waar de onderzoeksvraag alleszins een delicate vraag is, gegeven de pluridisciplinariteit en de *complexiteit* eigen aan dat domein;
- voorzieningen waarvan het project een volkomen nieuw dispositief impliceert : er bestaat dus nauwelijks een referentiepunt voor de evaluatie, noch in de praktijk, noch in de wetenschappelijke literatuur (niet-klassieke doelgroep die niet-klassieke dispositieven impliceert);
- tenslotte, voorzieningen waarvan de oprichtingsteksten het ontbreekt aan interne coherentie : er zijn dus ook niet voldoende operationele referentiepunten voor de evaluatie in het project "MSOC".

Het wetenschappelijke statuut van de evaluatie van de MSOC's is bijgevolg problematisch. Overigens werpen de organisationele en klinische statuten van deze evaluatie eveneens vragen op. De praktijkmensen veronderstellen vaak dat er een kloof bestaat tussen de verwachtingen van de subsidiërende instanties (meestal opdrachtgevers van een evaluatie) en de dagelijkse situaties die ze het hoofd moeten bieden. Zo ook kunnen de hulpverleners veronderstellen dat er een kloof bestaat tussen de praktijk en het theoretische standpunt van de universitaire onderzoekers. In dat geval kunnen hulpverleners het zo aanvoelen dat hun legitimiteit in vraag wordt gesteld en kunnen zij tezelfdertijd de legitimiteit van de onderzoekers en van de evaluatie ontkennen. Wanneer deze legitimiteit ontbreekt, is het evaluatieonderzoek veroordeeld tot het hebben van geen enkele draagwijdte en dus geen enkel nut. De methodologie van het actiegericht onderzoek biedt een antwoord op dit geheel van moeilijkheden. Nochtans dient de preciese inhoud van die methodologie nader toegelicht te worden.

2.1.3. Algemene principes van het actiegericht onderzoek

De notie van het "actie-onderzoek" vindt zijn origine bij K. Lewin. Verboden om les te geven door het nazi-regime in het Duitsland van de jaren '30, wordt deze psycholoog gedwongen om nieuwe onderzoeksmethodes uit te vinden, buiten de muren van de universiteit. Het "actie-onderzoek" ontstaat dus in een crisissituatie waarin de klassieke methodes niet kunnen worden toegepast wegens niet-beschikbaar. Het is een fundamenteel kenmerk van deze methodologie²¹.

Verschillende auteurs hebben getracht het geheel te structureren. Zo onderscheidt M. Liu drie categorieën naargelang het type van partnership tussen onderzoekers en praktijkmensen betrokken bij het onderzoek. Hij somt op:

- Het geassocieerde actie-onderzoek : "*où la volonté de changement est portée par des membres d'une institution et l'intention de recherche par les membres d'une équipe appartenant à un laboratoire extérieur*";
- Het interne actie-onderzoek : "*où la volonté de changement et l'intention de recherche appartiennent à une même équipe au sein d'une institution unique*" ;

²¹ M. LIU, 'Fondements pratiques de la recherche-action', Parijs, L'Harmattan, *Logiques sociales*, 1997, 13-15.

- Het actiegericht onderzoek : "*où la finalité poursuivie consiste à apprendre à des acteurs ayant réalisé des innovations sociales importantes, à expliciter les savoirs implicites qu'ils ont utilisés, afin de pouvoir les transmettre à d'autres et les recueillir dans le corpus des connaissances scientifiques*"²².

Het actiegericht onderzoek betreffende de MSOC's valt onder deze derde categorie.

Op zijn beurt onderscheidt O. Zuber-Skerritt drie types van actie-onderzoek volgens haar finaliteit : het technische "actie-onderzoek", het praktische "actie-onderzoek" en het emancipatorische "actie-onderzoek". Volgens deze definities zou huidig actie-onderzoek een *praktisch actie-onderzoek* zijn, waarvan het doel bestaat uit een stijging van de efficiëntie van de te voeren praktijk enerzijds, en het begrijpen door de praktici van de verschillende aspecten van hun praktijk anderzijds en een aanpassing van hun kennis hierover. De onderzoeker is in deze categorie een extern expert die een "socratische" rol toebedeeld krijgt, namelijk iemand die "zelf-reflectie" aanmoedigt²³. In die context heeft het "actie-onderzoek" niet alleen als doel om resultaten te behalen, maar ook om aan de praktijkmensen toe te laten zich te situeren en zich te heroriënteren tijdens het onderzoek²⁴.

Concreet betekent dit dat ons opzet erin bestond rekening te houden met het feit dat onderzoekers en praktijkmensen op een gelijkwaardige manier evolueren, zowel wat betreft het voortbrengen van kennis als wat betreft het aanpassen van praktijken. We merken echter op dat, indien deze gelijkwaardigheid de afwezigheid impliceert van dominantie van de ene partij tegenover de andere, het geen rolverwarring inhoudt. Het gaat erom de praktici te laten praten over hun praktijken, hun vragen, hun ideeën, aangezien zij die expertise bezitten. De onderzoekers hebben dan als taak de verschillende standpunten te confronteren met elkaar. Deze standpunten kunnen verschillen tussen de leden van eenzelfde equipe; of de verschillen situeren zich tussen de uitgesproken standpunten en de veronderstellingen die courant zijn in andere hulpverleningsmilieus, wetenschappelijke milieus en/of in de literatuur; of de verschillen situeren zich tussen deze standpunten en de onderzoeksresultaten die als *feedback* voorgelegd worden. Hierbij bestaat de rol van de onderzoeker niet in het antwoorden op de vragen, maar wel in het inbrengen van zijn competentie om de discussie te verrijken. Met andere woorden, "[...] *le chercheur découvre que, si abstraite que soit sa recherche, elle constitue une pratique sociale, tandis que le professionnel aperçoit que son action quotidienne est grosse d'une théorie* [...]"²⁵.

De confrontatie van verschillende standpunten dwingt zowel praktijkmensen als onderzoekers tot reflectie, wat het debat verrijkt. Deze manier van werken, gekaderd in synthetische en regelmatige *feedback* van de onderzoekers, verhoogt de cohesie van de bediscussieerde voorstellen en laat zo toe om een geheel van coherente voorstellen samen te brengen als *beredeneerd corpus* met een consensuele waarde - of anders gezegd, een

²² M. LIU, *o.c.*, 20.

²³ O. ZUBER-SKERRITT e.a., *New Directions in Action Research*, London, Falmer Press, 1996, 4.

²⁴ Een evaluatie van zulk onderzoek bestaat erin de capaciteiten van de equipes te meten om conclusies te trekken uit het onderzoek waaraan ze participeren als object en als subject tegelijkertijd.

²⁵ C. MARTIN, *Les recherches actions sociales, miroirs aux alouettes ou stratégie de qualification*, Parijs, La Documentation Française - Documents Affaires sociales - MIRE, 1986, 14.

gemeenschappelijke terminologie, zelfs indien op dat moment de inhoud van die terminologie niet echt het onderwerp is van een expliciet akkoord. Dit beredeneerd corpus kan dan geconfronteerd worden met de bepalingen van het Project (teksten van het *project "MSOC"* en beschikkingen van de inrichtende machten, geografische en socio-economische realiteiten, standpunten van andere hulpverleners in het netwerk, vertegenwoordigingen,...), zodat voorstellen, ideeën en modellen eruit kunnen voortkomen als een coherent geheel en zo een richting geven aan bepaalde *keuzes*, die vanaf dan zeer bewust geponeerd en gedeeld worden door de hele equipe. Het *beredeneerd corpus* wordt een *begripscorpus*. Indien dit werk van cohesie scheppen voor langere tijd kan voortgezet worden, kan het begripscorpus uiteindelijk een *conceptueel corpus* worden, met andere woorden een *theorie* - voor wat betreft het onderzoek - of een actieprogramma, bijvoorbeeld een therapeutisch programma - voor wat betreft de praktijk.

Een voorbeeld: We stellen de volgende vraag aan de personeelsleden van een MSOC: "Wat betekent voor u het begrip 'laagdrempeligheid'?". Een hulpverlener antwoordt: "Een lage drempel, dat is eender welke cliënt aanvaarden, wat zijn vraag ook moge zijn." Een andere hulpverlener antwoordt: "Een lage drempel, dat is ervoor zorgen dat de voorziening toegankelijk is voor iedereen."

Hier gebruiken de hulpverleners een gemeenschappelijke woordenschat die het *beredeneerd corpus* uitmaakt. Nochtans zien we dat eenzelfde term - in dit geval 'laagdrempeligheid' - verschillende betekenissen kan toegeschreven worden.

Na discussie kwamen de hulpverleners samen tot het volgende: "Een lage drempel, dat is geen eisen stellen aan de komst van een nieuwe cliënt, indien de cliënt geen hulpvraag stelt." We zien dat dit voorstel de twee vorige antwoorden probeert te verzoenen. Na het aanbrengen van coherentie, wordt het beredeneerd corpus dus een *begripscorpus*, wat betekent dat eenzelfde term gemeenschappelijke elementen inhoudt, zelfs als deze nog niet eensluitend is.

Ook andere elementen kunnen in rekening genomen worden om het begrip 'laagdrempeligheid' te definiëren (teksten van het project "MSOC" en beschikkingen van de inrichtende machten, geografische en socio-economische realiteiten, standpunten van andere hulpverleners in het netwerk, vertegenwoordigingen,...). Als deze synthese verder doorgevoerd wordt, kan men komen tot het ontwikkelen van een *conceptueel corpus*, i.e. eensluitend. Het gevormde *conceptuele corpus* kan deel uitmaken van een *theorie*. In de praktijk gebracht kan het conceptuele corpus een *therapeutisch programma* definiëren.

2.2. Specifiek: onderzoeksvragen en methodes

Voor de veelheid aan onderzoeksvragen werden er door de onderzoeksequipes verschillende methodes aangewend. In onderstaand schema worden enerzijds de onderzoeksvragen op een rijtje gezet en wordt anderzijds aangegeven welke methodes gebruikt werden om de informatie te vergaren die noodzakelijk was om op deze vragen een antwoord te kunnen formuleren.

Schema 2 : Onderzoeksvragen en methodes

Methodes	Analyse bestaande cijfers en onderzoeken (1)	Analyse bestaande MSOC-documenten en registratiegegevens (2)	Analyse bestaande documenten andere diensten (3)	Cartografie (4)	Interviews met MSOC-personeel (5)	Interviews met personeel andere diensten en sleutelfiguren (6)	(participerende) observatie in MSOC's (7)	Intervisie tussen instellingen (8)	Dossieranalyse van steekproef van MSOC-cliënten (9)	Focus groups druggebruikers (10)	Client Satisfaction Questionnaire (11)
ALGEMEEN											
Theoretische referenten en paradigma's		X	X		X	X		X			
Definiëring van begrippen	X				X	X		X			
Geografische zone van beïnvloeding en afbakening van de onderzoeksregio		X		X	X			X			
BESCHRIJVING REGIO											
Aard en omvang van druggebruik in de regio	X	X	X	X	X	X		X		X	
Omvang en spreiding van het hulpverleningsaanbod in de regio	X		X	X	X	X		X		X	
Leemtes in het regionale hulpverleningsaanbod en onvoldoende bereikte doelgroepen in de regio	X				X	X		X		X	
PROCESEVALUATIE											
Historiek		X			X			X			
Werkingsmodaliteiten en -middelen		X			X		X	X	X	X	
Profiel van de MSOC-cliënten		X						X	X	X	
Interne procedures		X			X		X	X		X	
Samenwerking met andere		X	X		X	X	X	X		X	

diensten											
EFFECTEVALUATIE											
Effectevaluatie t.a.v. cliënten					X			X	X	X	X
Mening van druggebruikers over MSOC										X	X
Effectevaluatie t.a.v. andere diensten					X	X		X			

(1) Analyse van bestaande cijfers en onderzoeken

(2) Analyse van bestaande MSOC-documenten en MSOC-registratiegegevens

(3) Analyse van bestaande documenten van andere diensten en voorzieningen (voornamelijk jaarverslagen)

(4) Cartografie: Methode die erin bestaat op een geografische kaart de verblijfplaatsen van MSOC-cliënten aan te duiden, de Attractiegebieden van steden en enkele andere socio-demografische en socio-economische gegevens, om de onderzoeksregio's en de Geografische Attractiegebieden van de MSOC's (GAG) te bepalen.

(5) Interviews met MSOC-personeel: Er werden semi-gestructureerde interviews afgenomen van de personeelsleden van de MSOC's. Onder andere werd er gepeild naar de manier waarop de MSOC's hun werking hebben uitgebouwd, hoe er gewerkt wordt met cliënten en hoe de samenwerking verloopt met andere diensten²⁶.

(6) Interviews met personeel van andere diensten en met sleutelfiguren: Semi-gestructureerde interviews werden ook afgenomen van gespecialiseerde drughulpverlening en van de (hulpverlenings)voorzieningen die in contact komen met de doelgroep van het MSOC. Er werd onder andere gevraagd hoe men de werking van en de samenwerking met het MSOC percipieert, hoe het problematisch druggebruik in de regio wordt ingeschat en hoe er wordt omgegaan in de praktijk met begrippen zoals 'laagdrempeligheid', 'gemarginaliseerde druggebruikers' en 'problematisch druggebruik'²⁷.

(7) (Participerende) observatie in de MSOC's: De onderzoekers waren regelmatig aanwezig in de MSOC's en konden op die manier de werking observeren. Bovendien werd er deelgenomen aan teamvergaderingen en aan structurele overlegmomenten in de drugsector.

(8) Intervisie tussen instellingen : Methode die erin bestaat om aanzetten tot reflectie en onderzoek in hoofde van de MSOC's zelf te begeleiden met het oog op het organiseren van hun hulpverleningsprocessen en organisationele processen. Het gaat erom het personeel van de MSOC's bewust te maken van de standpunten die door hun instellingen verdedigd worden, van de gevolgen en contradicties ervan, zodat ze de kwaliteit van hun diensten kunnen verbeteren en zodat ze beschikken over aanknopingspunten voor latere keuzes en standpunten²⁸.

(9) Dossieranalyse van een steekproef van cliënten: Er werd een representatieve steekproef getrokken van dossiers van cliënten. Deze groep was – in de mate van het mogelijke – representatief voor de totale populatie van het MSOC voor wat betreft de gemiddelde leeftijd, het geslacht, de nationaliteit, de gemiddelde duur van contact met het centrum en het voornaamste product. Deze dossiers werden geanalyseerd aan de hand van een standaardformulier met een aantal gemeenschappelijke variabelen dat werd ontwikkeld.

(10) Focus groups druggebruikers: Focus group-onderzoek heeft betrekking op een gestructureerde discussie met een zorgvuldig geselecteerde groep, in dit geval cliënten en niet-cliënten van het MSOC, samengesteld uit deelnemers met gelijkaardige kenmerken, zoals demografische kenmerken en hulpverleningspatroon, om

²⁶ Voor de vragenlijsten verwijzen we naar de deelrapporten.

²⁷ Voor de vragenlijsten verwijzen we naar de deelrapporten.

²⁸ Voor meer details : zie supra : methodologie van het actie-onderzoek, 13.

informatie te vergaren over hun visie en ervaringen met betrekking tot het onderwerp. Vragen worden niet zomaar achtereenvolgens beantwoord, doch vormen een aanzet tot een confrontatie van verschillende opinies die in de doelgroep naar vorgebracht worden.

(11) Client Satisfaction Questionnaire: Er werd een schriftelijke vragenlijst aan de cliënten van het MSOC overhandigd. De vragenlijst was gebaseerd op het werkboek "Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment".²⁹ Er werd onder andere aan de cliënten gevraagd hun eigen evolutie aan te geven op een aantal levensdomeinen die afgeleid werden uit de ASI-vragenlijst (namelijk verandering op het vlak van druggebruik, gezondheid, relaties met familie/vrienden, werk/inkomenssituatie en juridische situatie)³⁰.

²⁹ WHO, UNDCP, EMCDDA, *o.c.*, 1998.

³⁰ Voor de volledige enquête verwijzen we naar de deelrapporten.

3. COMBINATIE VAN KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE METHODES

Teneinde aan de onderzoeksopdracht tegemoet te komen, werd een combinatie gemaakt van **kwantitatieve en kwalitatieve** onderzoeksmethodes. Het ontbreken van³¹ en/of het tekort aan de noodzakelijke kwantitatieve basisgegevens dwong de onderzoekers ertoe de ontbrekende informatie via meer kwalitatieve methodes te verzamelen. De kwalitatieve component werd voornamelijk vertaald in het afnemen van interviews. Hierbij werd het project MSOC bekeken vanuit verschillende invalshoeken: niet enkel van de MSOC's zelf, maar ook van de overige categoriale hulpverlening, van de niet-categoriale hulpverlening, van politie en justitie en tenslotte van de druggebruikers zelf. Deze onderzoeksbenadering wordt in de literatuur omschreven als de Rapid Situation Assessment (RSA)³² en laat toe de schaarse gegevens te duiden en de situatie in een bepaalde regio te begrijpen.

4. VERSCHILLENDE ONDERZOEKSGROEPEN, VERSCHILLENDE ACCENTEN

Alle onderzoeksequipes hanteerden de Rapid Situation Assessment-aanpak als rode draad doorheen het evaluatieonderzoek. Rapid Situation Assessment (RSA) refereert naar een onderzoeksbenadering waarbij verschillende **kwantitatieve** en **kwalitatieve** methoden en technieken worden gecombineerd om gegevens te verzamelen.³³

De specificiteit van de te bestuderen MSOC's en regio's noodzaakten de onderzoeksequipes ook te differentiëren naar gebruikte onderzoeksmethodes. Daarom werden niet alle methodes door elke onderzoeksgroep aangewend of werden er andere accenten gelegd in functie van de respectieve MSOC's en de al dan niet aanwezige informatie. Zo legde de onderzoeksequipe van de ULB meer de nadruk op het actiegericht onderzoek en de institutionele intervisie; daar waar de onderzoekers van de UG, de KUL en de ULg meer aandacht bestedden aan gestructureerde interviews.

5. AANBEVELINGEN

- **Aanbeveling 3 : Combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methodes**

Met het oog op de inschatting van aard en omvang van de drugproblematiek enerzijds en op de evaluatie van drughulpverleningsinstellingen anderzijds, is er nood aan een holistische benadering van het probleem in een sociale, culturele, politieke en historische context³⁴, door de combinatie van **kwantitatieve** gegevens met **kwalitatieve**³⁵ informatie.

³¹ I. PELC et Y. LEDOUX, Epidémiologie de la toxicomanie en Belgique, in Chambre des Représentants de Belgique / Parl. St. Kamer ; *Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue / Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek*, SO 1996-1997, 1062/3, Bruxelles / Brussel, 5 juin / juni 1997.

³² UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, Vienna, UNDCP, 1999.

³³ *Ibid.*, voorwoord; Qualitative European Drug Research Network, *Workgroup review of qualitative research on the health risks associated with injecting drug use, Co-ordination of working groups of qualitative researchers to analyse different drug use patterns for public health strategies and prevention* (CT97.EP.01), URL: www.qed.org.uk/european.html

³⁴ UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, March 1999, Vienna, p. 1.

³⁵ UNDCP, *O.C.*, p. 4 en p. 5.

III. LUIK B : EPIDEMIOLOGIE VAN HET DRUGGEBRUIK EN BESCHRIJVING VAN HET HULPVERLENINGSAAVBOD

In dit derde deel wordt er verslag uitgebracht van Luik B van de onderzoeksopdracht, namelijk de inschatting van de aard en de omvang van het druggebruik en de beschrijving van het hulpverleningsaanbod in de regio's van de MSOC's. Na een **inventaris** van bestaande cijfers en onderzoeken, worden er enkele **knelpunten** aangegeven en wordt er geëxpliciteerd wat de **meerwaarde** is geweest van huidig evaluatieonderzoek op dit vlak. Tenslotte volgen enkele **aanbevelingen**.

