

Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid
voor België

**Gemeenschappelijke Verklaring
van de Interministeriële Conferentie Drugs**

- 25 januari 2010 -

INHOUDSTAFEL

INHOUDSTAFEL	2
1. EEN GEMEENSCHAPPELIJKE VERKLARING.....	5
1.1. CONTEXT	5
1.2. DOELSTELLING.....	5
2. DE ANTECEDENTEN VAN HET BELGISCH DRUGSBELEID.....	7
2.1. DE KRACHTLIJNEN BEPAALD DOOR DE PARLEMENTAIRE WERKGROEP “DRUGS”	7
2.2. HET ANTWOORD IN DE FEDERALE DRUGSNOTA 2001.....	9
2.3. HET SAMENWERKINGSAKKOORD TUSSEN DE STAAT, DE GEMEENSCHAPPEN, DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPS-COMMISSIE, DE FRANSE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE EN DE GEWESTEN VOOR EEN GLOBAAL EN GEÏNTEGREERD DRUGSBELEID (2 SEPTEMBER 2002)	10
2.3.1. <i>De doelstellingen</i>	10
2.3.2. <i>De opdrachten</i>	10
3. BELANGRIJKSTE INITIATIEVEN IN HET DRUGSBELEID SINDS DE ONDERTEKENING VAN HET SAMENWERKINGSAKKOORD, 2002	11
3.1. FEDERALE OVERHEID: VOLKSGEZONDHEID.....	11
3.1.1. <i>Zorgcoördinator middelenmisbruik</i>	11
3.1.2. <i>Dubbele diagnose</i>	12
3.1.3. <i>Crisiseenheid en case manager</i>	13
3.1.4. <i>Campagnes betreffende benzodiazepines</i>	14
3.1.5. <i>Koninklijk Besluit ter reglementering van de vervangingsbehandelingen</i>	15
3.1.6. <i>De Cel Gezondheidsbeleid Drugs</i>	15
3.1.7. <i>Cannabis</i>	16
3.1.8. <i>Pilootproject medische behandeling door middel van diacetylmorfine</i>	16
3.1.9. <i>Tabak</i>	16
3.1.10. <i>Fonds ter bestrijding van de verslavingen</i>	17
3.1.11. <i>Cocaïne</i>	17
3.1.12. <i>Alcohol</i>	18
3.1.13. <i>Internationaal</i>	19
3.1.14. <i>Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid</i>	20
3.2. SOCIALE ZAKEN (RIZIV)	20
3.3. BINNENLANDSE ZAKEN	22
3.3.1. <i>Directie Lokale Integrale Veiligheid</i>	22
3.3.2. <i>Federale Politie</i>	24
3.4. JUSTITIE.....	25
3.4.1. <i>Omzendbrieven</i>	25
3.4.2. <i>Ten aanzien van druggebruikers en verslaafden</i>	26
3.4.3. <i>Penitentiair drugsbeleid</i>	28
3.4.4. <i>Aanpak van de illegale productie, distributie en handel van drugs</i>	30
3.4.5. <i>De grensoverschrijdende drugsproblematiek en internationale samenwerking</i>	30
3.5. FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID	32