1. INVENTARIS VAN BESTAANDE CIJFERGEGEVENS EN ONDERZOEKEN

1.1. Aard en omvang van het problematisch druggebruik

Internationaal

Publicaties van het United Nations International Drug Control Programme (UNDCP)

Publicaties van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Nationaal

LEURQUIN, P., BILS, L., HARIGA, F., KÖTTGEN, S., LAUDENS, F. en VANDERVEKEN, M., *Belgian National report on drugs 2000, Extended version*, Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, BIRN, Brussels, Belgium, 2000.

VAN DAELE, L., CASSELMAN, J., DEBBAUT, D., DE RUYVER, B., ETIENNE, M., GILLET, I., NOIRFALISE, A. en PASSCHYN, L., *Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gegevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie*, Opdrachtgever: Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven, Université de Liège, 1996.

HOGE GEZONDHEIDSRAAD, Verslag over de follow-up van de consensusconferentie over methadon, ministerie van sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu, Brussel, november 2000, (http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/Brochures/consensusconferentie_methadone.html)

QUATAERT, P. en VAN OYEN, H., *Gegevensinzameling in verband met middelengebruik door middel van CATI, Deel I, II en III*, Brussel, IHE, 1995

Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) : registratiesysteem (ligt momenteel stil) voor Psychiatrische Ziekenhuizen, PAAZ-diensten, Psychiatrische Verzorgingstehuizen en initiatieven voor Beschut Wonen^{36,37}

APSD : druggerelateerde criminaliteit

Ministerie van Justitie : druggerelateerde overlijdens

CBO (Rijkswacht) (tot december 2000): registratie van politionele aanhoudingen voor gebruik in groep en handel in verdovende middelen

Franse Gemeenschap

CCAD : registratie van de "Gemeenschappelijke Fiche" (tot september 2000) voor Wallonië en Brussel samen – rol weer opgenomen vanaf dan door Eurotox (sub-focal point van het Franse taalgebied) dat bestaat uit Modus Vivendi, Infordrogues en Prospective Jeunesse

Système Psyfile : registratie franstalige Centra Geestelijke Gezondheidszorg

³⁶ I. PELC, J. JOOSTEN, L. FROM, I. BERGERET, Y. LEDOUX and J. TECCO, The minimal psychiatric summary and the current organisation in mental health care in J. GUIMON and N. SARTORIUS (Ed.), *Manage or Perish?*;

³⁷ I. PELC, L. FROM, J. JOOSTEN, I. BERGERET et Y. Ledoux, Le R.P.M. et l'organisation actuelle des soins de santé mentale, in *Les Entretiens d'Egmont. Région et Santé: 'Connaître les faits pour développer une politique globale'*, Bruxelles, 13-14 février 98 (Publié).

Vlaanderen

MAES, L. e.a., *Jongeren en gezondheid in Vlaanderen. Resultaten van een schoolenquête*, (URL:allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hbsc)

VAD-registratie

Medar : registratiesysteem Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Vlis-DC : registratiesysteem VVBV (koepel van TG's, crisiscentra en dagcentra)

VLASTROV : registratie straathoekwerk

Provinciale Geneeskundige Commissies : registratie methadon

MSOC-onderzoeksregio's

Regio provincie Limburg

BIJNENS, J., NIELANDT, B. en HAUGLUSTAINE, A., *Probleemgebruikers van harddrugs: Onderzoek naar de aantallen en kenmerken van probleemgebruikers in Limburg 1984-1985*, Hasselt, CAD, 1985

BOONS, M., DE BOECK, R., MARECHAL, N., ROMBAUTS, P en VANHEX, M., *Provinciaal onderzoek drugproblematiek Limburg. Kontakten van welzijnswerkers met gebruikers van illegale drugs*, Hasselt, Limburgs Platform Overleg Verslaving, 1992.

BUNTINX, F., SCHILLEMANS, L., BAPTIST, M., BEMELMANS, M., BRUYNOOGHE, R., DEQUEKER, W., SPEETJENS, J., VAN DEUN, P. en VANHEX, M., "Waarom stopt iemand ambulantly met heroïnegebruik?", *T.Alc.Drugs*, 1992, nr. 4, 190-196.

Regio provincie Antwerpen

VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G., "Registratieonderzoek van druggebruikers door het parket Antwerpen - 1991", *Panopticon* 1993, 526-536.

TODTS, S., *Eindrapport onderzoek infectieziekten en risicogedrag bij binnenkomende gedetineerden in de strafinrichtingen van Antwerpen*, 1993

KINABLE, R., CASSELMAN, J., TODTS, S. en VAN DEUN, P., *Aids-risicogedrag bij injecterende druggebruikers en evaluatie van een preventief project*, Brussel, VAD - Leuven, KUL - Antwerpen, Free Clinic, 1994.

DECORTE, T., *Informeel controlemechanisme bij cocaïne- en crackgebruikers in Groot-Antwerpen*, Leuven, KUL, 1999.

VAN DIJCK, A., *Inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996-1999)*, Antwerpen, SODA, UIA, 2000.

Regio provincie Oost-Vlaanderen

VANDERPLASSCHEN, W., DE BOURDEAUDHUIJ, I. en VAN OOST, P., *Eindrapport Onderzoeksproject Case Management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding, Onderzoek in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ, Universiteit Gent, Gent, 1999.

BROEKAERT, E., DERLUYN I. en VANDERPLASSCHEN, W., *Drugverslaafden met jonge kinderen, Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen*, Onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000.

VANDERPLASSCHEN, W., "De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening, Overzicht van alle nieuwe aanmeldingen tussen februari en september 1999", in: *Preventief +, Nieuwsbrief rond preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2000, 6.

VANDEVELDE, S. en VANDERPLASSCHEN, W., *Drughulpverlening aan allochtonen, Een exploratief onderzoek naar methodieken bij begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*, Een onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000.

STRYNCKX, S., *Onderzoeksproject: doorstroom naar de psychiatrische sector*, onderzoeksproject uitgevoerd in het kader van de stage bij VOS vzw, Gent, academiejaar 2000-2001.

Regio Charleroi

"Enquête-Sentinelles" registratie van epidemiologische gegevens op lokaal niveau
DUMOULIN, P., GIOT, M.P., JAMOULLE, P. et PANUNZI-ROGER, N., *Rapport de recherche : évaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative*, OCMW van Charleroi, ville de Leers, Pacte Interreg I, Charleroi, oktober 1995.
GOELENS, I. e.a., *Enquête-Sentinelles, recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi, analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999*, Ville de Charleroi – Coordination Drogue, Charleroi, oktober 2000.
JAMOULLE, P. ; *Drogues de rue, récits et styles de vie*, De Boeck Université, "Oxalis", Brussel, 2000.

1.2. Omvang en spreiding van het hulpverleningsaanbod

Franse Gemeenschap

CCAD, *Liste des centres, organismes et institutions ayant une action préventive, de recherche et / ou curative dans le domaine des toxicomanies*, Brussel, 1^o trim. 1998.

Vlaanderen

VAD, *Doorverwijsgids*, VAD, Brussel, 1999.
RIEPEMA, A., VAN GELDEREN, H. en VAN DER WILT, H. (red.), *Adresgids verslavingszorg 1998-1999*, Trimbos instituut, Utrecht, 1998, 125-157.

MSOC-onderzoeksregio's

Regio provincie Limburg

X., *Drugwijzer. Wegwijs in drughulpverlening en -preventie in Limburg 1999*, Hasselt, Provinciebestuur Limburg, 2000.

Regio provincie Antwerpen

BRUGGEMAN, B. (red.), *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelennisbruik Provincie Antwerpen 2001*, Lier, Van In, 2001.
VAN DIJCK, A., *Inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996-1999)*, Antwerpen, SODA, UIA, 2000.

Regio provincie Oost-Vlaanderen

BODYN, H., *Werkingsverslag 2000 door VOS vzw, Regionaal Ankerpunt straathoekwerk Oost- en West-Vlaanderen*, Gent, 2001.
VANDERPLASSCHEN, W., DE BOURDEAUDHUIJ, I. en VAN OOST, P., *Eindrapport Onderzoeksproject Case Management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding, Onderzoek in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ, Universiteit Gent, Gent, 1999.

Regio provincie West-Vlaanderen

BODYN, H., *Werkingsverslag 2000 door VOS vzw, Regionaal Ankerpunt straathoekwerk Oost- en West-Vlaanderen*, Gent, 2001.

Regio Charleroi

DECLERCK, B., *Listing des membres des différents ateliers ainsi que des membres de la Coordination élargie*, Coordination Drogue, Ville de Charleroi, niet gepubliceerde lijst.

DE VLEESCHOUWER, D., *Inventaire des structures spécialisées dans le suivi des usagers de drogues en Province de Namur*, Plate-forme de concertation de la région de Namur, niet gepubliceerde lijst.

"*Ne faisons pas l'autruche face aux toxicomanies*", lijst van voorzieningen met aanbod t.a.v. druggebruikers in de Provincie Namur, Gouvernement Provincial de Namur, Namur.

DUMOULIN, P., GIOT, M.P., JAMOULLE, P. et PANUNZI-ROGER, N., *Rapport de recherche : évaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative*, OCMW van Charleroi, ville de Leers, Pacte Interreg I, Charleroi, oktober 1995.

Regio Mons

BOON, H. et DESMECHT, R., *Evaluation de l'offre en Province de Hainaut des soins socio-sanitaires en matière d'assuétudes*, CAREDA, Mons, september 1998.

2. (PROBLEMATISCH) DRUGGEBRUIK : GEBREK AAN BRUIKBARE EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

Aangezien de MSOC's opgericht zijn voor de gemarginaliseerde problematische druggebruikers werd het epidemiologisch luik toegespitst op het problematisch druggebruik. België beschikt echter over onvoldoende gegevens over het problematisch druggebruik. Meer specifiek kan gesteld worden dat er wel een veelheid van gegevens bestaat, maar dat deze slechts fragmentarisch zijn en moeilijk samengebracht kunnen worden om tot een globaal beeld te komen. Als antwoord op de vraag wat de aard en de omvang van het problematisch druggebruik in België en/of in bepaalde regio's is, kan men slechts algemene tendenzen aangeven. Ook al is dit een oud zeer dat al veelvuldig in de literatuur beschreven is³⁸, toch is het belangrijk dit probleem nogmaals te benadrukken, aangezien het ontbreken van deze gegevens de evaluatie van de MSOC's bemoeilijkt heeft. Het feit dat het gebruik van sommige drugs gecriminaliseerd is, zorgt ervoor dat het gebruik van deze illegale drugs verdoken plaatsvindt en (in self report-studies) ondergerapporteerd wordt.

Tevens wijzigen trends en patronen van het (problematisch) druggebruik vrij snel met als gevolg dat er heel wat tijd over gaat voor nieuwe trends in druggebruik worden vastgesteld door registratiesystemen.³⁹ In de deelrapporten van de onderzoeksequipes zal duidelijk worden dat men doorheen de kwalitatieve gegevens bepaalde specifieke tendensen kan aanstippen⁴⁰.

Een ander probleem is de bias die ingebouwd zit in de registratie die in de eerste plaats gebaseerd is op de cijfers van de gebruikers door de drughulpverleningsdiensten bereikt worden in plaats van op (het voorkomen van druggebruik in) de algemene populatie.⁴¹ De

³⁸ L. VAN DAELE, J. CASSELMAN, D. DEBBAUT, B. DE RUYVER, M. ETIENNE, I. GILLET, A. NOIRFALISE en L. PASSCHYN, *Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gegevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie*, Opdrachtgever: Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven, Université de Liège, 1996, inleiding.

³⁹ UNDCP, *o.c.*, 1.

⁴⁰ Zoals bijvoorbeeld een stijging in het cocaïnegebruik.

⁴¹ T. RHODES, G. STIMSON, C. FITCH, A. BALL, A. RENTON, "Rapid assessment, injecting drug use, and public health.", *The Lancet*, Vol. 354, 1999, 67.

indrukken die de hulpverlening heeft over de omvang en de aard van het druggebruik in de regio zijn dan ook gekleurd door hun ervaringen met cliënten. Een ander gevolg van deze bias is dat het bijzonder moeilijk is de niet-bereikte groepen in kaart te brengen. In bepaalde regio's is het mogelijk een zicht te krijgen op de uitval van nieuwe cliënten in de drughulpverlening. Dit kan een beeld geven van niet-bereikte groepen. Het blijft echter een partieel beeld: de groepen die nooit contact hebben met de hulpverlening, worden op die manier uiteraard niet opgenomen in de cijfers.

3. HET HULPVERLENINGSAANBOD

3.1. Gebrek aan een volledige inventaris

Ook het hulpaanbod ten aanzien van problematische druggebruikers kent dezelfde lacune: er blijkt geen volledige inventaris te bestaan van alle diensten en voorzieningen die een aanbod hebben naar (problematische) druggebruikers.

Dit geldt voor de drugspecifieke of categoriale diensten, maar zeker voor de niet-drugspecifieke diensten en voorzieningen. Ook binnen het Algemeen Welzijnswerk⁴², zowel ambulante als residentiële, is heel wat hulp en opvang voor druggebruikers opgezet. Ook de huisartsen, de OCMW's, het jeugdwerk, enz. hebben een belangrijk aandeel in de globale zorg en hulpverlening aan problematische druggebruikers.⁴³

Op dit moment is het onmogelijk een volledig overzicht te geven van alle diensten en voorzieningen die een aanbod hebben voor druggebruikers. Het identificeren en beschrijven van al deze diensten is dan ook de eerste fase van het DWTC-onderzoek naar "Het drugbeleid in cijfers" dat in april 2001 van start is gegaan.⁴⁴

3.2. Onduidelijkheid over de aangeboden zorgfuncties

Ook op het werkveld is één van de centrale problemen voor de samenwerking in het algemeen en voor de doorverwijzing in het bijzonder, de **onduidelijkheid over het aanbod** van diensten en voorzieningen die drugspecifiek werken.⁴⁵ Het gaat daarbij niet alleen over het aanbod in het algemeen, maar ook en vooral over mogelijkheden en beperkingen in de praktijk (opname- en uitsluitingscriteria, zogenaamde zwarte of grijze lijsten)⁴⁶. Op dit moment hebben de doorverwijzende voorzieningen onvoldoende zicht op de doelstellingen, de inhoud, de aanpak en/of de visie van elke werksoort afzonderlijk. De verschillende werksoorten en zeker de individuele verschillen binnen eenzelfde

P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, *Belgian National report on drugs 2000, Extended version*, Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, BIRN, Brussel, 2000, 49.

⁴² Geldt enkel voor Vlaanderen.

⁴³ M. GEIRNAERT, "Overzicht van de structuur van de preventie, de hulpverlening en het straathoekwerk in Vlaanderen", in: B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE, C. FIGIEL (red.), *Het drugbeleid in België: actuele ontwikkelingen*, Antwerpen, Maklu, 1998, 63.

⁴⁴ Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden, Programma "Actuele problemen met betrekking tot sociale cohesie", *Drugbeleid in cijfers*, onderzoeksovereenkomst met de universiteiten van Gent (UG), Brussel (ULB) en Leuven (KUL).

⁴⁵ PH. CORTEN and I. PELC, *Alcoholics and Drug Addicts at the Emergency Room of the Hospital. Analysis of the Staff Behaviour and Patient's Progression*, in *Acta Psychiatrica Belgica*, 86, Bruxelles, 1986, pp. 103-110.

⁴⁶ K. VAN CAUWENBERGHE, "Geïntegreerd beleid op lokaal niveau", in: B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE, I. PELC (red.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw*, Antwerpen, Maklu, 2000, 179.

werksoort en / of binnen het niveau van één hulpverleningsvoorziening zijn te weinig geprofileerd.⁴⁷ Dit belemmert doorstroming en leidt tot verkeerde doorverwijzingen. Dit is niet alleen een probleem voor de niet drugspecifieke diensten, maar ook voor de categoriale diensten.⁴⁸ Het probleem van onduidelijkheid over het aanbod geldt nog meer voor het **aanbod van zorgfuncties**⁴⁹ dat een bepaalde voorziening heeft ten aanzien van druggebruikers.

4. MEERWAARDE VAN HUIDIG EVALUATIEONDERZOEK

Het MSOC-onderzoek werd onder andere aangewend om te pogen aan het gekende euvel van de gebrekkige epidemiologie op het vlak van het druggebruik in België tegemoet te komen. Hoewel de onderzoekers niet volledig geslaagd zijn in dit opzet, omwille van de redenen die hierboven geschetst werden, heeft het MSOC-onderzoek toch een **meerwaarde** kunnen leveren op dit domein, namelijk:

- Er kon bevestigd worden wat reeds geweten was, nl. dat de basisgegevens niet voorhanden zijn;
- De gegevens die wel aanwezig zijn, hebben we geïnventariseerd;
- We hebben geëxpliciteerd in hoeverre de bestaande gegevens accuraat zijn;
- Minstens op regionaal of lokaal vlak hebben we via de bevraging van sleutelfiguren tendenzen in de aard en omvang van het druggebruik kunnen formuleren. Hoewel dit geen volwaardig behoefteonderzoek kan genoemd worden, hebben we toch per regio tendenzen⁵⁰ kunnen aangeven, die een aanzet kunnen vormen voor toekomstig onderzoek;
- Voor bepaalde regio's zijn we erin geslaagd een inventaris te maken van de bestaande diensten en voorzieningen en van bestaande overlegorganen;
- Via dit onderzoek is het nog duidelijker geworden dat kwalitatieve informatie als volwaardige gegevens kunnen gezien worden en niet louter als aanvulling op weinig bruikbare kwantitatieve gegevens.

⁴⁷ V. RAES, F. LENDERS, M. GEIRNAERT, *Drughulpverlening in Vlaanderen, Feiten en Problemen*, Onderzoek in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn, Brussel, VAD, 1995, 137.

⁴⁸ P. VAN DEUN, "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", in : B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE, I. PELC (red.), *l.c.*, 506.

⁴⁹ Secundaire preventie, Drugtelefoon, Straathoekwerk, Vroeginterventie, Aanmelding, Intake, Laagdrempelige inloop, Laagdrempelige opvang, Crisisopvang, Substitutiebehandeling, Individuele behandeling, Groepsgesprek, Dagopvang, Spoedopvang, Detoxificatie, Intensieve kortdurende behandeling, Kortdurende residentiële behandeling, Langdurige residentiële behandeling, Deeltijdbehandeling, Nazorg, Gezinswerking, Woonbegeleiding, Arbeidstrajectbegeleiding, Case Management, Vrijtijdsbesteding, Thuisbegeleiding, Maatschappelijk herstel, Zie: W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, *Conceptnota: Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik*, in opdracht van Provincie Oost-Vlaanderen en Popov-GGZ, Gent, 2001, 41-42.

⁵⁰ Voor de specifieke tendensen per regio verwijzen we naar de deelrapporten.

5. AANBEVELINGEN

• Aanbeveling 4 : Standaardisering van de registratie

Om zicht te krijgen op de aard en de omvang van het druggebruik in België in het algemeen, en het problematisch druggebruik in het bijzonder, is er in de eerste plaats nood aan betrouwbare en vergelijkbare gegevens.⁵¹ Om dit te bereiken is er nood aan, zowel op lokaal als federaal vlak, een gestandaardiseerd registratiesysteem, om de vergelijking tussen gegevens te optimaliseren. Een eerste prioriteit hierbij is het ontwikkelen van gemeenschappelijke standaardvariabelen. Aangezien we geen volledige lezing hebben kunnen doorvoeren van alle bestaande mogelijkheden, zouden de items die gebruikt worden door het BIRN een eerste aanknopingspunt kunnen zijn, om dergelijke standaardvariabelen te ontwikkelen. Het lopend onderzoek door de ULB betreffende de Minimale Toxicomanie Gegevens (MTG) / Résumé Toxicomanie Minimum (RTM)^{52,53} maakt een kritische inventaris van de systemen voor het registreren van gegevens betreffende de drugproblematiek : het is duidelijk dat de bestaande systemen voornamelijk gericht zijn op het verzamelen van epidemiologische gegevens en niet op het evalueren van therapeutische processen. Het zou interessant zijn, zij het moeilijk te verwezenlijken, om ook een uniek en gecodeerd cliëntnummer te ontwikkelen voor (problematische) druggebruikers die in contact komen met de hulpverlening, om dubbeltellingen te vermijden en om een zicht te krijgen op de trajecten van cliënten binnen de drughulpverlening.

Aangezien we er ons van bewust zijn dat het doorvoeren van een uniforme registratie omwille van allerlei redenen in de praktijk een zeer problematische opdracht kan betekenen, moet er daarnaast blijvend aandacht besteed worden aan kwalitatief onderzoek, dat de kwantitatieve informatie kan verduidelijken, aanvullen en in de juiste context kan plaatsen. Om een zicht te krijgen op de zgn. 'hidden populations' van druggebruikers is de kwalitatieve benadering trouwens de enige aangewezen methode.

• Aanbeveling 5 : Volwaardig behoefteonderzoek is noodzakelijk

Naast een uniforme registratie en een inventaris van het hulpverleningsaanbod en de verschillende zorgfuncties, dient er eveneens in de toekomst aandacht besteed te worden aan volwaardig permanent **behoefteonderzoek** in de drugsector, dat een accuraat beeld kan geven van de noden en behoeftes van druggebruikers aan de ene kant en het aanbod aan zorg aan de andere kant. Hierbij kunnen met name kwalitatieve onderzoeksmethodes zeer nuttig worden aangewend.

⁵¹ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, *o.c.*, 80-81.

⁵² I. BERGERET, V. DE BACKER, L. FROM, J. JOOSTEN, P. NICAISE et I. PELC, *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieu, oktober 1999 (tussentijds verslag).

⁵³ I. BERGERET, L. FROM, J. JOOSTEN, P. NICAISE et I. PELC, *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieu, maart 2001.

IV. LUIK C : PROCES- EN EFFECTEVALUATIE VAN HET PROJECT MSOC

Hierna wordt verslag uitgebracht van het luik van de proces- en effectevaluatie. Bij de **algemene beschrijving** van het project 'MSOC' worden er onder andere een aantal cijfergegevens betreffende de gezamenlijke MSOC's en het profiel van hun cliënten gegeven. Na een **kritische analyse van de opdracht** van de MSOC's en bevindingen betreffende het **financieringssysteem** van de MSOC's, volgt de **proces- en effectevaluatie**. Aanbevelingen worden telkens in de tekst aangegeven. Tenslotte wordt er een overzicht gegeven van de **factoren** die het verschil in werking tussen de MSOC's bepalen.

1. ALGEMENE OMSCHRIJVING VAN DE MSOC's

1.1. Inleiding

In 1995 gaf de federale regering door middel van het Actieplan Toxicomanie-Drugs⁵⁴ het startschot voor de oprichting van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers in België. Dit Actieplan en de conventies die de MSOC's sloten met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), zijn de algemene basisteksten die de opdrachten en doelstellingen van de MSOC's bepalen.

In januari 1997 ging het eerste MSOC, dat van Gent, daadwerkelijk van start. De andere MSOC's volgden in de loop van 1997 en 1998 en in september 1999 werd het tot nu toe laatste MSOC opgericht, dat van Brussel. Sommige zijn 'van nul' begonnen, zoals MSOC Oostende; maar de meeste zijn aanpassingen van bestaande structuren, zoals het MSOC Antwerpen (dat deel uitmaakt van de bestaande 'Free Clinic') of Start-MASS te Liège (dat reeds onder dezelfde naam bestond als centrum voor druggebruikers in het kader van de Veiligheidscontracten). In totaal bestaan er nu, verspreid over heel België, 8 MSOC's⁵⁵, namelijk in Oostende, Gent, Antwerpen, Genk/Limburg, Liège, Charleroi, Mons en Brussel⁵⁶. Zoals het Actieplan Toxicomanie-Drugs vooropstelde, zijn dit 'stedelijke agglomeraties met ernstige drugproblemen'.

De belangrijkste financiering gebeurt door het Ministerie van Sociale Zaken. Elk MSOC heeft een conventie gesloten met het RIZIV voor de terugbetaling van de medische prestaties. Een MSOC wordt m.a.w. – zoals een ziekenhuis – gefinancierd per prestatie. Voor het cliënteel van het MSOC betekent dit dat de hulpverlening, met inbegrip van de medische consultaties, gratis zijn. In voorkomend geval wordt enkel het remgeld van de methadon aangerekend. Anderzijds worden zij ook via het Ministerie van Binnenlandse Zaken gefinancierd in het kader van de Veiligheidscontracten met een jaarlijks forfaitair bedrag waarmee bijvoorbeeld het straathoekwerk betaald kan worden.

Zoals reeds aangehaald, bepalen de RIZIV-conventies het theoretische kader (doelgroep, doelstellingen, middelen) waarbinnen de MSOC's opereren. Binnen de begrenzings van dit theoretische kader zien we dat de verschillende MSOC's blijvend een

⁵⁴ Actieplan Toxicomanie-Drugs, Kabinet van de Eerste Minister, Brussel, 1995.

⁵⁵ Het voorziene MSOC van Namur werd uiteindelijk nooit opgericht: de plaatselijke overheden vonden zulk centrum niet noodzakelijk.

⁵⁶ Merk op dat het MSOC Brussel niet in onderhavig onderzoek werd betrokken aangezien dit centrum pas na de aanvang van het onderzoek werd opgericht (namelijk in september 1999).

gedifferentieerde praktische werking ontwikkelen, aangepast aan de regionale behoeftes en mogelijkheden.

De gedifferentieerde praktische werking van de afzonderlijke MSOC's buiten beschouwing gelaten, geven we hier een opsomming van de gemeenschappelijke basisprincipes van het 'project' of de 'functie' MSOC.

- De MSOC's werken vanuit de methodiek van de 'harm reduction'. Harm reduction wijst op een reactie op druggebruik waarbij niet het druggebruik zelf centraal staat, maar waarbij men de schade wil beperken die met het gebruik van drugs kan gepaard gaan.
- De beoogde populatie zijn problematische en gemarginaliseerde gebruikers van illegale drugs die door andere voorzieningen niet (meer) of onvoldoende worden bereikt én voor wie, omwille van een problematiek op meerdere vlakken, een multidisciplinaire behandeling geïndiceerd is.
- De MSOC's bieden laagdrempelige, ambulante begeleiding, waarvoor weinig tot geen voorwaarden worden gesteld. Zo wordt (de bereidheid tot) ontwenning niet als voorwaarde gesteld voor begeleiding.
- Het aanbod in de centra beslaat medische, psychologische en sociale begeleiding. De staf is hiervoor multidisciplinair samengesteld.
- Een belangrijke pijler van de MSOC's is de samenwerking met andere partners in het netwerk ten aanzien van druggebruikers.

1.2. Cijfergegevens MSOC's⁵⁷

Voorafgaande opmerkingen

- Uit de verwerking van de cijfergegevens voor de verschillende MSOC's blijkt dat er effectief inspanningen geleverd worden door de MSOC's om cijfergegevens te verzamelen. Het is echter ook duidelijk geworden dat die cijfergegevens vaak niet op dezelfde manier verzameld worden, waardoor de cijfergegevens niet altijd met elkaar vergelijkbaar zijn.
- Enkel wanneer we over de gegevens van drie of meer MSOC's beschikken, worden die cijfergegevens in de tabellen opgenomen.
- Niet alle MSOC's registreren dezelfde subcategorieën bij de leeftijd, het opleidingsniveau / diploma, de inkomenssituatie en het belangrijkste product van de cliënten. Daarom zijn enkel die subcategorieën opgenomen in de tabel die door drie of meer MSOC's werden geregistreerd. Een gevolg daarvan is dat het totaal percentage van die subcategorieën geen 100 % bedraagt. Het totaal percentage is dan ook niet in de tabellen opgenomen.
- In de tabellen wordt telkens vermeld wat het aantal MSOC's is waarop de cijfergegevens zijn gebaseerd.

⁵⁷ Inwerkingtreding overeenkomsten met het RIZIV: MSOC Gent: januari 1997; MSOC Antwerpen: maart 1997; MSOC Limburg: april 1997; MASS Charleroi: april 1997; MASS Luik januari 1998; MASS Mons: februari 1998; MSOC Oostende: februari 1998; MASS Brussel: september 1999.

Tabel 1 : Facturatiecapaciteit van de MSOC's

Gemiddelde normale facturatiecapaciteit	6596 (6 MSOC's)
Range van de normale facturatiecapaciteit	5070 – 7800 (6 MSOC's)
Gemiddelde maximale facturatiecapaciteit	7329 (6 MSOC's)
Range van de maximale facturatiecapaciteit	5633 – 8677 (6 MSOC's)

Tabel 2 : Vergoedbare weekprestaties

	1997 ⁵⁸	1998	1999	2000
Totaal aantal vergoedbare weekprestaties	13.412 (3 MSOC's)	31.166 (5 MSOC's)	37.663 (5 MSOC's)	40.406 (5 MSOC's)
Gemiddeld aantal vergoedbare weekprestaties	4470 (3 MSOC's)	6233 (5 MSOC's)	7533 (5 MSOC's)	8081 (5 MSOC's)
Range van de vergoedbare weekprestaties	1814 – 7438 (3 MSOC's)	1512 – 9257 (5 MSOC's)	3336 – 9573 (5 MSOC's)	5275 – 9801 (5 MSOC's)

We stellen een stijging vast van het totaal (en ook het gemiddeld) aantal vergoedbare weekprestaties tussen 1998 en 2000. In 2000 zijn vijf MSOC's goed voor meer dan 40.000 vergoedbare weekprestaties.

De gemiddelde maximale facturatiecapaciteit bedraagt 7329. Met een gemiddeld aantal vergoedbare weekprestaties van 7533 (in 1999) en 8081 (in 2000), overstijgen de MSOC's deze maximale capaciteit zeer duidelijk.

Tabel 3 : Aantal cliënten

	1997	1998	1999	2000
Totaal aantal cliënten	1569 (4 MSOC's)	2436 (6 MSOC's)	3132 (6 MSOC's)	2820 (5 MSOC's)
Gemiddeld aantal cliënten	392 (4 MSOC's)	406 (6 MSOC's)	522 (6 MSOC's)	564 (5 MSOC's)
Range van het aantal cliënten	248 – 712 (4 MSOC's)	150 – 715 (6 MSOC's)	215 – 733 (6 MSOC's)	262 – 712 (5 MSOC's)

De MSOC's bereiken tussen 1998 en 2000 gemiddeld 500 cliënten per jaar⁵⁹.

Daarbij zijn er grote verschillen tussen de MSOC's. Het "grootste" MSOC bereikt in 2000 712 cliënten; het "kleinste" MSOC bereikt 262 cliënten.

⁵⁸ Het spreekt voor zich dat er geen gegevens zijn voor de MSOC's van Luik, Mons en Oostende, aangezien zij pas in 1998 van start zijn gegaan.

⁵⁹ Een ruwe schatting laat ons toe te stellen dat alle MSOC's samen op jaarbasis contact hebben met ongeveer 4000 cliënten. Wanneer we zien dat epidemiologische studies gewag maken van 15.000 tot 70.000 problematische druggebruikers in België, kunnen we zeggen dat 10 à 15% van deze groep op dit ogenblik gezien wordt door een MSOC.

Tabel 4 : Profiel van de MSOC cliënten

	1997	1998	1999	2000
Gemiddelde leeftijd cliënten	Het blijkt heel moeilijk te zijn de gegevens van de MSOC's over de leeftijd van cliënten met elkaar te vergelijken. Niet alle MSOC's hanteren dezelfde leeftijdscategorieën. Sommige MSOC's registreren de cliënten onder de 18 jaar afzonderlijk. De meeste MSOC's maken het onderscheid zoals het in deze tabel is opgenomen. Nog andere MSOC's registreren enkel de gemiddelde leeftijd van hun cliënten, zonder een opdeling te maken in leeftijdscategorieën.			
< 20 jaar		20 % (3 MSOC's)	18,2 % (3 MSOC's)	
<i>Range voor de categorie < 20 jaar</i>		7% - 31 % (3 MSOC's)	10 % -30 % (3 MSOC's)	
20-24 jaar		32 % (3 MSOC's)	24,8 % (3 MSOC's)	
<i>Range voor de categorie 20-24 jaar</i>		27 % - 39 % (3 MSOC's)	16,5 % - 32 % (3 MSOC's)	
25-34 jaar		39,4 % (4 MSOC's)	46,9 % (4 MSOC's)	
<i>Range voor de categorie 25-34 jaar</i>		34 % - 46 % (4 MSOC's)	35 % - 58,5 % (4 MSOC's)	
>34 jaar		11,7 % (4 MSOC's)	12,5 % (4 MSOC's)	
<i>Range voor de categorie > 34 jaar</i>		7 % - 20,7 % (4 MSOC's)	9 % - 21,2 % (4 MSOC's)	
Man-vrouw ratio	78,5 % man 21,5 % vrouw (4 MSOC's)	77,3 % man 22,7 % vrouw (6 MSOC's)	76,4 % man 24,6 % vrouw (6 MSOC's)	78,1 % man 21,9 % vrouw (5 MSOC's)
<i>Range man-vrouw ratio</i>	68,3 % man 84,1 % man (4 MSOC's)	69,6 % man 82,3 % man (6 MSOC's)	70,5 % man 81,4 % man (6 MSOC's)	69,4 % man 83 % man (5 MSOC's)
Methadoncliënteel	<p>Het aandeel van de cliënten die een methadonbehandeling krijgen wordt niet systematisch door alle MSOC's geregistreerd. De MSOC's van Wallonië registreren wel deze gegevens; dit is minder is het geval in de MSOC's van Vlaanderen.</p> <p>De geregistreerde gegevens en de wijze van registreren verschillen sterk van het ene MSOC tot het andere. Daarom is het zeer moeilijk, zelfs risicovol om op zulke basis vergelijkingen en interpretaties door te voeren. Het is bovendien de bedoeling van huidig onderzoek om de noodzaak aan te tonen van gestandaardiseerde registraties.</p>			
Opleidingsniveau / diploma				
Geen diploma		2,4 % (4 MSOC's)	3,9 % (3 MSOC's)	

<i>Range categorie geen diploma</i>		1 % – 3 % (4 MSOC's)	2 % – 5,6 % (3 MSOC's)	
Lager onderwijs		43,6 % (4 MSOC's)	44,8 % (3 MSOC's)	
<i>Range categorie lager onderwijs</i>		25,3 % – 65 % (4 MSOC's)	20 % – 62,8 % (3 MSOC's)	
Beroeps Secundair Onderwijs		9,3 % (4 MSOC's)	12,6 % (3 MSOC's)	
<i>Range categorie beroeps secundair onderwijs</i>		10 % – 38,9 % (4 MSOC's)	6,9 % – 31 % (3 MSOC's)	
Technisch Secundair Onderwijs / Kunst Secundair Onderwijs		9,3 % (4 MSOC's)	8 % (3 MSOC's)	
<i>Range categorie technisch secundair onderwijs / kunst secundair onderwijs</i>		4,7 % – 13,3 % (4 MSOC's)	6,3 % – 11 % (3 MSOC's)	
Algemeen Secundair Onderwijs		7,5 % (3 MSOC's)	10,2 % (3 MSOC's)	
<i>Range categorie secundair onderwijs</i>		5 % – 9,3 % (3 MSOC's)	6,9 % – 13 % (3 MSOC's)	
Hoger niet Universitair		2,9 % (4 MSOC's)	2,8 % (3 MSOC's)	
<i>Range categorie hoger niet universitair</i>		2 % – 3,9 % (4 MSOC's)	2 % – 3,5 % (3 MSOC's)	
Universitair		0,5 % (3 MSOC's)	0,7 % (3 MSOC's)	
<i>Range categorie universitair</i>		0 % – 1 % (3 MSOC's)	0,7 % – 1,4 % (3 MSOC's)	
Inkomenssituatie				
Eigen beroepsinkomsten		20 % (5 MSOC's)	18,8 % (4 MSOC's)	
<i>Range categorie eigen beroepsinkosten</i>		8 % – 30 % (5 MSOC's)	10 % – 27,3 % (4 MSOC's)	
OCMW		21,4 % (5 MSOC's)	21 % (4 MSOC's)	
<i>Range categorie OCMW</i>		5,5 % – 35 % (5 MSOC's)	19,8 % – 24 % (4 MSOC's)	
Ziekteverzekering		14,6 % (5 MSOC's)	9,8 % (4 MSOC's)	
<i>Range</i>		9 % – 20 % (5 MSOC's)	8 % – 12,8 % (4 MSOC's)	
Werkloosheid		25,4 % (5 MSOC's)	27,5 % (4 MSOC's)	
<i>Range categorie werkloosheid</i>		21 % – 32 % (5 MSOC's)	20 % – 41 % (4 MSOC's)	
Familie / (ex)partner		12,2 % (4 MSOC's)	5 % (3 MSOC's)	
<i>Range categorie familie / (ex)partner</i>		7,6 % – 18 % (4 MSOC's)	3 % – 6 % (3 MSOC's)	

Producten (belangrijkste product)	Sommige MSOC's maken een opsplitsing van de producten aan de hand van het belangrijkste product. Aangezien de meeste MSOC's deze opdeling gebruiken, wordt ze hier ook gebruikt. Andere MSOC's maken een onderscheid tussen misbruik en afhankelijkheid om de producten te registreren. "Polydruggebruik" wordt door onvoldoende MSOC's geregistreerd om hierover uitspraken te kunnen doen.		
Opiaten	66,8 % (4 MSOC's)	70,6 % (5 MSOC's)	
<i>Range categorie opiaten</i>	52 % – 78,6 % (4 MSOC's)	57 % – 84 % (5 MSOC's)	
Stimulantia	16,9 % (4 MSOC's)	17,6 % (5 MSOC's)	
<i>Range categorie stimulantia</i>	3 % – 25 % (4 MSOC's)	8 % – 28 % (5 MSOC's)	
Cannabis	8,3 % (4 MSOC's)	7,1 % (5 MSOC's)	
<i>Range categorie cannabis</i>	3 % – 15 % (4 MSOC's)	2 % – 12,9 % (5 MSOC's)	

De leeftijd van de cliënten van het MSOC

Iets minder dan 20 % van de cliënten van de MSOC zijn jonger dan 20 jaar (1998 – 1999). Meer dan 70 % van de cliënten is tussen 20 en 34 jaar. Iets meer dan 10 % van de cliënten van de MSOC's blijkt ouder dan 34 jaar te zijn.

Opvallend zijn de grote verschillen tussen de MSOC's. Een illustratie daarvan is het bereik van cliënten die jonger zijn 20 jaar. In één MSOC was in 1999 10 % van de cliënten jonger dan 20 jaar, terwijl in het MSOC aan de andere kant van het continuüm 30 % van de cliënten jonger was dan 20 jaar.

De man-vrouw verhouding van de cliënten van de MSOC's blijft ongeveer constant over de jaren heen. Gemiddeld bereiken de MSOC's iets minder dan één kwart vrouwen. Ook hier stellen we een niet onbelangrijk verschil vast tussen de MSOC's. Het MSOC dat het meeste vrouwen bereikte in 2000, bijvoorbeeld, bereikte bijna 30 % vrouwen; in het MSOC dat het minste vrouwen bereikte, werden slechts 17 % vrouwen begeleid.