3.5.1.	<i>Inleiding</i>	32
3.5.2.	<i>Ontstaan van het onderzoeksprogramma</i>	32
3.5.3.	<i>Kenmerken van het onderzoeksprogramma</i>	32
3.5.4.	<i>Overzicht van de onderzoekscontracten (2002-)</i>	33
3.6.	MOBILITEIT	34
3.6.1.	<i>Rijden onder invloed van drugs</i>	34
3.6.1.1.	<i>Preventie</i>	34
3.6.1.2.	<i>Staten-generaal</i>	35
3.6.1.3.	<i>Handhaving – wetgeving : nieuwe initiatieven</i>	36
3.6.2.	<i>Rijden onder invloed van alcohol</i>	37
3.6.2.1.	<i>Preventie</i>	37
3.6.2.2.	<i>Bob in Europa</i>	37
3.6.2.3.	<i>Staten-Generaal</i>	37
3.6.2.4.	<i>Handhaving – wetgeving : nieuwe initiatieven</i>	38
3.6.2.5.	<i>Alcoholslot als sanctie</i>	38
3.6.3.	<i>Rijden onder invloed van medicatie</i>	39
3.7.	WERK	39
3.7.1.	<i>Tabaksbeleid</i>	39
3.7.2.	<i>Alcohol- en drugsbeleid</i>	40
3.7.3.	<i>Verdere aanpak van verslavingen door productgebruik op de werkplaats</i>	42
3.7.3.1.	<i>Tabaksbeleid</i>	42
3.7.3.2.	<i>Alcohol- en drugbeleid</i>	43
3.8.	VLAAMSE OVERHEID: MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN	43
3.9.	VLAAMSE OVERHEID: VLAAMSE REGERING	44
3.9.1.	<i>Beleidsvisie</i>	44
3.9.1.1.	<i>Probleemstelling</i>	44
3.9.1.2.	<i>Gezondheidsdoelstellingen</i>	45
3.9.1.3.	<i>Internationale aanbevelingen</i>	46
3.9.1.4.	<i>Een integrale, beleidsmatige aanpak voor Vlaanderen</i>	47
3.9.1.5.	<i>Afstemming tussen verschillende bevoegdheden</i>	49
3.9.2.	<i>Sectoren en doelgroepen</i>	50
3.9.3.	<i>Krachtlijnen voor actie</i>	50
3.10.	FRANSE GEMEENSCHAP	51
3.10.1.	<i>Bevoegdheden</i>	51
3.10.2.	<i>Bronnen</i>	51
3.10.3.	<i>Acties</i>	51
3.11.	FRANSE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE VAN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST	57
3.11.1.	<i>Bevoegdheden</i>	57
3.11.2.	<i>Bronnen</i>	57
3.11.3.	<i>Acties</i>	58
3.12.	GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE VAN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST	61
3.13.	DUITSTALIGE GEMEENSCHAP	62
3.13.1.	<i>Bevoegdheden</i>	62
3.13.2.	<i>Bronnen</i>	62
3.13.3.	<i>Acties</i>	63
3.14.	WAALS GEWEST	64

3.14.1. Bevoegdheden.....	64
3.14.2. Bronnen.....	64
3.14.3. Acties.....	65
4. PRINCIPES EN OPERATIONALISATIE	71
4.1. EEN GLOBAAL EN GEÏNTEGREERD DRUGSBELEID.....	71
4.2. PREVENTIE	72
4.2.1. Preventie op het vlak van de gezondheid.....	72
4.2.2. Sociale preventie : werk.....	74
4.2.2.1. Tabaksbeleid.....	74
4.2.2.2. Alcohol- en drugbeleid.....	74
4.2.3. Preventie van druggerelateerde maatschappelijke overlast.....	75
4.3. HULPVERLENING.....	76
4.4. REPRESSIE.....	77
4.5. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	80
4.6. INTERNATIONAAL.....	81

1. Een Gemeenschappelijke Verklaring

1.1. Context

Het Belgisch drugbeleid is, in de geëxpliciteerde vorm, een tiental jaren oud. De fundamenteen zijn gelegd door de parlementaire werkgroep “Drugs” die er in 1996-1997 voor koos om, via een bottom-up benadering, de analyses, noden en verzuchtingen van het werkveld in de onderscheiden sectoren, te vertalen in het beleid.

De parlementaire werkgroep zette de krachtlijnen uit voor een geïntegreerd en globaal drugbeleid. Een geïntegreerde benadering waarbij alle bevoegde actoren, elk vanuit hun specificiteit en finaliteit, op een gecoördineerde wijze werken aan de realisatie van de beleidsdoelstellingen, vereist beleidsafstemming. In de realiteit van de Belgische institutionele context, waarbij de bevoegdheden voor de diverse componenten van het drugsbeleid conform de staatshervorming verdeeld zijn over tal van Federale-, Gemeenschaps- en Gewestministers, is een horizontale- en verticale beleidsafstemming essentieel om tot de vooropgestelde integrale benadering van het drugsfenomeen te komen. De federale drugsnota van 2001 - het antwoord van de uitvoerende macht op de aanbevelingen van het parlement - heeft de vaststellingen en aanbevelingen van de parlementaire werkgroep “drugs” grotendeels overgenomen. De Gemeenschappen en Gewesten werden betrokken bij het opstellen van de federale drugsnota.

Na de goedkeuring van de nota werden allerlei maatregelen getroffen op verschillende beleidsniveau's. Eén van de belangrijkste maatregelen is de ondertekening van het samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid in september 2002. Het akkoord geeft de federale Minister van Volksgezondheid het mandaat de uitvoering van het akkoord te coördineren.