Methadoncliënteel

Op basis van de gegevens waarover we beschikken, kunnen we stellen dat er grote verschillen zijn tussen de MSOC's. In de MSOC's van Vlaanderen krijgt ongeveer 50 % van de cliënten een methadonbehandeling; in de MSOC's van Wallonië krijgt meer dan 2/3 – tot meer dan 90 % een methadonbehandeling.

Opleidingsniveau / diploma

Opvallend is het zeer groot aantal cliënten in de MSOC's dat enkel een diploma lager onderwijs heeft of helemaal geen diploma. Het gaat om bijna 50 % van de cliënten. Ook hier stellen we grote verschillen vast tussen de MSOC's. Zo blijkt bijvoorbeeld in 2000 dat in één MSOC meer dan 60 % van de cliënten enkel een diploma lager onderwijs heeft, terwijl in het MSOC aan het andere uiterste van het continuüm, 20 % van de cliënten een diploma lager onderwijs heeft.

Inkomenssituatie

Opvallend is dat minder dan een vijfde van de cliënten van de MSOC's hun inkomsten halen uit een eigen beroepsinkomsten en dat de meeste cliënten van het MSOC leven van een vervangingsinkomen. Ook hier zijn de verschillen tussen de MSOC's opvallend. Er is in 2000 een MSOC waarbij 10 % van de cliënt zijn inkomen haalt uit een eigen beroepsinkomsten, terwijl in één MSOC bijna 30 % van de cliënten zijn inkomen uit een eigen beroepsinkomsten haalt.

Het belangrijkste product

Opiaten zijn duidelijk het belangrijkste product voor ongeveer 70 % van de cliënten van de MSOC's. Stimulantia zijn voor ongeveer 17 % van de cliënten het belangrijkste product. Cannabis is het belangrijkste product voor 7 à 8 % van de cliënten van de MSOC's. Ook hier stellen we belangrijke verschillen vast tussen de MSOC's. Zo bijvoorbeeld bereikt één MSOC in 2000 8 % cliënten waarbij stimulantia het belangrijkste product is, terwijl in een ander MSOC voor bijna 30 % van de cliënten stimulantia het belangrijkste product is.

2. KRITISCHE ANALYSE VAN DE ONDERZOEKSOPDRACHT

Het project "MSOC" beschrijft een aantal algemene werkingsprincipes die voor brede interpretaties vatbaar zijn. Dit heeft de MSOC's toegelaten zich aan te passen aan de lokale omstandigheden waarmee ze worden geconfronteerd. De demografische, socio-economische, epidemiologische context en het bestaande (drug)hulpverleningsaanbod zijn niet dezelfde voor alle MSOC-regio's. Het gebrek aan principes zorgde bij de equipes van de MSOC's tot de volgende overwegingen :

- GEBREK AAN EEN DEFINITIE VAN DE CONCEPTEN : een groot aantal concepten wordt gebruikt om het begrip "MSOC" te definiëren zonder dat men ze een duidelijke inhoud kan geven. Dit is het geval voor het begrip "**laagdrempeligheid**", dat gebruikt wordt om het algemene concept van de werking van de MSOC's te omschrijven, terwijl dit begrip verschillende theoretische betekenissen kan hebben, maar ook verschillende praktische realisaties kan inhouden. Dit is evenzeer het geval voor : het begrip "**gemarginaliseerd**", dat toegepast wordt op de doelgroep, en voor "**reguliere zorgvoorzieningen**" of "**klassieke zorgcuits**", waarmee de MSOC's zouden moeten samenwerken ;
- OPEENSTAPELING VAN DOELSTELLINGEN : tijdens de lectuur van de algemene principes van het begrip "MSOC" valt het op dat er relevante aspecten van verschillende doelstellingen terug te vinden zijn. De MSOC's dienen in contact te treden met een uitgesloten publiek, hen sociaal te reïntegreren (**pedagogische doelstelling**), de schade te verminderen die samengaat met het gebruik van illegale drugs (**doelstelling op het vlak van gezondheid**), de cliënt aan te zetten tot het deelnemen aan ontwenningprogramma's (**therapeutische doelstelling**) en een impact te hebben op delinquent gedrag (**veiligheidsdoelstelling**) ;
- AFWEZIGHEID VAN EEN OPERATIONEEL KADER : de referentieteksten van het project "MSOC" beschrijven de werkingsprincipes en de doelstellingen van de MSOC's, zonder echter een piste aan te reiken die toelaat deze principes ook praktisch te

concretiseren. Men vindt er geen enkel element dat de taken preciseert, noch de verdeling van de rollen en functies van de MSOC-hulpverleners, noch het aanwenden van de ruimtes, noch de regels van 'goede klinische praktijk' die men moet volgen, noch de definiëring van het operationele therapeutische kader, noch de middelen waarmee men eventuele moeilijkheden moet oplossen die eigen zijn aan een centrum voor een gemarginaliseerde doelgroep,... Men vindt in de teksten wel richtlijnen en beperkingen omtrent de organisatie van de hulpverlening (aantal contacten per week, soorten activiteiten in het kader van een vergoedbare revalidatieweek,...), maar die zijn verbonden met financieringsnormen, terwijl de andere beschikkingen niet tot nauwelijks bepaald zijn. Er is bijgevolg een kloof tussen de flexibiliteit die aan het project "MSOC" toegelaten wordt op het vlak van verwachtingen enerzijds en de financiële en administratieve beperkingen die aan de MSOC's opgelegd worden anderzijds. Deze vraagstelling is vooral pertinent voor wat betreft de organisatie van de multidisciplinariteit, waarvan we hierboven gezien hebben dat het een determinerend element is van de MSOC's ;

- UITEENLOPENDE TECHNIEKEN EN DOELSTELLINGEN : verschillende hulpverleningstechnieken worden vermeld in de RIZIV-conventies. Sommige hebben een verplicht karakter ("**harm reduction**", **medische begeleiding** en **sociale begeleiding**,...), andere hebben een facultatief karakter (**substitutiebehandelingen**, **individuele psychologische begeleiding**, **familiale begeleiding**,...). Terwijl de aanpak van de MSOC's erin bestaat, in principe, een publiek te bereiken dat uitgesloten is van de "*reguliere zorgvoorzieningen*", worden deze "klassieke" technieken aanbevolen ten aanzien van "niet-klassieke" doelstellingen en een "niet-klassieke" doelgroep.

Dit is een geheel van vraagstellingen waarop alle MSOC's een antwoord hebben moeten vinden in de praktijk vanaf de start van hun werking. Doorheen het verslag van de bevindingen van het onderzoek zullen we de incidentie⁶⁰ moeten aantonen van deze weinig gedefinieerde aspecten van het project "MSOC".

⁶⁰ Voornamelijk in de deelrapporten van de verschillende onderzoeksgroepen.

3. FINANCIERING

Een knelpunt voor de ontwikkeling van de MSOC's is de **financiering**, gebaseerd op een prestatie-systeem dat gericht is op vergoedbare cliënten en prestaties. Dit type financiering leidt tot moeilijkheden wanneer het onverkort wordt toegepast op de MSOC's. Het feit dat een belangrijk deel van de cliënten van het MSOC niet in orde is met zijn ziekte- en invaliditeitsverzekering, zorgt ervoor dat deze cliënten ook niet vergoedbaar zijn. Daardoor zijn de MSOC's verplicht veel meer cliënten te begeleiden dan het voorziene en vergoedbare aantal.

- **Aanbeveling 6 : Herziening van financiële en administratieve voorwaarden**

Het past dus om een **herziening** aan te bevelen **van de administratieve voorwaarden en van de financiële modaliteiten van deze instellingen zoals ze op dit ogenblik vastgelegd zijn**. Een aantal maatregelen van dit vrij rigide mechanisme komen immers in botsing met de flexibiliteit die wenselijk is voor een project waarvan het voornaamste kenmerk het aanpassingsvermogen is. Met name zou het passend zijn om :

- aan de MSOC's een **financieringssysteem** toe te kennen dat **veel stabiel is dan hetgene dat gebaseerd is op de terugbetaling van reeds gedane uitgaven**. inderdaad, de MSOC's verzekeren op dit moment een belangrijk werk met de cliënten vooraleer deze officieel financieel vergoedbaar zijn; de laagdrempelige hulpverlening kan inderdaad geen financiële voorwaarden opleggen voorafgaand aan de hulpverlening ;
- de MSOC's **middelen** toe te kennen **voor de cliënten die zich in een situatie van administratieve marginaliteit bevinden** ("zonder papieren", daklozen, personen zonder ziekte- en invaliditeitsverzekering,...) ;
- de MSOC's meer vrijheid te geven bij de invulling van het personeelskader. Het personeelskader wordt immers vastgelegd in de projecten die de steden waar een MSOC gevestigd is, hebben opgesteld ten tijde van hun oprichting. De MSOC's, die zich voornamelijk kenmerken door hun aanpassingsvermogen, moeten dit beginproject kunnen herzien, met name via **het op elkaar afstemmen van de financiële middelen en de human resources**. Ook inhoudelijk mag het werken met de doelgroep van de MSOC's niet onderschat worden. Omwille van de hoge werkdruk en het veeleisende werk, ondervinden bepaalde MSOC's namelijk moeilijkheden bij het vinden en/of houden van geschikt personeel ;
- de **circulatie van cliënten binnen de (zich vormende) zorgcircuits zowel administratief als financieel te vergemakkelijken**. Op dit ogenblik wordt de financiering van een cliënt immers niet meer toegekend vanaf het moment dat zijn multidisciplinaire begeleiding niet meer volledig binnen het MSOC plaatsvindt. Een goede praktijk van het samenwerken met partners impliceert nochtans dat een deel van de hulpverlening ten aanzien van een cliënt in het MSOC zou kunnen gebeuren, terwijl die reeds gedeeltelijk cliënt is bij andere voorzieningen ;

- de **circulatie van bepaalde sleutelfiguren, personeelsleden van de MSOC's, binnen de zorgcircuits zowel administratief als financieel te vergemakkelijken**, zodat zij de doorgang van cliënten van één voorziening naar een andere gemakkelijker kunnen maken, bijvoorbeeld door eenzelfde cliënt te blijven volgen ook als die in een andere voorziening is ;
- De administratieve en financiële schikkingen werden bedacht voor periodes van hulpverlening die veel te kort zijn, vergeleken met de realiteit van het werkveld (waar de doelgroep zich met name kenmerkt door de chroniciteit van haar problematiek). Wanneer men verwacht van de MSOC's dat ze de cliënten aanmoedigen om zich te richten tot intensievere therapeutische programma's, is dat een taak die veel meer tijd in beslag neemt dan het dispositief op dit ogenblik toelaat⁶¹. Een realistische duur van de begeleidingen in een MSOC bedraagt enkele jaren en niet enkele maanden zoals het op dit ogenblik van het project "MSOC" verondersteld wordt. De administratieve en financiële schikkingen moeten dus aangepast worden, zodat zij beter aansluiten bij deze vaststelling ;
- De personeelsbezetting is hoofdzakelijk berekend op basis van het aantal te verrichten begeleidingen. Er is slechts een beperkt luik voorzien voor beleid, registratie, opleiding, overleg, inter- en supervisie en evaluatie. De ondercapaciteit van de MSOC's zorgt dat er voor deze structurele activiteiten onvoldoende tijd kan vrijgemaakt worden. Deze activiteiten zijn nochtans van cruciaal belang. **Gezien de bestaande werkdruk binnen de MSOC's, is het zinvol om personeel vrij te stellen om deze aspecten van de organisatie systematisch aan te pakken.**
- Gezien het grote aantal cliënten in de MSOC's, en de werkdruk die dit, zeker ook voor de directeurs tot gevolg heeft; maar vooral gezien het belang van een evenwichtige uitbouw van het MSOC zowel intern (revalidatiebeleid, personeelsbeleid) als extern (netwerkvorming, contacten met andere diensten en voorzieningen, met het beleid), is het aangewezen om in de MSOC's waar maar één directeur is, **een onderscheid te maken tussen een algemeen directeur en een medisch directeur**. Dit kan de evenwichtige uitbouw van de MSOC's alleen maar ten goede komen.

4. PROCES-EVALUATIE

4.1. De laagdrempelige werking van de MSOC's

De MSOC's werden als laagdrempelige ambulante centra voor problematische druggebruikers opgericht. De laagdrempeligheid kan op vier niveaus beschouwd worden: laagdrempeligheid in de **ruimte**, in de **contactname**, in de **tijd** en in de **begeleiding**.

Het MSOC-project is een (té?) groots project, dat de MSOC's verplicht of **dwingt om keuzes te maken**. Met de huidige middelen en het huidige financieringsmodel kan men

⁶¹ Bijvoorbeeld : bij de oprichting van MSOC Liège werd het aannemen van nieuwe cliënten organisatorisch beperkt tot enkele dagen. Later werd deze duur verlengd tot één maand. Op dit ogenblik is er geen beperkte duur meer vooropgesteld.

niet verwachten van de MSOC's dat ze alle opdrachten even grondig vervullen. Gezien de schaarse middelen, moesten de MSOC's de keuze maken op welk niveau ze die middelen investeerden. We hebben kunnen vaststellen dat alle MSOC's voornamelijk een keuze hebben gemaakt tussen de verschillende aspecten van de laagdrempelige werking. Dit betekent dat MSOC's die zeer laagdrempelig zijn op bepaalde vlakken, een hogere drempel hebben moeten inbouwen op andere vlakken. Voor de MSOC's komt dit neer op de vaststelling dat ze steeds een evenwicht moeten zoeken tussen kwantiteit en kwaliteit.

4.1.1. De laagdrempeligheid in de ruimte

Noch het actieplan, noch de conventie leggen een specifieke doelregio vast. Gezien de uitgebreidheid van het problematisch druggebruik, kunnen de MSOC's met de beperkte middelen die ze ter beschikking hebben niet geheel België bestrijken. De conventie bepaalt dan ook dat een netwerk van ambulante centra van hulpverlening aan druggebruikers het gehele landsgebied moet bestrijken. Dit wordt terecht als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid gezien.

De studie van het Geografisch AttractieGebied van de MSOC's heeft uitgewezen dat de cliënten uit de nabije omgeving van de MSOC's komen, wat ook logisch is, gezien de gemarginaliseerde populatie van de MSOC's.

Alle MSOC's hebben een goede lokale verankering, die door sommige MSOC's gewaarborgd wordt via het werken met antennes.

4.1.2. De laagdrempeligheid in de contactname

De laagdrempeligheid *in de contactname* impliceert de formulering van minimalistische doelstellingen (geen directe confrontatie van de cliënt met de hulpverlener, filosofie van "harm reduction" met het oog op een verantwoord druggebruik) tegenover de aanpak die gericht is op ontwenning. Voor een aantal cliënten betekent deze laagdrempeligheid ook een lage drempel *in de motivatie tot verandering*, wat betekent dat aanvankelijk aan de motivatie zal gewerkt worden vanuit een niet-therapeutisch oogpunt (door onder meer spuitenuitruilprojecten en straathoekwerk).

De MSOC's slaagden erin, al of niet via het straathoekwerk, hun drempel min of meer voldoende laag te houden. De MSOC's stellen geen voorafgaande voorwaarden en hanteren weinig of geen uitsluitingscriteria.

4.1.3. De laagdrempeligheid in de tijd

De laagdrempeligheid *in de tijd* wordt gerealiseerd door voldoende uren toegankelijk en beschikbaar te zijn voor de cliënten. De MSOC's hebben gepoogd om zo laagdrempelig mogelijk te zijn in de tijd. Toch zijn sommige MSOC's in de praktijk geëvolueerd naar een afsprakensysteem, omwille van de beperkte middelen. Er wordt wel een permanentie voorzien, maar meestal blijkt dit enkel te dienen om cliënten aan de afspraken te houden en/of om bij te springen in crisissituaties.

4.1.4. De laagdrempeligheid in de begeleiding

De laagdrempeligheid in de begeleiding is de belangrijkste peiler van de laagdrempelige werking. Het is de eerste keer dat beleidsdocumenten de harm reduction-benadering als methodiek erkennen.⁶² Dit blijkt overduidelijk uit de opdrachten die aan de MSOC's worden gegeven, met name de eis tot laagdrempeligheid, de onvoorwaardelijke behandeling, het niet mogen weigeren van cliënten, het gebruik van substitutie-medicatie⁶³ en de mogelijkheid tot spuitenruil.

De vraag kan gesteld worden of de uiteindelijke **doelstelling** van 'ontwenning' (in de zin van 'drugvrij leven') wel een realistische doelstelling is. Voor een belangrijke groep van gebruikers in bepaalde MSOC's, is het antwoord op die vraag negatief. Dit maakt deel uit van een evolutie van de klassieke visie op methadon (in functie van afbouw en ontwenning) naar een meer realistische visie, nl. methadononderhoudsbehandeling (MOB), ter ondersteuning van een psychotherapeutisch aanpak. Het probleem is echter dat die 'nieuwe', meer realistische visie buiten de MSOC's nog niet erkend wordt. Uit het onderzoek blijkt immers een spanningsveld tussen de aanvaarding van de harm reduction benadering en het (ultieme) streven naar ontwenning. Dit komt niet alleen tot uiting in het Actieplan en de RIZIV-conventie, die niet helemaal de kaart trekken van de harm reduction: ontwenning blijft immers de ultieme doelstelling; schadebeperkende maatregelen zijn er enkel als tussenstap. Ook op het werkveld bestaat geen duidelijke consensus over de invulling en de reikwijdte van het concept 'harm reduction'. De verschillende actoren geven aan dit concept een uiteenlopende invulling.

Op het vlak van de **doorverwijzing** kan nog heel wat verbeterd worden, zowel binnen de MSOC's, als binnen de andere categoriale diensten en voorzieningen.

De MSOC's maken afspraken met verschillende diensten en voorzieningen rond de doorverwijzing. In sommige gevallen leidt dit ook tot een uitgetekend / uitgeschreven beleid. Van een uitgewerkt en systematisch doorverwijzingsbeleid met alle diensten en voorzieningen in het werkveld is echter geen sprake.

Uit het onderzoek blijkt dat er sporadisch wordt doorverwezen tussen alle diensten en voorzieningen in de drughulpverlening en dat het vooral de cliënt of zijn omgeving⁶⁴ is die de eerste stap zet naar de drughulpverlening. Deze vaststelling benadrukt alleen maar het belang van een effectieve netwerkontwikkeling binnen de drughulpverlening.

⁶² I. PELC e.a. (ed.), "La pensée et les hommes"; *La drogue, réprimer, libérer, soigner*, ULB, n° 24, Bruxelles, 1993.

⁶³ M. REISINGER and I. PELC, Treatment of Heroïn Addicts with Buprenorphine: Evaluation over a Three-Year Period, in *Problems of Drug Dependence*, NIDA, Coll. "Research Monography Series", Maryland, 1988.

⁶⁴ Y. LEDOUX, I. PELC et J-P. ROUSSEAU, 'Le devenir des toxicomanes et des alcooliques après traitement: le rôle des rapports familiaux et interpersonnels', in *Nouvelles des Sciences et Technologies*, Vol 11, n° 4, 1993, pp. 71-80.

- **Aanbeveling 7 : Uitklaren van doelstellingen en verwachtingen**

Globaal genomen zijn de MSOC's nog te sterk gericht op de problemen die verband houden met het middelengebruik op zich, waardoor een globale aanpak van alle problemen, gericht op de persoonlijke ontwikkeling⁶⁵ van de cliënten, onvoldoende aanbod komt. **Daarom is een uitklaring van de verwachtingen en de doelstellingen van het MSOC noodzakelijk, om zowel de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten, als hun subjectieve levenskwaliteit te bevorderen.**

Men zou met name het *aanpassingsvermogen* van de interventiedrempel eerder dan de *laagdrempelige interventie op zich*, de *vermindering van de schade* eerder dan de *vermindering van de risico's*, de substitutiebehandeling gericht op *onderhoud* eerder dan op ontwenning, het werken in samenspraak met en gericht op de cliënt (*case management*) eerder dan het doorverwijzen van de cliënt tussen voorzieningen binnen het netwerk, kunnen benadrukken. Het is in ieder geval van belang een ongewenst effect van het MSOC te vermijden, dat erin bestaat de cliënt binnen één drempel te houden die relevant is vanuit humanitair oogpunt, meer dan vanuit revalidatie- of therapeutisch oogpunt, waardoor de cliënten in een "spiraal van laagdrempeligheid" komen vast te zitten. Er moet dus ruimte voorzien worden voor de inspraak van de cliënten en voor het stimuleren van initiatieven die cliënten de mogelijkheid geven om deel te nemen aan de evaluatie van de methodieken van de MSOC's (met name door middel van de *Focus Groups*).