Het akkoord vereistte instemming door alle bevoegde wetgevende organen. De laatste instemming werd gegeven in september 2008.

Begin 2009 is de federale Minister van Volksgezondheid de operationalisatie van het akkoord gestart door de oprichting van de Algemene Cel Drugsbeleid (ACD) en de Interministeriële Conferentie Drugs (IMC DRUGS). Eén van de eerste opdrachten van de Algemene Cel Drugsbeleid was het opstellen van voorliggende Verklaring. Deze Verklaring werd goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 25 januari 2010.

1.2. Doelstelling

Het Samenwerkingsakkoord is het basisdocument voor de Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie Drugs. Dit akkoord formuleert de taken voor de Cel en de Conferentie.

Artikel 1, punt 5 formuleert volgende opdracht voor de IMC : 'De uitwerking van overlegde beleidsplannen met het oog op een globaal en geïntegreerd drugsbeleid'. Deze Verklaring wenst uitvoering te geven aan deze opdracht.

De ACD vervult een aantal door de wet vastgelegde taken, met name:

1. Een gedetailleerde, volledige en bijgewerkte inventaris laten opmaken van alle bij de drugproblematiek betrokken actoren.
2. Gemotiveerde maatregelen voorstellen om alle gevoerde of geplande acties van de bevoegde openbare diensten en besturen en van de ondertekenende partijen op elkaar af te stemmen en om de doeltreffendheid van die acties te vergroten
3. Gemotiveerde adviezen en aanbevelingen uitbrengen over de realisatie van de afstemming van het drugbeleid.
4. Samen met het Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, een evaluatie maken van:
 - a. De kwaliteit van de gegevens en de informatie die door de ondertekenende partijen en de openbare diensten en besturen aan de Algemene Cel worden bezorgd
 - b. De snelheid van uitwisseling van informatie tussen de overheden, de bevoegde organismen en de Algemene Cel.
5. Samenwerkingsakkoorden of protocollen voorbereiden en voorstellen ter uitvoering van geïntegreerde acties.
6. De rapporten voor de Interministeriële Conferentie en voor de internationale organisaties voorbereiden.
7. Het stimuleren van overleg en het voorstellen aan de Interministeriële Conferentie van een gezamenlijk Belgisch standpunt op Europese en internationale drugsfora.
8. Het formuleren van aanbevelingen en voorstellen met betrekking tot de inhoud en de uitvoering van de beleidsnota's inzake drugs opgesteld door de ondertekenende partijen.

De hoofdopdracht van de ACD is te waken over het geïntegreerd en globaal drugsbeleid.

In die zin biedt de ACD een platform voor beleidsafstemming tussen alle bevoegde actoren in de onderscheiden domeinen van het drugsbeleid.

De ACD staat open voor vragen tot advies uitgaande van alle bevoegde actoren in het drugsbeleid, zowel naar illegale- als naar legale middelen.

De ACD kan ook op eigen initiatief alle aspecten van het Belgisch drugsbeleid onderzoeken en hierover een gemotiveerd advies overmaken aan de IMC drugs en aan de bevoegde Minister(s).

Deze Verklaring bevat, na deze inleiding, nog drie delen. Een eerste deel beschrijft de antecedenten van het Belgisch drugsbeleid. Een tweede deel geeft een overzicht van de acties en/of beleidsprincipes van de betrokken Ministers sinds de goedkeuring van de federale beleidsnota drugs 2001. Een derde deel verzamelt de beleidsopties die de bevoegde Ministers, in de onderscheiden domeinen van het drugsbeleid, nemen.

2. De antecedenten van het Belgisch drugsbeleid

2.1. De krachtlijnen bepaald door de parlementaire werkgroep “drugs”¹

Een duidelijke keuze voor een geïntegreerd drugsbeleid dat vertrekt van een globale of integrale benadering van het drugsfenomeen. Preventie geniet de hoogste prioriteit, gevolgd door hulpverlening voor wie in de problemen komt met middelengebruik. De repressie richt zich in eerste instantie naar de drugsproductie en de drugshandel. Alhoewel druggerelateerde criminaliteit niet verschoond wordt, geldt, ten aanzien van de druggebruiker, het principe dat de strafrechtelijke interventie als een “ultimum remedium” wordt beschouwd.

- Een geïntegreerde globale benadering vertrekt van de noodzaak aan samenwerking en coördinatie tussen de verschillende actoren. De versnippering van bevoegdheden over de federale, Gemeenschaps- en Gewest-, provinciale- en lokale beleidsniveaus vereist zowel een verticale- als een horizontale beleidsafstemming.
- De versnipperde financiering door de verschillende beleidsniveaus is een probleem.
- Op het vlak van epidemiologie en evaluatie is er nood aan systematisch bevolkingsonderzoek waarbij ook specifieke risicogroepen worden onderzocht en kwantitatieve gegevens worden gecontextualiseerd met kwalitatieve onderzoeksbevindingen.
- Een uniforme registratie binnen de drughulpverlening aangevuld met gegevens uit de strafrechtsbedeling moet toelaten om de omvang van het problematisch druggebruik in te schatten.
- De preventie heeft tot doel: het ontraden en terugdringen van het druggebruik, zowel legale- als illegale drugs, en het afremmen van het aantal nieuwe druggebruikers. Dit dient te gebeuren door een brede waaier van voorzieningen waarbij zowel persoonsgerichte- (algemene gezondheidspromotie en -opvoeding, de verhoging van sociale vaardigheden en het leren omgaan met risico's) als structurele (kansarmoedebestrijding, sociaal beleid) aard.

¹ (Parl. St., Kamer, 1996-1997, 1062/1 tot 1062/3)

- Er is dringend nood aan een volwaardig statuut voor de professionele preventiewerkers, dit om de continuïteit van de werkvorm en de deskundigheidsbevordering te waarborgen.
- De hulpverlening aan probleemgebruikers van legale- en illegale drugs moet “zorg op maat” zijn. Daarom is er nood aan een brede waaier van voorzieningen gaande van laagdrempelige, schadebeperkende initiatieven tot en met hoogdrempelige, drugvrije therapeutische programma’s.
- De voorzieningen moeten op elkaar aansluiten, goed gecoördineerd worden en kunnen terugvallen op een goed uitgebouwd registratiesysteem. Vermits in de drughulpverlening gekozen wordt voor een multidisciplinaire aanpak, dient de gespecialiseerde drughulpverlening geïntegreerd in het bestaande netwerk van sociale en medische voorzieningen. Op regionaal niveau dienen er netwerken worden ontwikkeld. Het principe is dat wie hulp vraagt dit doet uit vrije wil. Een drangbehandeling – bv. justitiële drang – kan, dwangbehandeling is te vermijden.
- De samenwerking tussen justitie en hulpverlening dient te steunen op wederzijds respect voor elkaars finaliteit en rekening te houden met de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt (beroepsgeheim). Risicobeperkende initiatieven moeten worden gestimuleerd. De uitbouw van de nulde en eerste lijn vertrekt van de vaststelling dat gemarginaliseerde druggebruikers, die gene of weinig contact hebben met de hulpverlening, verhoogd risicogedrag vertonen. Harm reduction initiatieven gaan over meer dan substitutiebehandeling. Er is ook de medische- en psychologische begeleiding en is de sociale reïntegratie via o.a. tewerkstelling. Bij de substitutiebehandeling dienen ook de hulpverleners uit de eerste lijn (huisartsen, psychiaters, apothekers en gezondheidscentra) betrokken. Daarbij dient er gezorgd voor vorming van deze hulpverleners, moeten ze steun krijgen vanuit de MSOC’s en dienen ze opgenomen in het registratiesysteem van de methadonverstrekking.
- De aanpak van de illegale drugsproductie en –drugshandel geniet de hoogste prioriteit op repressief vlak.
- België schakelt zich ook in dit verband, in in het Europees drugsbeleid. Ook al blijft het bezit van alle illegale drugs strafbaar, de strafrechtelijke interventie ten aanzien van de druggebruiker vertrekt vanuit de ultimum remedium-filosofie. Is er druggerelateerde criminaliteit gepleegd dan wordt gekeken naar zowel de zwaarwichtigheid van de feiten als naar de individuele toestand van de betrokkene. Druggerelateerde criminaliteit die uit louter winstbejag wordt gepleegd dient repressief te worden aangepakt. Dat ligt anders met de druggerelateerde criminaliteit die druggebruikers plegen om in hun behoeften te voorzien.