Het uitklaren van doelstellingen en verwachtingen mag niet tot gevolg hebben dat de flexibiliteit van de centra, namelijk de mogelijkheden om zich aan te passen aan de specifieke plaatselijke situatie, in het gedrang komt.

⁶⁵ I. PELC et Y. LEDOUX, Prévention de l'usage de drogues en Thaïlande – Le programme CEMUBAC – Assuétudes sous l'égide de la Commission des Communautés Européennes: 'L'approche Humaniste', in *Nouvelles de la Science et des Technologies*, Vol 11, N° 4, Bruxelles, 1993, pp.47-59.

4.2. Het regionale netwerk

4.2.1. Het bestaande aanbod van de drughulpverlening

Eén van de centrale problemen voor de samenwerking in het algemeen en voor de doorverwijzing in het bijzonder, de **onduidelijkheid over het aanbod**, de opname- en uitsluitingscriteria in de praktijk en over het aanbod van de zorgfuncties van de drugspecifieke diensten en voorzieningen. Dit is niet alleen een probleem voor de niet-drugspecifieke diensten, maar ook voor de categoriale diensten.

De **grootte en de aard van het aanbod van hulpverlening** aan problematische druggebruikers in een regio is eveneens van belang voor de mogelijkheden om door te verwijzen. Het blijkt dat er inzake het aanbod van hulpverlening aan problematische druggebruikers **zeer grote verschillen per regio** zijn op te merken.

- **Aanbeveling 8 : Uitklaren van het drughulpverleningsaanbod**

Het is noodzakelijk dat, in elk geografisch attractiegebied dat door het onderzoek werd vastgesteld, de diensten en voorzieningen die daar gevestigd zijn en een rol hebben op het vlak van het problematisch druggebruik, zouden betrokken worden bij de **identificatie** van het problematisch druggebruik én van het aanbod in de regio. Deze verscheidenheid van projecten en therapeutische programma's moet, eens geïdentificeerd door alle betrokken diensten en voorzieningen samen, bijdragen tot de ontwikkeling van de netwerken en de zorgcircuits. Dit moet bijdragen tot de optimalisatie van de coördinatie in de betrokken sectoren; een coördinatie die gericht is op de noden en behoeften van de cliënten.

Rekening houdend met deze verschillen in de praktijk, is het zinvol de horizontale beleidsafstemming te stimuleren, zoals die beschreven is in het onderzoek "Het Belgisch drugbeleid anno 2000"⁶⁶. De steden hebben al aanzienlijk geïnvesteerd op het vlak van de drugproblematiek om een beleid te ontwikkelen dat aangepast is aan de lokale kenmerken van die drugproblematiek⁶⁷. Doorheen het onderzoek hebben wij gewezen op de verschillen die we hebben kunnen vaststellen tussen de verschillende bestudeerde regio's. Het is dan ook van belang de lokale initiatieven te stimuleren, aangezien het lokale beleidsniveau het best geplaatst is om de situatie en de kenmerken van het problematisch druggebruik te kennen waaraan de lokale diensten en voorzieningen dagdagelijks het hoofd moeten bieden. Hier is vooral van toepassing wat de WHO al verschillende jaren zegt : "*Think wide to act tight*".

⁶⁶ J. CASSELMAN, B. DE RUYVER, K. MEUWISSEN, F. BULLENS en K. VAN IMPE, *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep*, Gent, UG - Leuven, KUL, 2000, 9.

⁶⁷ We vermelden onder andere "Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen" (Antwerpen), "Regionaal drugoverlegplatform" (Aalst), "Drugoverlegplatform Brugge" (Brugge), "Stuurgroep Drugbeleid" (Gent), "Coordination des Actions en Toxicomanie" (Liège) en "Coordination Drogues" (Charleroi) (niet-exhaustieve lijst).

4.2.2. Overlegorganen en initiatieven tot coördinatie

In sommige regio's is het structureel (sectorieel en intersectorieel) **overleg en de coördinatie** de laatste jaren op gang gekomen. Enkele MSOC's spelen zelfs een centrale rol in het lokale drugoverleg. Sectorieel groeide er een aantal initiatieven om structurele netwerken te ontwikkelen. Deze initiatieven ontstijgen nog niet de fase van de conceptontwikkeling. In sommige regio's worden wel experimenten en proefprojecten opgezet. Niet-categoriale diensten worden in de ontwikkeling van de netwerken vaak niet voldoende betrokken. Dit laatste is omwille van de complexiteit en vele dimensies van het drugprobleem niet opportuun. In andere regio's is er op sectorieel niveau nog geen sprake van een regionaal of lokaal drugbeleid of van initiatieven tot coördinatie. Het uitblijven van een eenduidig - horizontaal en verticaal - geïntegreerd drugbeleid en de versnipperde financiering van de drugspecifieke diensten belemmerde de ontwikkeling van overlegorganen en initiatieven inzake coördinatie.

Een probleem binnen de ontwikkeling van de samenwerkingsverbanden en de netwerken is de onduidelijkheid over wie de coördinatie of regiefunctie voor die ontwikkeling op zich kan en mag nemen en op welk beleidsniveau deze coördinatieopdracht gesitueerd wordt. Op dit ogenblik hebben de voortrekkers van het netwerkoverleg noch het **mandaat**, noch de bevoegdheid om binnen de overlegorganen beslissingen te nemen en knopen door te hakken.

- **Aanbeveling 9 : Een duidelijke coördinatiestructuur**

Een duidelijke en consequent doorgetrokken **coördinatiestructuur**, met duidelijke opdrachten én mandaten, die door de verschillende overheden en sectoren wordt erkend, is essentieel. Deze coördinatiestructuur moet uitgewerkt worden voor alle beleidsniveaus (lokaal, provinciaal, Vlaams en federaal), zowel op sectorniveau, als op sectoroverstijgend niveau, mét bijzondere aandacht voor het lokale beleidsniveau.

4.2.3. De participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk

De MSOC's gingen van bij de aanvang de dialoog aan met veel actoren om samen te werken rond cliënten. Met vele actoren werden afspraken gemaakt die uitmondten in ondertekende protocollen. Wij stellen vast dat in de praktijk op cliëntniveau de **ad hoc samenwerking** de regel is. De doeltreffendheid van deze protocollen zou bevorderd worden door ingebouwde momenten van evaluatie te voorzien. Dit is nu nog te weinig het geval.

De MSOC's hebben zich op korte termijn ingeschakeld in de bestaande overlegstructuren en koepelorganisaties. Ze zijn ook als voortrekker geprofileerd in een aantal van die overlegorganen. Dit heeft geleid tot een machtspositie van de MSOC in het werkveld, maar ook op beleidsniveau kan hun invloed niet onderschat worden. De MSOC's zijn op drie jaar tijd **een volwaardige actor** geworden in de drugsector.

5. EFFECTEVALUATIE

5.1. Ten aanzien van de cliënten

De effectevaluatie ten aanzien van de cliënten kon niet als een objectieve effectevaluatie doorgevoerd worden, aangezien we niet beschikken over meetbare, op voorhand opgestelde succesfactoren van een begeleiding in een MSOC. De effectevaluatie die de onderzoekers doorvoerden, betreft dan ook een "subjectieve effectevaluatie" of "proxy outcome measure"⁶⁸. Wanneer de cliënten bevestigd worden over de mate waarin zij het programma een hulp vinden bij het oplossen van hun problemen, dan is dit een "proxy outcome measure". Een positieve evaluatie door cliënten, is op zich echter niet voldoende om de effectiviteit van een begeleiding / behandeling te meten.⁶⁹

5.1.1. De cliënten hebben een nieuw referentiepunt op het vlak van de hulpverlening

Sinds de komst van de MSOC's hebben gemarginaliseerde druggebruikers een nieuw referentiepunt en kunnen zij hun ervaringen dan ook in een bredere context plaatsen. Hierdoor blijken ze minder geneigd hoogdrempelige hulpverlening op te zoeken; de harm reduction benadering van het MSOC sluit beter aan bij hun noden en verwachtingen. Problematische druggebruikers zijn, op een pragmatische manier, sterk gericht op gezondheidsbevorderende interventies. Ook de ondersteuning bij concrete vragen op het vlak van wonen, werken en sociaal functioneren door de hulpverleners wordt door de cliënten als prioritair beschouwd.

Het is opvallend dat uit de Focus Groups en de Client Satisfaction Questionnaires blijkt dat de overgrote meerderheid van de cliënten van de MSOC's over het algemeen **tevreden tot zeer tevreden** is over de MSOC's.

Uit de Client Satisfaction Questionnaires blijkt dat de meerderheid van de cliënten van de meeste MSOC's aangeeft dat vooral de situatie op het vlak van het druggebruik en de gezondheid is verbeterd. Een verbetering op het vlak van de relatie met familie en vrienden, het werk of de inkomenssituatie en de juridische situatie geven ongeveer de helft van de cliënten aan. Voor alle levensdomeinen samen geven cliënten aan dat hun situatie eerder verbeterd is.

5.1.2. Tijd als bepalende factor voor de begeleiding in de MSOC's

Tijd is een belangrijke factor in het al/dan niet slagen van de doelstellingen van de MSOC's. Dit zien we voornamelijk in MSOC's die geënt zijn op bestaande structuren met een voorgeschiedenis van 20 à 25 jaar. Uit gesprekken met cliënten en personeel blijkt dat er een onderscheid kan gemaakt worden tussen de nieuwe cliënten en de cliënten die ondertussen reeds 5 à 10 jaar of zelfs langer in contact zijn met het centrum. In deze MSOC's beschrijft men deze laatste groep als veeleer geëvolueerd naar meer

⁶⁸ Het *subjectieve* van de effectevaluatie slaat op het feit dat de cliënten een schriftelijke vragenlijst invulden, waarbij zij *zelf* dienden aan te geven in welke mate dat ze vonden dat hun situatie op een aantal vlakken verbeterd, verslechterd, dan wel onveranderd gebleven was ("Client Satisfaction Questionnaire": zie II. LUIK A: Piloot- en haalbaarheidsstudie). Bovendien kwamen een aantal resultaten naar boven tijdens de interviews met MSOC-personeel.

⁶⁹ WHO, UNDCP, EMCDDA, *o.c.*, 3.

gestabiliseerd, rustiger, minder crisissen, minder gemarginaliseerd. Het personeel van die MSOC's geeft ook aan dat deze evolutie naar stabilisatie een project van jaren is, gemiddeld 5 à 10 jaar. Het is logisch dat, zoals men kan vaststellen in de deelrapporten, specifieke eigenschappen vastgesteld worden voor deze twee doelgroepen in de specifieke MSOC's.

- **Aanbeveling 10 : Evaluatie-instrumenten en -criteria voor MSOC-cliënteel**

Gezien de eigenheid van het MSOC-cliënteel lijkt het ons aangewezen om het effect van een MSOC niet aan te rekenen aan de ontwenning van cliënten, maar eerder aan de **verbetering van hun situatie op een aantal specifieke vlakken** (druggebruik, gezondheid, relaties met familie/vrienden, werk/inkomenssituatie, juridische situatie). Om een zicht te krijgen op deze effecten, dient het gebruik van een klinische vragenlijst, aangepast aan de MSOC's, aangemoedigd te worden. Aangezien het afnemen van deze vragenlijst echter vrij tijds- en arbeidsintensief is, moeten daarvoor ook de middelen ter beschikking gesteld worden.

Daarnaast is het voor de MSOC's eveneens een haalbare doelstelling te werken aan de motivatie van cliënten naar doorverwijzing toe en de **effectieve doorverwijzingen** op vraag van de cliënt. De rol van het MSOC bestaat er dan in - in voorkomend geval - de cliënt via gesprekken tot inzicht te brengen dat verwijzing nodig is.

Algemeen mag men niet uit het oog verliezen dat de hierboven beschreven effecten op cliënten van de begeleiding door een MSOC een project van jaren kan inhouden.

5.2. Ten aanzien van het netwerk

5.2.1. De oprichting van antennes

De laagdrempeligheid in de ruimte betekent concreet dat sommige MSOC's met antennes werken, namelijk op verschillende plaatsen in de regio om de nabijheid te verbeteren.

- **Aanbeveling 11 : Uitbreiding via de oprichting van antennes**

De ontwikkeling van regionale antennes, voor die regio's waar het problematisch druggebruik duidelijk aanwezig is en het aanbod voor problematische druggebruikers beperkt is, is een interessante optie die tot nog toe onvoldoende wordt benut. De territoriale uitbreiding van laagdrempelige diensten zoals het MSOC zou voor deze regio's zonder meer nuttig zijn.

Naast de decentralisatie van de MSOC's via antennes, die nu uitgebouwd zijn door bepaalde MSOC's, maar die een versnippering van mensen en middelen teweeg brengen, kunnen ook andere modaliteiten verdedigd worden: de ontwikkeling van antennes gebaseerd op lokale samenwerkingsverbanden; de inplanting van MSOC-antennes binnen andere diensten en voorzieningen, of omgekeerd, de inplanting van antennes van andere diensten en voorzieningen binnen het MSOC. Welke modaliteit ook gekozen wordt, de ontwikkeling van antennes zal **meer middelen** vragen, om de versnippering van mensen en middelen te vermijden. De bijkomende kost die de ontwikkeling van antennes met

zich zal meebrengen, zal in ieder geval lager zijn dan de kost die de ontwikkeling van nieuwe MSOC's met zich zou meebrengen.

5.2.2. Sommige doelgroepen worden onvoldoende bereikt

De komst van de MSOC's heeft opnieuw duidelijk gemaakt dat sommige doelgroepen onvoldoende bereikt worden door de hulpverlening.

Het gaat (verschillende regionale accenten buiten beschouwing gelaten) voornamelijk om de volgende groepen: allochtonen (vnl. illegalen), de dubbele diagnose patiënten, alleenstaande vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen, de cliënten die op de zogenaamde zwarte lijsten staan, minderjarigen en de groep van jonge, agressief en risicovol gebruikende amfetaminegebruikers. Sommige MSOC's bereiken deze doelgroepen wel degelijk, maar hebben te weinig middelen om deze mensen daadwerkelijk te helpen.

- **Aanbeveling 12 : Onderzoek naar niet-bereikte doelgroepen**

Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoeveel cliënten in de regio niet bereikt worden door de drughulpverlening, hoeveel cliënten geen enkel contact hebben met de hulpverlening, zelfs niet met het straathoekwerk, en vooral wat de redenen zijn waarom die gebruikers niet worden bereikt.

5.2.3. Er is een stroom van cliënten ontstaan

De komst van het MSOC heeft een stroom van cliënten doen ontstaan van de hoogdrempelige hulpverlening naar de MSOC's. De diensten en voorzieningen die voor de komst van het MSOC een ondercapaciteit hadden, zijn heel tevreden met deze evolutie. De diensten en voorzieningen die door de komst van het MSOC een overcapaciteit kennen, hebben heel wat kritiek op deze evolutie.

5.2.4. Er is een dynamiek ontstaan in de regio's

De komst van de MSOC's bracht een **dynamiek** op gang binnen de drughulpverlening. De MSOC's zorgden niet alleen voor heel wat discussie en kritiek, maar ook voor een **reflectie** over de methodieken, de werkwijze, het (niet) bereiken van bepaalde doelgroepen en de noden en behoeften van cliënten. Dit heeft een invloed gehad op het aanbod en de werkwijze in de regio. Heel wat categoriale maar ook niet-categoriale diensten pasten hun werking aan in het licht van het hulpaanbod van de MSOC's. Waar er sprake is van een afstemming op het aanbod van de MSOC's kan dit effect als positief beschouwd worden; waar er sprake is van afwering van problematische cliënten of van het ontwikkelen van concurrentiele strategieën kan dit effect als negatief beschouwd worden.

De MSOC's bevestigen in ieder geval overduidelijk dat niet alle gebruikers een antwoord krijgen op hun hulpvraag en dat er een grote **nood** is aan **samenwerking en afstemming**. Hoe problematischer de MSOC-populatie (cliënten met zeer zware, complexe problematieken op verschillende vlakken), hoe belangrijker het is voor de hulpverleners van een MSOC om samen te kunnen werken met andere diensten, teneinde de **verantwoordelijkheid** betreffende bepaalde cliënten te kunnen **delen**. Op dit ogenblik

wordt nog te vaak alle verantwoordelijkheid toegeschoven naar één dienst (i.c. een MSOC), wat de werkdruk voor de hulpverleners van een MSOC nog verhoogt.

We merken op dat bepaalde druggebruikers, die in contact zijn met een MSOC, gedurende een bepaalde tijd niet meer vragen dan contact te hebben met het centrum, zonder een andere concrete vraag te stellen. Voor deze mensen is gebruik maken van het netwerk nog niet mogelijk in dat stadium. De ervaring leert ons dat het vaak gaat om een contactfase die gebruikt wordt om de voorwaarden te scheppen voor het latere therapeutische werk. Voor deze gebruikers, en in dat geval, is de notie van de laagdrempeligheid navenant.

Bepaalde **niet-categoriale diensten** staan echter nog steeds weigerachtig tegenover de druggebruikers. Sommige diensten weigeren zelfs druggebruikers op te nemen. In het kader van de methadonsubstitutieprogramma's werken de MSOC's over het algemeen goed samen met **artsen en apothekers**. Nochtans zijn niet alle huisartsen bereid tot een samenwerking en zijn apothekers nog vaak wantrouwig. De moeilijkheden in de relatie tussen **politie en justitie** en de MSOC's worden ondermeer veroorzaakt door hun verschil in doelstelling. De relatie verloopt niet vlekkeloos maar is door de band verbeterd.

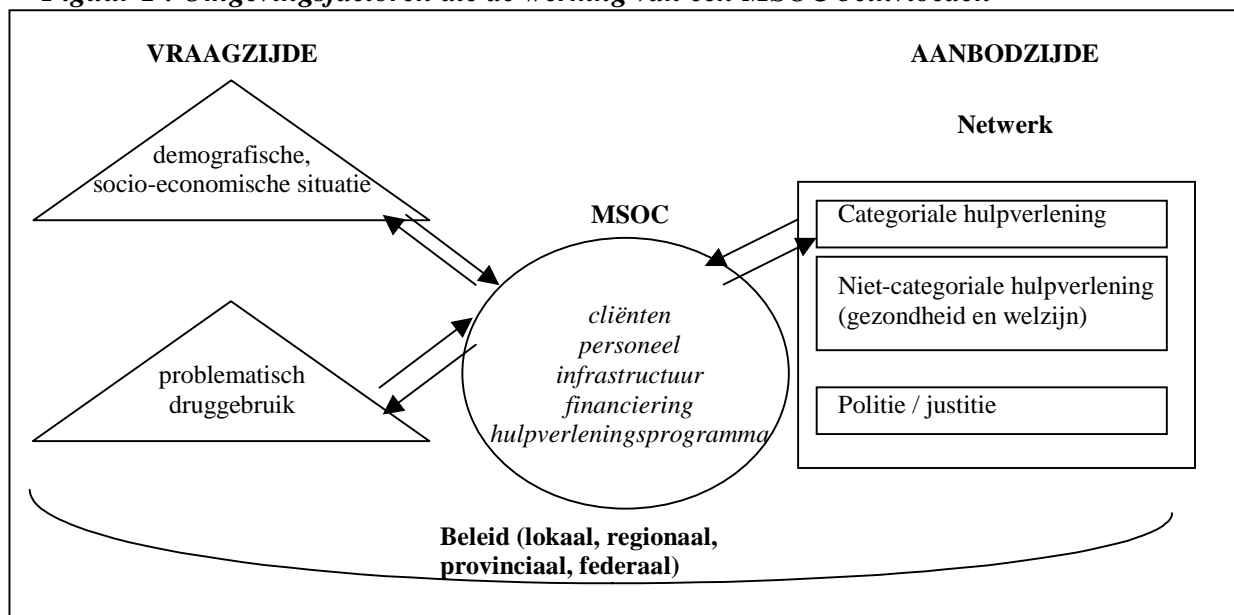
Gezien de ondoorzichtigheid van (het aanbod van) de drughulpverlening, zeker voor de niet categoriale hulpverlening en voor politie en justitie, en gezien het belang van een snelle en goede opvang van problematische druggebruikers, ook 's avonds en in het weekend, is het van belang de permanente beschikbaarheid van de drughulpverlening uit te breiden. Het is ook van belang, zeker in het licht van het toenemend belang van samenwerking tussen justitie en de drughulpverlening, om één aanspreekpunt te ontwikkelen binnen de sociale sector voor de politie en justitie. De kwaliteit van de hulpverlening en de doorverwijzingen vanuit politie en justitie kan er alleen maar mee gebaat zijn.