- Het strafrechtelijk beleid staat voor een gedifferentieerde aanpak van problematische druggebruikers die zich schuldig maken aan druggerelateerde criminaliteit. Op elk echelon van de strafrechtsketen (vervolging, straftoemeting, strafuitvoering) zijn mogelijkheden voorhanden om, voor zover gewenst en in overeenstemming met de beleidslijnen, problematische gebruikers naar de hulpverlening te oriënteren.
- Er dient ook een onderscheid te worden gemaakt tussen het bezit met het oog op eigen gebruik van cannabis en van andere illegale drugs. Aan het eerste wordt de laagste vervolgingsprioriteit gegeven, tenzij er maatschappelijke overlast wordt veroorzaakt of het gaat om een problematisch gebruiker. Gegeven de omvang van het druggebruik is er nood aan een penitentiair drugsbeleid. Daarbij dienen heroïneverslaafde gedetineerden toegang te hebben tot substitutiebehandelingen. De diverse modaliteiten van de tenuitvoerlegging en van de onderbreking van de strafuitvoering kunnen worden aangewend om problematische druggebruikers naar de hulpverlening te oriënteren.
- Een lokaal geïntegreerd drugsbeleid, dat alle sectoren verenigt, is het aangewezen antwoord op lokale drugsoverlast.

2.2. Het antwoord in de federale drugsnota 2001

- In de federale drugsnota worden de uitgangspunten, zoals geformuleerd in de vaststellingen en aanbevelingen van de parlementaire werkgroep “drugbeleid”, overgenomen.
- De federale drugsnota stelt dat : “Het aangewezen is dat de op te richten cel Drugbeleid (een beleidsondersteunend orgaan dat de verschillende bevoegde beleidsniveaus groepeerd) doelen formuleert die door de verschillende beleidsniveaus gedeeld worden en deze doelen concretiseert in indicatoren. Gekoppeld aan een degelijke epidemiologie laat dit toe de toekomstige beleidsmaatregelen te evalueren”.
- De federale drugsnota bevat actiepunten, gegroepeerd in vijf hoofdstukken: een geïntegreerde, globale benadering, evaluatie, epidemiologie en onderzoek, preventie, zorgverlening, risicobeperking en herintegratie en repressie.
- In het hoofdstuk: “een geïntegreerde, globale benadering” worden de samenstelling, de doelstellingen, de opdrachten en de werkwijze van de cel “Drugbeleid” voorgesteld.

Het doel is de realisatie van een globaal, geïntegreerd drugbeleid. De Cel Drugbeleid zal dan ook samengesteld zijn uit vertegenwoordig(st)ers van alle bevoegde overheden (de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten). De Cel Drugbeleid zal geleid worden

door een drugcoördinator/drugcoördinatrice, die de bevoegdheid heeft om het drugbeleid te coördineren. De Cel Drugbeleid ondersteunt en adviseert de bevoegde overheden en de Interministeriële Conferentie Drugbeleid, die kan samengeroepen worden door elke participerende overheid en door een aantal andere Interministeriële Conferenties.

De Federale Regering heeft in dit verband een ontwerp van samenwerkingsakkoord (Federale Staat – Gemeenschappen – Gewesten) opgemaakt. De ondertekenende partijen verbinden zich er toe hun drugbeleid in overleg op elkaar af te stemmen op basis van een aantal expliciete doelstellingen. De autonome bevoegdheden van de Gemeenschappen en Gewesten worden gerespecteerd. Er zullen dus regionale verschillen in visie en praktijk (blijven) bestaan.

2.3. Het samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid (2 september 2002) ²

2.3.1. De doelstellingen

1. Het verkrijgen van een globaal inzicht in alle aspecten van de drugproblematiek, rekening houdend met persoonsgebonden, nationale, culturele en andere eigenheden;
2. De continue preventie en ontrading van druggebruik en het beperken van de schade verbonden aan dit druggebruik;
3. De optimalisering en diversifiëring van het hulpverlenings- en behandelingsaanbod ten aanzien van drugverslaafden;
4. De beteugeling van de illegale productie van en de illegale handel in drugs;
5. De uitwerking van overlegde beleidsplannen met het oog op een globaal en geïntegreerd drugsbeleid;
6. De voorbereiding van elke vorm van overleg in het kader van de vertegenwoordiging van België op Europese en internationale drugsfora.

2.3.2. De opdrachten

- Een gedetailleerde, volledige en bijgewerkte inventaris laten opmaken van alle bij de drugproblematiek betrokken actoren.
- Gemotiveerde maatregelen voorstellen om alle gevoerde of geplande acties van de bevoegde openbare diensten en besturen en van de ondertekenende partijen op elkaar af te stemmen en om de doeltreffendheid van die acties te vergroten.
- Gemotiveerde adviezen en aanbevelingen uitbrengen over de realisatie van de afstemming van het drugbeleid.

² BS 02.06.2003

- Samen met het Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, een evaluatie maken van :
 - a) de kwaliteit van de gegevens en de informatie die door de ondertekenende partijen en de openbare diensten en besturen aan de Algemene Cel worden bezorgd;
 - b) de snelheid van uitwisseling van informatie tussen de overheden, de bevoegde organismen en de Algemene Cel.
- Samenwerkingsakkoorden of protocollen voorbereiden en voorstellen ter uitvoering van geïntegreerde acties.
- De rapporten voor de Interministeriële Conferentie en voor de internationale instanties voorbereiden.
- Het stimuleren van overleg en het voorstellen aan de Interministeriële Conferentie van een gezamenlijk Belgisch standpunt op Europese en internationale drugsfora.
- Het formuleren van aanbevelingen en voorstellen met betrekking tot de inhoud en de uitvoering van de beleidsnota's inzake drugs opgesteld door de ondertekenende partijen.

In het kader van de vermelde opdrachten kan de Cel Drugbeleid overleg plegen met alle bevoegde diensten en administraties en hen met name verzoeken haar informatie te verstrekken. De Cel Drugbeleid kan een beroep doen op de medewerking van deskundigen en verenigingen of instellingen die zich toeleggen op de drugproblematiek en overlegt met de vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties.

3. Belangrijkste initiatieven in het drugsbeleid sinds de ondertekening van het samenwerkingsakkoord, 2002

3.1. Federale Overheid: Volksgezondheid

De Federale Overheid Volksgezondheid realiseert verschillende initiatieven ter uitvoering van de Federale Beleidsnota Drugs en in het kader van de beleidsplannen van de bevoegde Minister.

3.1.1. Zorgcoördinator middelenmisbruik

Dit pilootproject beoogt de implementatie van de functie van zorgcoördinator binnen de overlegplatforms geestelijke gezondheid m.b.t. de zorg aan personen met middelengerelateerde stoornissen. De *functie* van zorgcoördinator bestaat erin het overleg voor de doelgroep op provinciaal niveau te vergemakkelijken, met name door alle nodige en bij het overleg betrokken actoren rond de tafel samen te brengen.

Het einddoel is het creëren van zorgcircuits voor de doelgroep van personen met middelengerelateerde stoornissen.

Het overleg moet minstens alle instellingen en diensten rond de tafel brengen die deel uitmaken van de groep binnen de provincie voor zover ze een relevant zorgaanbod voor de desbetreffende doelgroep organiseren.

Het gaat o.a. om de algemene ziekenhuizen die beschikken over een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling, de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de diensten of centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, de inrichtende machten voor Initiatieven Beschut Wonen, andere actoren die beschikken over voorzieningen, met een RIZIV-overeenkomst en die als doel hebben een specifiek aanbod te organiseren voor de doelgroep in de Geestelijke Gezondheidszorg. Diverse andere lokale of regionale specifieke zorgeenheden kunnen vanzelfsprekend aan deze lijst worden toegevoegd.

In 2002 hebben de Overlegplatformen Geestelijke Gezondheidszorg een oproep gedaan aan alle provincies in België, aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Duitstalige Gemeenschap om deel te nemen aan het pilootproject. Uiteindelijk hebben 9 van de 15 overlegplatformen ervoor geopteerd mee te werken, elk onderverdeeld in een provincie, uitgezonderd de provincie Namen die niet van in het begin heeft deelgenomen. Dit overlegplatform neemt wel deel aan het project sinds 2005. Ook het platform van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest neemt deel sinds 2007.

Sinds het begin van dit pilootproject is er een evolutie vast te stellen in de doelstellingen die tijdens de vorige jaren gedefinieerd werden: het aantal formele overeenkomsten stijgt, de ontwikkeling van een duidelijke visie en het vastleggen van doelstellingen als belangrijk werkinstrument zijn ingeburgerd, het aantal types van relevante actoren die aan het overleg deelnemen neemt toe, en de consensus tussen deze actoren over het basisconcept van zorgcircuits en -netwerken groeit.