6. DE OMGEVINGSFACTOREN DIE DE WERKING VAN EEN MSOC BEÏNVLOEDEN

6.1. Verschillende werkingen : het belang van de omgevingsfactoren

De demografische en socio-economische situatie in de doelregio, de aard en omvang van het problematisch druggebruik, het bestaande hulpverleningsaanbod en netwerk in een regio, het drugbeleid en de visie van betrokken sectoren zijn omgevingsfactoren die de uitbouw van de MSOC's sterk beïnvloed hebben.

Figuur 1 : Omgevingsfactoren die de werking van een MSOC beïnvloeden



We hebben de incoherenties, de contradicties en de onduidelijkheden van het project van waaruit de MSOC's zijn ontwikkeld, vastgesteld. We hebben ook vastgesteld dat deze onduidelijkheden in de meeste gevallen zijn omgevormd tot 'vrije zones', waarbij de MSOC erin geslaagd zijn hun werking aan te passen aan de lokale realiteit, zowel aan de eigenheid van de doelgroep, als aan de sociale en economische omstandigheden, als aan de culturele en psychologische context van hun doelgroepen, als aan het bestaande en beschikbare hulpverleningsaanbod in de regio.

In deze context is de MSOC-ervaring zonder twijfel bijzonder. Het resultaat is gunstig, aangezien het de opdracht is van de MSOC's om doelgroepen te bereiken die weinig of geen contact hebben met de klassieke vormen van hulpverlening, hetgeen onvermijdelijk leidt tot de zoektocht naar nieuwe werkvormen. We kunnen bevestigen dat **het aanpassingsvermogen van de MSOC's het belangrijkste kenmerk is dat de eigenheid van de MSOC's bepaalt. Dit aanpassingsvermogen moet dan ook omkaderd en ondersteund worden, zowel op het intellectuele als op het materiële vlak.**

- **Aanbeveling 13 : Gestructureerde flexibiliteit**

Gegeven de bijzondere ervaring van de MSOC's; gegeven het feit dat de MSOC's niet konden profiteren van een uitgebreide organisatorische en klinische expertise; gegeven het feit dat men niet kon terugvallen op de klassieke modellen van de drughulpverlening; gegeven de specificiteit van voorzieningen die gericht zijn op de problematische gebruikers, die weinig vragende partij zijn voor hulp, en, gegeven de in het bijzonder emotionele druk die inherent is aan het werken met deze specifieke doelgroep, moeten we het aanpassingsvermogen beschouwen als één van de meest specifieke kenmerken van de MSOC's. Het is dan ook duidelijk dat de MSOC's een netwerk van diensten vormen die constant evolueren. Daarom is het wenselijk dat de MSOC's kunnen genieten van permanent evaluatieonderzoek, door middel van actiegericht onderzoek, gericht op de begeleiding van de MSOC's op het vlak van hun organisatorische en inhoudelijke processen. Dit evaluatieonderzoek, dat de evolutie van de MSOC's gedurende meerdere jaren zou moeten volgen, zou ertoe kunnen leiden dat de MSOC's volop participeren in het verbeteren van de kennis op het vlak van het problematisch druggebruik. De MSOC's kunnen ook de plaats bij uitstek zijn om nieuwe ontwikkelingen te onderzoeken in snel evoluerende domeinen.

Het lijkt onontbeerlijk om de MSOC's de nodige middelen te geven om hun werking op een permanente basis te ondersteunen. Concreet kan dit door middel van:

- Externe supervisies, ten bate van het team, in het bijzonder om hen te ondersteunen in het geval van institutionele crisissen of van geweld door de cliënten;
- Participatie aan vorming en opleiding of de uitwerking van vorming voor de onthaalfunctie en de valorisatie hiervan;
- Ondersteuning van de reflectie over en het onderzoek naar nieuwe modaliteiten in de organisatorische processen en in de begeleidingsprocessen ;
- Coördinatie om de MSOC's toe te laten om hun eigenheid kenbaar te maken naar de andere hulpverleningsdiensten zodat ze zich kunnen inschakelen in de bestaande zorgcircuits of deelnemen aan de ontwikkeling ervan.

Het voorzien van bijkomende middelen en structuren mag niet tot gevolg hebben dat de flexibiliteit van de centra, namelijk de mogelijkheid om zich aan te passen aan de specifieke plaatselijke situatie, in het gedrang komt.

6.2. De factoren die het verschil in werking tussen de MSOC's bepalen

- **De socio-economische situatie**

Hoe groter de stad, hoe meer potentiële cliënten er voor de hulpverlening zijn, hoe groter ook het aantal zeer gemarginaliseerde cliënten en hoe meer aandacht er zal (nodig) zijn voor specifieke subgroepen zoals illegalen, dubbele diagnose patiënten, kinderen van druggebruikers, die men nu te weinig kan helpen, aangezien men te weinig middelen heeft. In een grote stad is decentralisatie veeleer nodig binnen de stad zelf, en minder daarbuiten.

Hoe ruraler de MSOC-regio, hoe meer nood aan antennes en zeer gespreide decentralisatie, in die zin dat meerdere antennes binnen één stad of gemeente niet nodig zijn, maar antennes dienen verspreid te zijn over verschillende gemeentes. In een rurale regio is ook de samenwerking met huisartsen en apothekers belangrijker en heeft men te maken met een grotere spreiding van personeel en middelen. Ook deze MSOC's hebben dus meer middelen nodig.

- **Het profiel van de hulpvragers**

Het profiel van de hulpvragers wordt sterk bepaald door de socio-economische situatie in een regio. In regio's waar er een grote jongeren- en / of migranten- en / of vierde wereld-problematiek bestaat, zullen ook de doelgroep van het MSOC en de hulpvragen hierdoor beïnvloed worden.

- **De voorgeschiedenis van een MSOC**

Wanneer een MSOC is ingepast binnen de bestaande hulpverlening, kan dat MSOC, zeker bij de start, gebruik maken van de expertise van deze voorziening. Wanneer dat niet het geval is, moet het MSOC meer zelf op zoek gaan naar ondersteuning.

Hoe 'ouder' het centrum, hoe groter de kloof is tussen nieuwe cliënten en gestabiliseerde 'oude' cliënten en hoe meer nood er dan ook is aan (een aanvaarde visie betreffende) andere aanpakken zoals tewerkstellingsprojecten en methadononderhoudsbehandeling (MOB).

- **De vertrouwdheid met problematische druggebruikers in het netwerk**

Wanneer er in een regio een traditie bestaat bij – categoriale en niet categoriale - diensten en voorzieningen om met problematische druggebruikers te werken, zal de komst van het MSOC minder weerstand oproepen.

- **Het bestaande aanbod aan drughulpverlening**

Hoe groter het aanbod is, hoe meer concurrentie er ontstaat, hoe moeilijker de samenwerking, hoe meer nood aan afspraken en betere doorverwijspolitiek. Hoe meer nood er ook zal zijn aan de ontwikkeling van een netwerk waarin een gedifferentieerd aanbod wordt ontwikkeld.

Daarentegen heeft een MSOC gelegen in een regio waar weinig andere gespecialiseerde drughulpverlening is, meer te maken met andere problemen dan heroïneafhankelijkheid, namelijk cocaïne, amfetamines en cannabis (in combinatie met alcohol en medicatie), maar ook met psychologische en gedragsproblemen. Deze 'nieuwe' groepen van cliënten stellen andere problemen. Ze zijn moeilijker tot hulpverlening te motiveren en/of minder bereid in de hulpverlening te blijven, ze stellen soms agressiever en eisend gedrag). Deze cliënten hebben meer gerichte ondersteuning nodig. In deze regio's is er duidelijk nood aan een goed uitgebouwd hulpverleningsnetwerk, ook voor niet-problematische druggebruikers.

- **De initiatieven op het vlak van netwerkontwikkeling**

In regio's waar er intensief gewerkt wordt aan de uitbouw van een netwerk, zal de MSOC in een makkelijke positie terechtkomen, omdat zij kunnen rekenen op het aanbod (onder meer in functie van doorverwijzing) en de expertise van andere diensten en voorzieningen.

In regio's waar weinig initiatieven worden genomen op het vlak van netwerkontwikkeling en coördinatie, is het MSOC meer op zichzelf aangewezen. In deze regio's moeten initiatieven op het vlak van netwerkontwikkeling worden gestimuleerd, zeker in het licht van de zorgcircuits.

V. OVERZICHT VAN DE AANBEVELINGEN

- **Aanbeveling 1 : Installatie van een evaluatiecultuur (p. 10)**

Het is wenselijk dat deze eerste stap in de richting van evaluatieonderzoek zou uitgebreid worden naar andere protocollen betreffende wetenschappelijke evaluatie in het domein van de drugs en de drugafhankelijkheid. Meer algemeen zou een **evaluatiecultuur op een systematische en permanente basis** in dit domein moeten geïnstalleerd worden, teneinde beter evoluties te beheersen op langere termijn.

- **Aanbeveling 2 : Ontwikkeling van evaluatiecriteria (p. 10)**

Er dient in de toekomst eveneens aandacht besteed te worden aan het formuleren van **duidelijke en eenvormige evaluatiecriteria** aan de hand waarvan evaluaties van de drughulpverlening kunnen uitgevoerd worden.

- **Aanbeveling 3 : Combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methodes (p. 21)**

Met het oog op de inschatting van aard en omvang van de drugproblematiek enerzijds en op de evaluatie van drughulpverleningsinstellingen anderzijds, is er nood aan een holistische benadering van het probleem in een sociale, culturele, politieke en historische context, door de combinatie van **kwantitatieve** gegevens met **kwalitatieve** informatie.

- **Aanbeveling 4 : Standaardisering van de registratie (p. 28)**

Om zicht te krijgen op de aard en de omvang van het druggebruik in België in het algemeen, en het problematisch druggebruik in het bijzonder, is er in de eerste plaats nood aan betrouwbare en vergelijkbare gegevens. Om dit te bereiken is er nood aan, zowel op lokaal als federaal vlak, een gestandaardiseerd registratiesysteem, om de vergelijking tussen gegevens te optimaliseren. Een eerste prioriteit hierbij is het ontwikkelen van gemeenschappelijke standaardvariabelen. Aangezien we geen volledige lezing hebben kunnen doorvoeren van alle bestaande mogelijkheden, zouden de items die gebruikt worden door het BIRN een eerste aanknopingspunt kunnen zijn, om dergelijke standaardvariabelen te ontwikkelen. Het lopend onderzoek door de ULB betreffende de Minimale Toxicomanie Gegevens (MTG) / Résumé Toxicomanie Minimum (RTM) maakt een kritische inventaris van de systemen voor het registreren van gegevens betreffende de drugproblematiek : het is duidelijk dat de bestaande systemen voornamelijk gericht zijn op het verzamelen van epidemiologische gegevens en niet op het evalueren van therapeutische processen. Het zou interessant zijn om ook een uniek en gecodeerd cliëntnummer te ontwikkelen voor (problematische) druggebruikers die in contact komen met de hulpverlening, om dubbeltellingen te vermijden en om een zicht te krijgen op de trajecten van cliënten binnen de drughulpverlening.

Aangezien we er ons van bewust zijn dat het doorvoeren van een uniforme registratie omwille van allerlei redenen in de praktijk een zeer problematische opdracht kan betekenen, moet er daarnaast blijvend aandacht besteed worden aan kwalitatief onderzoek, dat de kwantitatieve informatie kan verduidelijken, aanvullen en in de juiste context kan plaatsen. Om een zicht te krijgen op de zgn. **'hidden populations'** van druggebruikers is de kwalitatieve benadering trouwens de enige aangewezen methode.

- **Aanbeveling 5 : Volwaardig behoefteonderzoek is noodzakelijk (p. 28)**

Naast een uniforme registratie en een inventaris van het hulpverleningsaanbod en de verschillende zorgfuncties, dient er eveneens in de toekomst aandacht besteed te worden aan volwaardig permanent **behoefteonderzoek** in de drugsector, dat een accuraat beeld kan geven van de noden en behoeftes van druggebruikers aan de ene kant en het aanbod aan zorg aan de andere kant. Hierbij kunnen met name kwalitatieve onderzoeksmethodes zeer nuttig worden aangewend.

- **Aanbeveling 6 : Herziening van financiële en administratieve voorwaarden (p. 36)**

Het past dus om een **herziening** aan te bevelen **van de administratieve voorwaarden en van de financiële modaliteiten van deze instellingen zoals ze op dit ogenblik vastgelegd zijn**. Een aantal maatregelen van dit vrij rigide mechanisme komen immers in botsing met de flexibiliteit die wenselijk is voor een project waarvan het voornaamste kenmerk het aanpassingsvermogen is. Met name zou het passend zijn om :

- aan de MSOC's een **financieringssysteem** toe te kennen dat **veel stabiel is dan hetgene dat gebaseerd is op de terugbetaling van reeds gedane uitgaven**. inderdaad, de MSOC's verzekeren op dit moment een belangrijk werk met de cliënten vooraleer deze officieel financieel vergoedbaar zijn; de laagdrempelige hulpverlening kan inderdaad geen financiële voorwaarden opleggen voorafgaand aan de hulpverlening ;
- de MSOC's **middelen** toe te kennen **voor de cliënten die zich in een situatie van administratieve marginaliteit bevinden** ("zonder papieren", daklozen, personen zonder ziekte- en invaliditeitsverzekering,...) ;
- de MSOC's meer vrijheid te geven bij de invulling van het personeelskader. Het personeelskader wordt immers vastgelegd in de projecten die de steden waar een MSOC gevestigd is, hebben opgesteld ten tijde van hun oprichting. De MSOC's, die zich voornamelijk kenmerken door hun aanpassingsvermogen, moeten dit beginproject kunnen herzien, met name via **het op elkaar afstemmen van de financiële middelen en de human resources**. Ook inhoudelijk mag het werken met de doelgroep van de MSOC's niet onderschat worden. Omwille van de hoge werkdruk en het veeleisende werk, ondervinden bepaalde MSOC's namelijk moeilijkheden bij het vinden en/of houden van geschikt personeel ;
- de **circulatie van cliënten binnen de (zich vormende) zorgcircuits zowel administratief als financieel te vergemakkelijken**. Op dit ogenblik wordt de financiering van een cliënt immers niet meer toegekend vanaf het moment dat zijn multidisciplinaire begeleiding niet meer volledig binnen het MSOC plaatsvindt. Een goede praktijk van het samenwerken met partners impliceert nochtans dat een deel van de hulpverlening ten aanzien van een cliënt in het MSOC zou kunnen gebeuren, terwijl die reeds gedeeltelijk cliënt is bij andere voorzieningen ;

- de **circulatie van bepaalde sleutelfiguren, personeelsleden van de MSOC's, binnen de zorgcircuits zowel administratief als financieel te vergemakkelijken**, zodat zij de doorgang van cliënten van één voorziening naar een andere gemakkelijker kunnen maken, bijvoorbeeld door eenzelfde cliënt te blijven volgen ook als die in een andere voorziening is. We stellen vast, ook in de aanpassingen van de RIZIV-conventie van Luik, dat de duur van de begeleiding in een MSOC geëvolueerd is van enkele dagen in het begin tot een maand op het einde. We mogen er op dit ogenblik van uitgaan dat er niet echt een vastgelegde duur bestaat ;
- De administratieve en financiële schikkingen werden bedacht voor periodes van hulpverlening die veel te kort zijn, vergeleken met de realiteit van het werkveld (waar de doelgroep zich met name kenmerkt door de chroniciteit van haar problematiek). Wanneer men verwacht van de MSOC's dat ze de cliënten aanmoedigen om zich te richten tot intensievere therapeutische programma's, is dat een taak die veel meer tijd in beslag neemt dan het dispositief op dit ogenblik toelaat. Een realistische duur van de begeleidingen in een MSOC bedraagt enkele jaren en niet enkele maanden zoals het op dit ogenblik van het project "MSOC" verondersteld wordt. De administratieve en financiële schikkingen moeten dus aangepast worden zodat zij beter aansluiten bij deze vaststelling ;
- De personeelsbezetting is hoofdzakelijk berekend op basis van het aantal te verrichten begeleidingen. Er is slechts een beperkt luik voorzien voor beleid, registratie, opleiding, overleg, inter- en supervisie en evaluatie. De ondercapaciteit van de MSOC's zorgt dat er voor deze structurele activiteiten onvoldoende tijd kan vrijgemaakt worden. Deze activiteiten zijn nochtans van cruciaal belang. **Gezien de bestaande werkdruk binnen de MSOC's, is het zinvol om personeel vrij te stellen om deze aspecten van de organisatie systematisch aan te pakken.**
- Gezien het grote aantal cliënten in de MSOC's, en de werkdruk die dit, zeker ook voor de directeurs tot gevolg heeft; maar vooral gezien het belang van een evenwichtige uitbouw van het MSOC zowel intern (revalidatiebeleid, personeelsbeleid) als extern (netwerkvorming, contacten met andere diensten en voorzieningen, met het beleid), is het aangewezen om in de MSOC's waar maar één directeur is, **een onderscheid te maken tussen een algemeen directeur en een medisch directeur**. Dit kan de evenwichtige uitbouw van de MSOC's alleen maar ten goede komen.

- **Aanbeveling 7 : Uitklaren van doelstellingen en verwachtingen (p. 40)**

Globaal genomen zijn de MSOC's nog te sterk gericht op de problemen die verband houden met het middelengebruik op zich, waardoor een globale aanpak van alle problemen, gericht op de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten, onvoldoende aanbod komt. **Daarom is een uitklaring van de verwachtingen en de doelstellingen van het MSOC noodzakelijk, om zowel de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten, als hun subjectieve levenskwaliteit te bevorderen.**

Men zou met name het *aanpassingsvermogen* van de interventiedrempel eerder dan de *laagdrempelige interventie op zich*, de *vermindering van de schade* eerder dan de *vermindering van de risico's*, de substitutiebehandeling gericht op *onderhoud* eerder dan

op ontwenning, het werken in samenspraak met en gericht op de cliënt (*case management*) eerder dan het doorverwijzen van de cliënt tussen voorzieningen binnen het netwerk, kunnen benadrukken. Het is in ieder geval van belang een ongewenst effect van het MSOC te vermijden, dat erin bestaat de cliënt binnen één drempel te houden die relevant is vanuit humanitair oogpunt, meer dan vanuit revalidatie- of therapeutisch oogpunt, waardoor de cliënten in een “spiraal van laagdrempeligheid” komen vast te zitten. Er moet dus ruimte voorzien worden voor de inspraak van de cliënten en voor het stimuleren van initiatieven die cliënten de mogelijkheid geven om deel te nemen aan de evaluatie van de methodieken van de MSOC's (met name door middel van de *Focus Groups*). Het uitklaren van doelstellingen en verwachtingen mag niet tot gevolg hebben dat de flexibiliteit van de centra, namelijk de mogelijkheden om zich aan te passen aan de specifieke plaatselijke situatie, in het gedrang komt.