Omwille van de verschillende evoluties in de provincies werd in 2009 een individueel luik toegevoegd aan elke overeenkomst, om de overlegplatforms de mogelijkheid te bieden adequater aan hun regionale behoeften te voldoen.

In 2010 wordt de financiering verdergezet in functie van een incorporatie van de functie zorgcoördinatie in de overlegplatforms.

3.1.2. Dubbele diagnose

In uitvoering van de Federale Beleidsnota Drugs werd tevens een pilootproject *Intensieve behandeling van patiënten met een dubbele diagnose* gelanceerd voor twee eenheden dubbele diagnose. Het eigene aan deze eenheden is dat zij een intensieve en geïntegreerde behandeling aanbieden met een personeelsomkadering van 17 VTE voor 10 bedden aan personen die een dubbele problematiek vertonen, zijnde een probleem van druggebruik en een psychotische stoornis. Dit pilootproject heeft tot doel de haalbaarheid na te gaan van de eenheden intensieve behandeling voor patiënten met middelengerelateerde stoornissen die ook beantwoorden aan de criteria voor psychotische stoornissen van de DSM-IV.

In 2002 werden twee pilootprojecten geselecteerd. Om van dit zorgaanbod te kunnen genieten, moeten de patiënten een middelengerelateerde en een psychotische stoornis

vertonen. Het einddoel van de gespecialiseerde behandeling bestaat er in de patiënt na een beperkte periode van intensieve behandeling (6 maanden met een maximale verlenging van 6 maanden) minstens te stabiliseren en vooral de patiënt, in onderling overleg, naar andere ambulante of residentiële centra door te verwijzen teneinde de verdere zorgverlening te kunnen waarborgen.

Het project werd geëvalueerd door een universitaire equipe, gefinancierd door Federaal Wetenschapsbeleid. Ook de Minister van Volksgezondheid heeft een vervolg van deze studie gefinancierd.

In het algemeen hebben de evaluatieresultaten aangetoond dat het pilootproject doeltreffend is, meer bepaald betreffende het psychische functioneren, het algemene functioneren, het middelengebruik en de levenskwaliteit van de patiënt.

De evaluatie heeft eveneens het nut aangetoond van de nieuwe functie van de case-manager, die de oriëntering van de patiënt faciliteert, permanent de samenwerking binnen het netwerk bevordert en die communiceert over de werking van de eenheid. De doorverwijzing van de patiënt en de samenwerking binnen het netwerk blijven inderdaad de voornaamste moeilijkheden die bij de opvang van dit soort patiënten voorkomen.

Op basis van deze resultaten werden elementen van het model aangepast.

3.1.3. Crisiseenheid en case manager

De projecten Crisiseenheden en Case manager, zoals geformuleerd in de Federale Beleidsnota 2001, werden in één project samengebracht teneinde over bijkomende financiële middelen te kunnen beschikken en een eenheid per provincie te kunnen ontwikkelen.

Dit pilootproject heeft tot doel in de bestaande zorginstellingen een specifieke crisiseenheid voor druggebruikers te integreren teneinde de verwachtingen en behoeften van de desbetreffende patiënten duidelijk en snel in kaart te brengen, de diagnose te verfijnen en de opvang op middellange termijn efficiënt te organiseren. Dit project richt zich enkel tot patiënten die symptomen vertonen die duidelijk verband houden met het gebruik van een psychoactieve substantie en die zich in een crisissituatie bevinden.

De organisatie van het project is gericht op een ziekenhuisopname van korte duur (maximum 5 dagen) vanuit de spoedgevallendienst. Bovendien kan de patiënt met zijn goedkeuring op lange termijn door de case manager worden begeleid die zal zorgen voor de coördinatie van de hulpverlening die door de verschillende partners en externe zorginstellingen wordt aangeboden. De case manager verzekert de zorgcontinuïteit tijdens en na opname van de patiënt in de crisiseenheid.

In december 2002 werden twee verschillende modellen van crisiseenheden gefinancierd. Drie eenheden (genoemd: geïntegreerde eenheden) hebben zes bedden ter beschikking voor algemeen crisispsychiatrische hulpverlening én hulpverlening voor personen met een middelengerelateerde crisis. Zes andere eenheden (genoemd: specifieke eenheden) bieden uitsluitend hulpverlening voor personen met een middelengerelateerde crisis. In 2005 werd één overeenkomst stopgezet. In 2008 werd een nieuwe eenheid opgestart in de provincie

Henegouwen. In 2009 ontvangen 9 ziekenhuizen (7 specifieke eenheden en 2 geïntegreerde eenheden) een financiering in het kader van dit project.