- **Aanbeveling 8 : Uitklaren van het drughulpverleningsaanbod (p. 41)**

Het is noodzakelijk dat, in elk geografisch attractiegebied dat door het onderzoek werd vastgesteld, de diensten en voorzieningen die daar gevestigd zijn en een rol hebben op het vlak van het problematisch druggebruik, zouden betrokken worden bij de **identificatie** van het problematisch druggebruik én van het aanbod in de regio. Deze verscheidenheid van projecten en therapeutische programma's moet, eens geïdentificeerd door alle betrokken diensten en voorzieningen samen, bijdragen tot de ontwikkeling van de netwerken en de zorgcircuits. Dit moet bijdragen tot de optimalisatie van de coördinatie in de betrokken sectoren; een coördinatie die gericht is op de noden en behoeften van de cliënten.

Rekening houdend met deze verschillen in de praktijk, is het zinvol de horizontale beleidsafstemming te stimuleren, zoals die beschreven is in het onderzoek "Het Belgisch drugbeleid anno 2000". De steden hebben al aanzienlijk geïnvesteerd op het vlak van de drugproblematiek om een beleid te ontwikkelen dat aangepast is aan de lokale kenmerken van die drugproblematiek. Doorheen het onderzoek hebben wij gewezen op de verschillen die we hebben kunnen vaststellen tussen de verschillende bestudeerde regio's. Het is dan ook van belang de lokale initiatieven te stimuleren, aangezien het lokale beleidsniveau het best geplaatst is om de situatie en de kenmerken van het problematisch druggebruik te kennen waaraan de lokale diensten en voorzieningen dagdagelijks het hoofd moeten bieden. Hier is vooral van toepassing wat de WHO al verschillende jaren zegt : "*Think wide to act tight*".

- **Aanbeveling 9 : Een duidelijke coördinatiestructuur (p. 42)**

Een duidelijke en consequent doorgetrokken **coördinatiestructuur**, met duidelijke opdrachten én mandaten, die door de verschillende overheden en sectoren wordt erkend, is essentieel. Deze coördinatiestructuur moet uitgewerkt worden voor alle beleidsniveaus (lokaal, provinciaal, Vlaams en federaal), zowel op sectorniveau, als op sectoroverstijgend niveau, mét bijzondere aandacht voor het lokale beleidsniveau.

- **Aanbeveling 10 : Evaluatie-instrumenten en -criteria voor MSOC-cliënteel (p. 44)**

Gezien de eigenheid van het MSOC-cliënteel lijkt het ons aangewezen om het effect van een MSOC niet aan te rekenen aan de ontwenning van cliënten, maar eerder aan de **verbetering van hun situatie op een aantal specifieke vlakken** (druggebruik, gezondheid, relaties met familie/vrienden, werk/inkomenssituatie, juridische situatie). Om een zicht te krijgen op deze effecten, dient het gebruik van een klinische vragenlijst, aangepast aan de MSOC's, aangemoedigd te worden. Aangezien het afnemen van deze vragenlijst echter vrij tijds- en arbeidsintensief is, moeten daarvoor ook de middelen ter beschikking gesteld worden.

Daarnaast is het voor de MSOC's eveneens een haalbare doelstelling te werken aan de motivatie van cliënten naar doorverwijzing toe en de **effectieve doorverwijzingen** op vraag van de cliënt. De rol van het MSOC bestaat er dan in - in voorkomend geval - de cliënt via gesprekken tot inzicht te brengen dat verwijzing nodig is.

Algemeen mag men niet uit het oog verliezen dat de hierboven beschreven effecten op cliënten van de begeleiding door een MSOC een project van jaren kan inhouden.

- **Aanbeveling 11 : Uitbreiding via de oprichting van antennes (p. 44)**

De ontwikkeling van regionale antennes, voor die regio's waar het problematisch druggebruik duidelijk aanwezig is en het aanbod voor problematische druggebruikers beperkt is, is een interessante optie die tot nog toe onvoldoende wordt benut. De territoriale uitbreiding van laagdrempelige diensten zoals het MSOC zou voor deze regio's zonder meer nuttig zijn.

Naast de decentralisatie van de MSOC's via antennes, die nu uitgebouwd zijn door bepaalde MSOC's, maar die een versnippering van mensen en middelen teweeg brengen, kunnen ook andere modaliteiten verdedigd worden: de ontwikkeling van antennes gebaseerd op lokale samenwerkingsverbanden; de inplanting van MSOC-antennes binnen andere diensten en voorzieningen, of omgekeerd, de inplanting van antennes van andere diensten en voorzieningen binnen het MSOC. Welke modaliteit ook gekozen wordt, de ontwikkeling van antennes zal meer middelen vragen, om de versnippering van mensen en middelen te vermijden. De bijkomende kost die de ontwikkeling van antennes met zich zal meebrengen, zal in ieder geval lager zijn dan de kost die de ontwikkeling van nieuwe MSOC's met zich zou meebrengen.

- **Aanbeveling 12 : Onderzoek naar niet-bereikte doelgroepen (p. 45)**

Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoeveel cliënten in de regio niet bereikt worden door de drughulpverlening, hoeveel cliënten geen enkel contact hebben met de hulpverlening, zelfs niet met het straathoekwerk, en vooral wat de redenen zijn waarom die gebruikers niet worden bereikt.

- **Aanbeveling 13 : Gestructureerde flexibiliteit (p. 48)**

Gegeven de bijzondere ervaring van de MSOC's; gegeven het feit dat de MSOC's niet konden profiteren van een uitgebreide organisatorische en klinische expertise; gegeven het feit dat men niet kon terugvallen op de klassieke modellen van de drughulpverlening; gegeven de specificiteit van voorzieningen die gericht zijn op de problematische gebruikers, die weinig vragende partij zijn voor hulp, en, gegeven de in het bijzonder emotionele druk die inherent is aan het werken met deze specifieke doelgroep, moeten we het aanpassingsvermogen beschouwen als één van de meest specifieke kenmerken van de MSOC's. Het is dan ook duidelijk dat de MSOC's een netwerk van diensten vormen die constant evolueren. Daarom is het wenselijk dat de MSOC's kunnen genieten van permanent evaluatieonderzoek, door middel van actiegericht onderzoek, gericht op de begeleiding van de MSOC's op het vlak van hun organisatorische en inhoudelijke processen. Dit evaluatieonderzoek, dat de evolutie van de MSOC's gedurende meerdere jaren zou moeten volgen, zou ertoe kunnen leiden dat de MSOC's volop participeren in het verbeteren van de kennis op het vlak van het problematisch druggebruik. De MSOC's kunnen ook de plaats bij uitstek zijn om nieuwe ontwikkelingen te onderzoeken in snel evoluerende domeinen.

Het lijkt het onontbeerlijk om de MSOC's de nodige middelen te geven om in hun werking, op een permanente basis, te ondersteunen. Concreet kan dit door middel van:

- Externe supervisies, ten bate van het team, in het bijzonder om hen te ondersteunen in het geval van institutionele crisissen of van geweld door de cliënten;
- Participatie aan vorming en opleiding of de uitwerking van vorming voor de onthaalfunctie en de valorisatie hiervan;
- Ondersteuning van de reflectie over en het onderzoek naar nieuwe modaliteiten in de organisatorische processen en in de begeleidingsprocessen ;
- Coördinatie om de MSOC's toe te laten om hun eigenheid kenbaar te maken naar de andere hulpverleningsdiensten zodat ze zich kunnen inschakelen in de bestaande zorgcircuits of deelnemen aan de ontwikkeling ervan.

Het voorzien van bijkomende middelen en structuren mag niet tot gevolg hebben dat de flexibiliteit van de centra, namelijk de mogelijkheid om zich aan te passen aan de specifieke plaatselijke situatie, in het gedrang komt.

BIBLIOGRAFIE

- *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, Kabinet van de Eerste Minister, Brussel, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION ; *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e ed.)*, trad. fr. par Guelfi J.D. & al., Masson, Paris, 1996.
- BALTHAZAR, T., BOGAERT, M., DE RUYVER, B., DEWALLENS, F. en MAXIMUS, L., *Juridische aspecten van druggebruik*, Gent, Mys&Breesch, 1996.
- BARBIER, R., *L'approche transversale, l'écoute sensible en sciences humaines*, Parijs, Anthropos, 1997.
- BEAUCHESNE, L., *La légalisation des drogues... pour mieux en prévenir les abus*, Montréal, Méridien - Georg, "Repères", 1991-1992.
- BERGERET, I., FROM, L., JOOSTEN, J. en PELC, I., "The Minimum Psychiatric Summary : Care Profiles and Patient's Needs", in *VIII congrès de la Fédération Internationale d'Épidémiologie Psychiatrique*, Taipei, mars 1999.
- BERGERET, I., DE BACKER, V., FROM, L., JOOSTEN, J., NICAISE, P. EN PELC, I., *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Octobre 1999 (rapport intermédiaire)
- BERGERET, I., FROM, L., JOOSTEN, J., NICAISE, P. EN PELC, I., *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Mars 2001
- BELDING, M.A., McLELLAN, A.T., ZANIS, D.A., INCMIKOSKI, "Characterizing "Nonresponsive" Methadone Patients", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15, 1998, 6.
- *Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek / Note politique du Gouvernement fédéral Drogues*, Brussel / Bruxelles, 19 januari / janvier 2001.
- BIJNENS, J., NIELANDT, B., en HAUGLUSTAINE, A., *Probleemgebruikers van harddrugs: onderzoek naar de aantallen en kenmerken van probleemgebruikers in Limburg 1984-1985*, Hasselt, CAD, 1985.
- BLOM, T., DE DOELDER, H., HESSING, D.J. (reds.), *Naar een consistent drugbeleid*, Sanders Instituut, Deventer, 1996.
- BOGAERT, J., PINCÉ, H. e.a., *RCM 1996 en images, variation géographique de la pathologie dans les hôpitaux belges*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 2000.
- BOON, H. et DESMECHT, R., *Evaluation de l'offre en Province de Hainaut des soins socio-sanitaires en matière d'assuétudes*, CAREDA, Mons, septembre 1998.
- BOONS, M., DE BOECK, R., MARECHAL, N., ROMBAUTS, P. en VANHEX, M., *Provinciaal onderzoek drugproblematiek Limburg. Kontakten van welzijnswerkers met gebruikers van illegale drugs*, Hasselt, Limburgs Platform Overleg Verslaving, 1992.
- BOROCCO, N. et SALMONA, H., *Une histoire dans la ville, un réseau d'échanges réciproques de savoirs*, Evry, Matrice, Vigneux (F), 1996.
- BOUVERNE-DE BIE, M., *Forensisch welzijnswerk*, Academia Press, Gent, 1999.

- BRISSON, P. e.a., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Gaëtan Morin, Montréal, 1988.
- BRISSON, P. e.a., *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. III*, Gaëtan Morin, Montréal, Parijs, 2000.
- BROEKAERT, E., DERLUYN, I. en VANDERPLASSCHEN, W., *Drugverslaafden met jonge kinderen, Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen*, Onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000.
- BROEKAERT, E., VANDERPLASSCHEN, W. en SOYEZ, V. (eds.) ; *Proceedings of The International Symposium On Substance Abuse Treatment and Special Target Groups*, 1999.
- BROOThAERTS, J.P., FRYNS, A., KORnREICH, CH. et PELC, I., *Assuétudes : motivation au changement et prise en charge semi-ambulatoire*, in RFCCC, Oct. Nov. Déc. '98/Jan. '99, Vol. III, n°4, pp.25 et sq.
- BUNING, E., "Outreach work with drug users: an overview", *The International Journal of Drug Policy*, 1993, nr. 4, p. 78 - 81.
- CAD / MSOC Limburg, *Jaarverslag 1997, Jaarverslag 1998, Jaarverslag 1999, Jaarverslag 2000*, Genk.
- CALLON M. e.a., *La science et ses réseaux : genèse et circulation des faits scientifiques*, La Découverte, Paris, 1989.
- CASSELMAN, J., "Integrale benadering in de geestelijke gezondheidszorg", *Acta Hospitalia* 1979, Vol. XIX, nr. 4, p. 382-383.
- CASSELMAN, J., *Present Procedures and Services in the Treatment of Drug-related Problems with Reference to Evaluation*, WHO Consultation Group on Assessing Standards of Care in Drug Abuse Treatment, San José (Costa Rica), november 1988.
- CASSELMAN, J., *Met vallen en opstaan. Motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugproblemen*, Leuven/Apeldoorn, Garant, 1996.
- CASSELMAN, J., *Druggebruik: aard en omvang*, lezing Postacademisch Vormingsprogramma Drugproblemen, 17 december 1998.
- CASSELMAN, J., DE RUYVER, B., MEUWISSEN, K., BULLENS, F. en VAN IMPE, K., *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*, Gent, UG - Leuven, KUL, 2000.
- CATTACIN, S., LUCAS, B. en VETTER, S., *Modèles de politique en matière de drogue, une comparaison de six réalités européennes*, L'harmattan, "Logiques politiques", Paris, 1995.
- Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues ; *Liste des centres, organismes et institutions ayant une action préventive, de recherche et / ou curative dans le domaine des toxicomanies*, Bruxelles, 1^{er} trim. 1998.
- Chambre des Représentants de Belgique / Parl. St. Kamer ; *Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue / Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek*, SO 1996-1997, 1062/3, Bruxelles / Brussel, 5 juin / juni 1997.
- Conseil Supérieur d'Hygiène, Commission des Médicaments ; *Conférence de Consensus, traitement de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1994.

- *Convention entre le Comité de l'Assurance Soins de Santé et l'asbl "Maison d'Accueil Socio-Sanitaire [x]" à [x] / Overeenkomsten tussen het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers*, INAMI / RIZIV, Bruxelles / Brussel.
- CORIN, E. and LAUZON, G., "Positive Withdrawal and the Quest for Meaning, the Reconstruction of the Experience among Schizophrenics", *Psychiatry*, 55 (3), 266-278.
- CORTEN, Ph. et PELC, I. ; Alcoholics and Drug Addicts at the Emergency Room of the Hospital. Analysis of the Staff Behaviour and Patient's Progression, in *Acta Psychiatrica Belgica*, 86, Bruxelles, 1986, pp. 103-110.
- DECLERCK, B., *Listing des membres des différents ateliers ainsi que des membres de la Coordination élargie*, Coordination Drogue, Ville de Charleroi, niet-gepubliceerde lijst.
- DECORTE, T., *Informal control mechanisms among cocaine and crack users in the metropolitan area of Antwerp (Belgium)*, Leuven, K.U.L., 1999.
- DEGENNE, A. et FORSÉ, M., *Les réseaux sociaux, Une analyse structurale en sociologie*, Armand Colin, "U - Sociologie", Paris, 1994.
- DE LONG, C.A.J., SCHIPPERS, G.M. en DE WILDT, W., "Het gebruik van farmaca bij de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen", *Handboek Verslaving*, B 4336-3, december 1999, p. 5 –10.
- DEMEESTER, W., *Beleidsbrief, Gezondheidsbeleid, Kwaliteit als hefboom voor een Vlaams gezondheidsbeleid*, Vlaamse Raad, Brussel, 1996.
- DE MEULEMEESTER, P., MOLENBERGHS, G., NASSEN, E. en BELLINGS, P., "Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg", *Acta Hospitalia*, 1998, nr. 3, p. 29-43.
- DEPESTEL, N., *Facetten van West-Vlaanderen. Socio-economische profielen van de arrondissementen in West-Vlaanderen*, WES, Assebroek, 1998.
- DE RUYVER, B., *De strafrechtelijke politiek gevoerd door de socialistische ministers van justitie E. Vandervelde, P. Vermeylen en A. Vranckx*, Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de graad van Doctor in de criminologie, Rijksuniversiteit Gent, 1986.
- DE RUYVER B. e.a., *Données épidémiologiques relatives à l'usage des drogues en Belgique et dans les pays voisins / Epidemiologische gegevens over druggebruik in België en buurlanden*, SSTC / DWTC, Bruxelles / Brussel, 1996.
- DE RUYVER, B., VAN BOUCHAUTE, J. en BALTHAZAR, T., *Methadon, Hulpmiddel of wondermiddel?*, Garant, Leuven/Apeldoorn, Reeks Alcohol en Andere Drugs, nr. 2, 1994.
- DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FRANCK, P. en VAN DAELE, L., *Kansarmoede, druggebruik, criminaliteit*, Gent, U.G., 1992.
- DE RUYVER, B., HAP, M., MARCHANDISE, T., SCHLEIPER, A. en VERMEULEN, G., *Drugbeleid in 2000 / Gestion des drogues en 2000*, Antwerpen, Maklu / Bruxelles, Bruylant, 1997.
- DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, C. (eds.), *Het drugbeleid in België : actuele ontwikkelingen / La politique en matière de drogues en Belgique : développements actuelles [sic]*, Antwerpen, Maklu / Bruxelles, Bruylant, 1998.

- DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FLAVEAU, A., DE LEENHEER, A., CARLIER, F., NOIRFALISE, A. en PELC, I. (red.) ; *Drugbeleid aan de vooravond van de 21ste eeuw / Politique en matière de drogue à la veille du 21^{ème} siècle*, Antwerpen, Maklu / Bruxelles, Bruylant, 2000.
- DESSOY, A., "Typologie "socio-économique" des communes", *Bulletin du Crédit Communal*, n° 205 (1998/3), Bruxelles, 1998, pp. 17-43.
- DE VLEESCHOUWER, D., *Inventaire des structures spécialisées dans le suivi des usagers de drogues en Province de Namur*, Plate-forme de concertation de la région de Namur, niet-gepubliceerde lijst.
- DIONNE, H., *Le développement par la recherche-action*, L'Harmattan, "Outils de recherche", Montréal, 1998.
- DIAPASON, *Rapport d'activités 1998 et Rapport d'activités 1999*, Charleroi.
- *Directive du Collège des Procureurs Généraux relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites du 17 avril 1998*, Bruxelles, 1998.
- DOM, G. (red.), *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*, Epo, Berchem, 1999.
- DOSSE, F., *L'empire du sens, L'humanisation des sciences humaines*, La Découverte, Paris, 1995.
- DUBET, F., *La galère : jeunes en survie*, Fayard, Paris, 1987.
- DUMOULIN, P., GIOT, M.P., JAMOULLE, P. en PANUNZI-ROGER, N., *Rapport de recherche : évaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative*, CPAS de Charleroi, ville de Leers, Pacte Interreg I, Charleroi, octobre 1995.
- DRIESSEN, F.M.H.M., VÖLKER, B.G.M., KREGTING, J. en VAN DER LELIJ, B., *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*, Den Haag / Utrecht, Bureau Driessen, 1999.
- EHRENBERG, A., MIGNON, P. e.a., *Drogues, politique et société*, Descartes - Le Monde Editions, Paris, 1992.
- EHRENBERG, A. E.A., 1991, *Individus sous influence, drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Esprit, "Société", Paris, 1991.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Extended Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 1999*, EMCDDA, Lisboa, 1999.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Understanding and responding to drug use : The role of qualitative research*, "EMCDDA Scientific Monograph Series", Luxembourg, 2000.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Evaluation : A key tool for improving drug prevention*, "EMCDDA Scientific Monograph Series", Luxembourg, 2000.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe*, "Insights", n°3, 2000.
- FOUNTAIN, J., GRIFFITHS, P., POWIS, B., et al.; *Focus groups on Service Provision, Letting the client speak*, National Addiction Center, commissioned by Community Drug Project, 1993.
- FOUNTAIN, J. en GILMAN, M., *Focus groups on clients' opinions of the Community Drug Project*, niet gepubliceerd document, 1995.

- FOUNTAIN, J., STRANG, J., GRIFFITHS, P., POWIS, B. and GOSSOP, M. ; "Measuring Met and Unmet Need of Drug Misusers: Integration of Quantitative and Qualitative Data", *Eur. Addict. Res.* 2000, 6, 97-103.
- GEIRNAERT, M., "Overzicht van de structuur van de preventie, de hulpverlening en het straatwerk in Vlaanderen", in: DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A., FIGIEL, C. (reds.); *Het drugbeleid in België: actuele ontwikkelingen*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 1998.
- GIBSON, R.L., en MITCHELL, M.H., *Introduction to Counseling and Guidance*, Prentice Hall International, Upper Saddle River (New Jersey), 1999.
- GGZ West-Vlaanderen, *Jaarverslag 1999, Jaarverslag 2000*, Overlegplatform voor de Geestelijke Gezondheidszorg in de provincie West-Vlaanderen, Menen.
- GIRAUD, C., *Concepts d'une sociologie de l'action, introduction raisonnée*, L'Harmattan, "Logiques sociales - théories sociologiques", Paris, 1994.
- GOELENS, I. e.a., *Enquête-Sentinelles, recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi, analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999*, Ville de Charleroi – Coördination Drogue, Charleroi, octobre 2000.
- GRIETEN, C., *COOL-project : HIV-preventie bij injecterende druggebruikers. Etnografisch onderzoek injecterende druggebruikers Antwerpen. Tussentijds verslag*. Antwerpen – Brussel, VAD – Free Clinic, 1994.
- HARTNOLL, R., COHEN, P. e.a., *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA – Pompidou Group of the Council of Europe, "EMCDDA Scientific Monograph Series", Luxembourg, 1997.
- HEBBERECHT, P., "Van preventiecontract tot veiligheids- en samenlevingscontract... of de logica van een veiligheidsstaat", *Panopticon* 1997, 101-110.
- HOGE GEZONDHEIDSRAAD, *Verslag over de follow-up van de consensusconferentie over methadon, ministerie van sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu*, Brussel, november 2000, URL: www.health/fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/consensusconferentie_methadone.html
- INCIARDI, J.A. and HARRISON, L.D. (ed.), *Harm Reduction. National and International Perspectives*, Thousand Oaks/London/New Dehli, Sage Publications, 2000.
- JACQUES, J.P., *Pour en finir avec les toxicomanies, psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, De Boeck & Larcier, "Oxalis", Bruxelles, 1999.
- JAMOULLE, P., *Drogues de rue, récits et styles de vie*, De Boeck Université, "Oxalis", Bruxelles, 2000.
- KESTELOOT, K. e.a., "Innovatieve vormen van samenwerking in de gezondheidszorg: recente binnen- en buitenlandse ervaringen", *Acta Hospitalia*, 1999, nr. 1, p. 5-13.
- KINABLE, R., CASSELMAN, J., TODTS, S. en VAN DEUN, P., *Druggebruikers en AIDS, AIDS-risicogedrag bij injecterende druggebruikers en evaluatie van een preventief project*, Brussel, VAD – Leuven, K.U.L. – Antwerpen, Free Clinic, 1994.
- KOETER, M.W.J. en VAN DEN BRINK, W., "Methodologische problemen bij effectonderzoek in de verslavingszorg", *T.Alc.Drugs* 1995, Vol. 21, nr. 1, 1-10.

- LAPLANCHE, J. en PONTALIS, J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1978.
- LATOUR, B., *Nous n'avons jamais été modernes, essai d'anthropologie symétrique*, La Découverte, Paris, 1991.
- LEDOUX, Y., PELC, I., et ROUSSEAU, J-P., "Le devenir des toxicomanes et des alcooliques après traitement: le rôle des rapports familiaux et interpersonnels", in *Nouvelles de la Sciences et des Technologies*, Vol 11, n° 4, Bruxelles, 1993, pp. 71-80.
- LEURQUIN, P. e.a., *Rapport national belge sur les drogues 2000*, Belgian Information REITOX Network – ISP/WIV, Bruxelles, 2000.
- LIU, M., *Fondements pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1997.
- MACQUET, C., *Toxicomanies, aliénation ou styles de vie*, L'harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1994.
- MACQUET, C., *Toxicomanies et formes de la vie quotidienne*, Mardaga, Liège, 1992.
- MAERTENS, J., "Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie, een probleem zo groot als het werkveld", *Hospitalia*, 1997, nr. 4, 171-180.
- MARTIN, C., *Les recherches actions sociales, miroirs aux alouettes ou stratégie de qualification*, La Documentation Française - Documents Affaires sociales - MIRE, Paris 1986.
- MARTINEAU, H. en GOMART, E., *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies – CESDIP – CSI, Paris, 2000.
- MASLOW, A.H., *Motivation and Personality*, 3rd edition revised by Frager R., Fadiman J., McReynolds C. & Cox R., Harper Collins, New York, 1970.
- MÉRENNE, B., VAN DER HAEGEN, H., VAN HECKE, E. e.a., "La Belgique, diversité territoriale", *Bulletin du Crédit Communal*, n° 202 (1997/4), Bruxelles, 1997, pp. 5-144.
- MILLER, W., ROLLINCK, S. (eds.), *Motivational training, preparing people to change addictive behavior*, Guilford Press, London, 1991.
- MINJON, B., "Methadon, toepassing in de drugshulpverlening", in BUISMAN, W.R., CASSELMAN, J., NOORLANDER, E.A., SCHIPPERS, G.M. en DE ZWART, W.M. (red.), *Handboek Verslaving* (B 4370, 1-20), Houten / Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum.
- MINJON, B. en WOLTERS, R.D.F., *Hulpverlening bij verslavingsproblemen*, Samsom Uitgeverij, Brussel 1988.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds, Geactualiseerde cijfers*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 1998.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Vrind 99: Vlaamse Regionale Indicatoren*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Profiel Vlaanderen 2000*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000.

- MOREL, A., HERVÉ, F. et FONTAINE, B., *Soigner les toxicomanes*, Dunod, Paris, 1997.
- MORGAN, A.L. en KREUGER, R.A., *When to use focus groups and why, Successful Focusgroups*, Sage, London, 1993.
- MORIN, E., *Science avec conscience*, Fayard, Paris, 1982.
- MSOC ANTWERPEN, *Registratiegegevens 1997, Registratiegegevens 1998, Registratiegegevens 1999, Registratiegegevens 2000*, Antwerpen.
- MSOC GENT, *Jaarverslag 2000, Medisch Sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers*, niet gepubliceerd document, Gent, 2001.
- MSOC LIMBURG, *Evaluatie methadonprogramma Limburg*, 1998.
- NASSEN, E., "Nieuwe begrippen voor een nieuwe toekomst van de geestelijke gezondheidszorg" *Hospitalia*, 1999, nr. 3, p. 111-123.
- "*Ne faisons pas l'autruche face aux toxicomanies*", répertoires des institutions compétentes en matière de toxicomanies en Province de Namur, Gouvernement Provincial de Namur, Namur.
- NEUBURGER, R., *L'autre demande, psychanalyse et thérapie familiale systémique*, (3^e ed.), ESF, Paris, 1992.
- NOIRFALISE, A., DE RUYVER, B., MANFREDINI, T. en VAN DAELE, L. ; *Guide d'évaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues / Handleiding voor de evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers*, SSTC / DWTC, Bruxelles / Brussel, 1998.
- Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies ; *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne 1999*, EMCDDA, Lisboa, 1999.
- PARENTHÈSE, *Rapport d'activités 1998 en Rapport d'activités 1999*, Mons.
- PELC, I., Les assuétudes : définitions – concepts, in PELC, I. (Ed.), *Les assuétudes, Abus et états de dépendance, alcool, tabac, médicaments, drogues*, Ed. de l'ULB, Bruxelles, 1983.
- PELC I. ; Les drogues en Belgique – Situation actuelle et perspectives, Lecture à l'Académie Royale de Médecine, in *Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Bruxelles*, 144, Bruxelles, 1989, pp.580-588
- PELC, I. (ed.) e.a., "La pensée et les hommes"; *La drogue, réprimer, libérer, soigner*, ULB, n° 24, Bruxelles, 1993
- PELC, I., JOOSTEN, J., FROM, L., BERGERET, I., LEDOUX, Y. et TECCO, J., The minimal psychiatric summary and the current organisation in mental health care in GUIMON, J. and SARTORIUS, N. (Ed.), *Manage or Perish?*
- PELC, I., FROM, L., JOOSTEN, J., BERGERET, I. et LEDOUX, Y., Le R.P.M. et l'organisation actuelle des soins de santé mentale. in *Les Entretiens d'Egmont. Région et Santé: 'Connaître les faits pour développer une politique globale'*, Bruxelles, 13-14 février 98.
- PELC, I. et LAURENT, A., *Les assuétudes dans la région du Mékong – Drug Addiction in de Mekong Region*, Ed. Pelc I. & Laurent A., Bruxelles, 1998.
- PIGNARRE, P., *Les deux médecines : médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995.
- Platform Preventie Middelennisbruik Provincie Antwerpen en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen, *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelennisbruik Provincie Antwerpen 2000*.
- POPPER, K.M., *La logique de la découverte scientifique*, trad. fr., Payot, Paris, 1973.

- POPPER, K.M., *Conjectures et réfutations, la croissance du savoir scientifique*, trad. fr., Payot, Paris, 1985 (rééd.).
- PoppovGGZ, Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, *Activiteitenverslag 1998, Activiteitenverslag 2000*, v.z.w. Popov Logistiek, Gent.
- PRESTON, A. (ed.); *The Methadone Briefing, An easy to use reference the methadone and methadone prescribing: for health and other professionals*, Island Press, United Kingdom, 1996.
- PROCHASKA, J.O. and DICLEMENTE, C.C., "L'approche transthéorique", in NORCROSS, J.C., GOLDFRIED, M.R. e.a., *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, "Re-connaissances", Paris, 1998, pp. 281-318.
- Provincie Limburg en Limburgs Platformoverleg Verslaving, *Drugwijzer. Wegwijs in drughulpverlening en -preventie in Limburg 1999*.
- Qualitative European Drug Research Network, "Workgroup review of qualitative research on the health risks associated with injecting drug use, Co-ordination of working groups of qualitative researchers to analyse different drug use patterns for public health strategies and prevention" (CT97.EP.01), URL: www.qed.org.uk/european.html
- RAEDEMAEKER, A.F., PELC, I. et STEINBERG, P., "Cultures, savoirs et pratiques des intervenants socio-sanitaires en toxicomanie", in *Gestion des drogues en 2000, Culture et Performances, travaux préparatoires*, Gestion des Drogues en 2000 asbl, Bruxelles, novembre 2000.
- RAES, K., *Tegen betere wetten in. Een ethische kijk op het recht*, Gent, Academia Press, 1997.
- RAES, K., *Het recht van de samenleving*, Brussel, VUBPRESS, 1999.
- RAES, V., *Drughulpverlening in Vlaanderen, Feiten en Problemen*, onderzoek in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn, VAD, Brussel, 1995.
- REASON, P. and ROWAN, J. (ed.), *Human Inquiry : a sourcebook of new paradigm research*, New York, Wiley, 1981.
- REISINGER, M. and PELC, I., Treatment of Heroïn Addicts with Buprenorphine: Evaluation over a Three-Year Period, in *Problems of Drug Dependence*, NIDA, Coll. "Research Monography Series", Maryland, 1988.
- ROCHÉ, S., *Sociologie politique de l'insécurité, Violences urbaines, inégalités et globalisation*, PUF, "Sociologie d'aujourd'hui", Paris, 1998.
- RHODES, T., STIMSON, G., CROFTS, N., BALL, A., DEHNE, K., KHODAKEVICH, L., "Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response", *AIDS* 1999, 13 (suppl A), S259-S269.
- RHODES, T., STIMSON, G., FITCH, C., BALL, A. en RENTON, A., "Rapid assessment, injecting drug use, and public health", *The Lancet*, Vol. 354, 1999, p. 65-68.
- RIEPEMA, A., VAN GELDEREN, A., VAN DER WILT, H. (reds.), *Adresgids verslavingszorg 1998-1999*, Trimbos instituut, Utrecht, 1998.
- ROGERS, C., *Client-centered therapy : its Current Practice, Implications and Theory*, Houghton Mifflin Co., Boston, 1951.
- SEGAL, H., *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, PUF, "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1969.

- SELENER, D., *Participatory Action Research and Social Change*, New York, Ithaca, 1997.
- SEULIN, C. et DAZORD, A., *Prises en charge institutionnelles en psychiatrie, méthodologie de la recherche évaluative*, PUF, "Nodules", Paris, 1997.
- SIMARD, G., *La méthode du "Focus Group", Animer, planifier et évaluer l'action*, Mondia, Laval (Québec), 1989.
- SIPS, K., *Participative Action Research : the role of researcher, organisation and external consultant*, paper presented at the Conference on Learning and Research in Working Life, Lunden, Sweden, June 20-23, 1994.
- STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, Jaarrapport Preventieraad 1998, Jaarrapport Preventieraad 1999, *Luik 3 Drugs, Straathoekwerk*, Gent.
- STAD GENT, Wonen en leven - Kansarmoedeatlas Gent, URL: www.gent.be/gent/wonen/kansarmo/atlas/index.htm
- STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999.
- STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000.
- STEUNPUNT WERKGELEGENHEID, ARBEID EN VORMING, *Jaarboek 1999*, KULeuven, URL: www.kuleuven.ac.be/stwav/s...ost98/besluit_oost-Vlaanderen.htm
- STIMSON, G.V., DES JARLAIS, C. en BALL, A.L., *Drug injecting and HIV Infection*, World Health Organization, UCL Press, London, 1998.
- STOCKMAN, R. (ed.), *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector*, Antwerpen, Intersentia Rechtswetenschappen, 1998.
- STRAIN, C.E., STITZER, M.L. (eds.), *Methadone Treatment for Opiate Dependence*, John Hopkins University Press, Maryland, 1999.
- TECCO, J., MINNER, P., KOPP, P., BERGERET, I., LEBON, O., JOOSTEN, J. en PELC, I., *Admitting or discharging patients with opiate or alcohol related problems? Psychiatrist uncertainty and welfare losses*, Mental Health Economics and Policy 23-24 June 98, London, Centre for the Economics of Mental Health Institute of psychiatry.
- TODTS, S., "Methadon-onderhoudsbehandeling (MOB) : mogelijkheden en voorwaarden", in DE RUYVER, B. en DE LEENHEER, A. (eds.) ; *Drugbeleid 2000 / Gestion des drogues en 2000*, Maklu, Antwerpen / Bruylant, Bruxelles, 1994, 267-273.
- TODTS, S., "Peer education at the Free Clinic of Antwerp", *International Journal of Drug Policy* 1996, vol. 7, n° 1.
- TODTS, S., FONCK, K., COLEBUNDERS, R., VERCAUTEREN, G., DRIESEN, G., UYDEBROUCK, M., VRANCKX, R. en VAN MOL, F., "Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison", *Arch Public Health* 1997, 55, 87-97.
- TODTS, S., "Harm reduction als vorm van drugsbeleid", *Welzijnsgids* 1998, Afl. 28, 41-65.
- VAN AKEN, J.E. en BAGCHUS, P.M., "Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg", *Acta Hospitalia*, 1997, nr. 1, p. 59-64.
- VAN BAELEN, L., "Ginger en de Vlaamse registratie middelengebruik : mobilisatie voor registratie", *VAD-berichten* 1998, maart-april, 2-3.

- VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G., "Registratieonderzoek van druggebruikers door het Parket Antwerpen – 1991", *Panopticon*, 1993, 14, 526-536.
- VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P., VAN HAL, G. en LIEVENS, A., "Registratie van druggebruikers via de Parketten in Vlaanderen", *T.A.D.P.* 1994, 20, 155.
- VANDENBUSSCHE, E. en WYDOODT, J.P., *Vlaamse Registratie Middelengebruik, Registratiegegevens 1998*, VAD, Brussel, 1999, 87 p.
- VANDERPLASSCHEN, W., DE BOURDEAUDHUIJ, I. en VAN OOST, P., *Eindrapport Onderzoeksproject Case Management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding, Onderzoek in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ, Universiteit Gent, Gent, 1999.
- VANDERPLASSCHEN, W., MOSTIEN, B., CLAEYS, P., RAES, V. en VAN BOUCHAUTE, J., *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik*, in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en Popov-GGZ, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, Gent, 2001.
- VANDERPLASSCHEN, W., DE BOURDEAUHUIJ, I. en VAN OOST, P., *Eindrapport Onderzoeksproject CASE MANAGEMENT in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, niet gepubliceerd, 1999.
- VAN DEUN, P., "Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen", in MENSINK, C. en SPRUIT, I.P. (reds.), *Verslaving 1998, over gebruik en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 1999.
- VAN DEUN, P., "Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen", in MENSINK, C. en SPRUIT, I.P. (red.), *Jaarboek verslaving 1998 over gebruik en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 1999, 154-170.
- VANDEVELDE, S. en VANDERPLASSCHEN, W., *Drughulpverlening aan allochtonen, Een exploratief onderzoek naar methodieken bij begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*, onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000.
- VAN DIJCK, A., *Inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996-1999)*, Antwerpen, SODA, UIA/ESOC, 2000.
- VAN HECKE, E., "Actualisation de la hiérarchie urbaine en Belgique", *Bulletin du Crédit Communal*, n° 205 (1998/3), Bruxelles, 1998, pp. 45-76.
- VAN OUYEN-HOUBEN, M. en DE GROEN, I., "De verslavingsintake gestandaardiseerd : over de ASI, de EuropASI en het BIC", *T.Alc.Drugs* 1997, Vol. 22, nr. 1, 40-44.
- VAN REGENMORTEL, T., *Maatzorg, een methodiek voor het begeleiden van kansarmen*, Acco Leuven / Amersfoort, 1996.
- VERRANDO, R., *De huisarts en de drughulpverlening : van een solistische medische kijk naar een multidisciplinair overleg*, interne publicatie MSOC Genk, 1999.
- VERRANDO, R., *Infectieziekten bij druggebruikers*, interne publicatie MSOC Genk, 1999.
- Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, 5 juni 1997; *Gedr. St. Kamer*, 1996-97, 1062/1.

- Vlaamse overheid; Vlaamse statistieken, basiskaart Vlaanderen, URL: www.vlaanderen.be/ned/sites/statsistiek/index.html
- VRANKEN, J., GELDOF, D. en VAN MENXEL, G., *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1995, 1998, 1999*, Leuven, Acco.
- VULLIERME, J.L., *Le concept de système politique*, PUF, "politique d'aujourd'hui", Paris, 1989.
- WAAL, H., "Overstating the case. Methodological comments on 'The effects of harm reduction in Amsterdam' by Buning and van Brussel", *European Addiction Research*, 1997, nr. 3, p. 102-110.
- WHO, UNDCP, EMCDDA ; *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbooks Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder*, draft version, s.l., 1998.
- WHYTE, W.F. (ed.), *Participatory Action Research*, Newbury Park, Sage Publications, 1991.
- WINNICOTT, D.W., *Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement*, Payot, "science de l'homme", Paris, 1962-63.
- X., *Je wordt als junk behandeld, Verslag van een aantal Focus-groups onder cliënten van het Boumanhuis en de Stichting Symbion*, Consonant, Rotterdam, niet gepubliceerde tekst, 1997.
- ZUBER-SKERRITT, O. e.a., *New Directions in Action Research*, Falmer Press, London, 1996.