In het kader van het onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs van Federaal Wetenschapsbeleid wordt in 2008-2009 het pilootproject, met inbegrip van alle andere vormen van crisisopvang, geëvalueerd door wetenschappelijke equipes.

3.1.4. Campagnes betreffende benzodiazepines

De Federale Overheid Volksgezondheid neemt sinds 2002 initiatieven voor een verantwoord gebruik van slaap- en kalmeermiddelen ter uitvoering van de Federale Beleidsnota Drugs 2001: "Er zal tevens een preventiecampagne opgezet worden om de bevolking te wijzen op de gevaren van benzodiazepines (waaronder verkeersrisico's)".

De Federale Overheid Volksgezondheid heeft in een eerste fase een algemene informatiecampagne inzake slaap- en kalmeermiddelen gevoerd gericht op de gehele bevolking (via TV, radio, folders). De jaren na deze algemene informatiecampagne richtte de campagne zich vooral op de persoonlijke interactie tussen de zorgverlener (in dit geval huisartsen en apothekers) en de patiënt door de betrokken beroepsgroepen informatie te geven en hulpmiddelen aan te reiken om patiënten te begeleiden die specifieke vragen hebben over het gebruik of de afbouw van het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen.

Hiervoor werden volgende zaken ontwikkeld:

- folders en affiches die verspreid werden onder alle huisartsen en apothekers om in hun wachtkamer/officina te leggen of mee te geven met patiënten;
- een hulpmiddelenboek voor huisartsen en apothekers met informatie over slaap- en kalmeermiddelen, alternatieven, afbouw en motivationele gespreksvoering;
- interactieve trainingen voor huisartsen en apothekers in kleine groep inzake het begeleiden van patiënten die specifieke vragen hebben over het gebruik of de afbouw van slaap- en kalmeermiddelen die begeleid worden door een duo (huisarts en psycholoog). Het hulpmiddelenboek dient hierbij als basismateriaal voor deze trainingen. Een tweede doel van deze trainingen is een meer verantwoord voorschrijfgedrag van de huisartsen inzake benzodiazepines. In 2007 werd een evaluatieonderzoek uitgevoerd, dat de verdere acties in de campagne mede heeft gestuurd.

Anno 2009 hebben ongeveer 4.000 huisartsen en alle apothekers een training gevolgd.

In december 2009 werd een nieuwe campagne gelanceerd, die specifiek gericht is naar de niet-gebruiker en de recente gebruiker. Deze campagne bevat een TV-Spot, folders over angst-, stress- en slaapproblemen en de verspreiding van een slogan op broodzakken. Alle informatie over deze, en voorgaande campagnes en vormingen is www.health.fgov.be/benzo.

3.1.5. Koninklijk Besluit ter reglementering van de vervangingsbehandelingen

De Ministers van Volksgezondheid hebben, sinds de Federale Beleidsnota Drugs 2001 bijgedragen tot de reglementering van de vervangingsbehandelingen met als doel de rechtszekerheid te vergroten en een kader aan te reiken voor het voorschrijven en toedienen van vervangingsbehandelingen. Twee koninklijke besluiten werden gepubliceerd: het "Koninklijk besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen" en het "Koninklijk besluit van 6 oktober 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen". Deze twee wetteksten bepalen de voorwaarden voor de behandeling met vervangingsmiddelen in ons land. In het kader van de reglementeringen van de behandelingen dient tevens een registratiesysteem ontwikkeld te worden in functie van (a) het vermijden van medical shopping en (b) het in kaart brengen van de voorschriften en het profiel van de patiënten. Een werkgroep, onder voorzitterschap van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, werd in 2009 belast met een evaluatie van de verschillende onderdelen van het KB en met het uitwerken van een optimalisatie. Een geoptimaliseerde versie van het KB is gepland voor 2010.

3.1.6. De Cel Gezondheidsbeleid Drugs

De Cel Gezondheidsbeleid Drugs (CGD) werd opgericht in juni 2001, volgend op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 30 mei 2001, waar de verschillende ministers een protocolakkoord hebben ondertekend. In dit protocol, verbinden zij zich ertoe om *"zonder afbreuk te doen aan hun eigen bevoegdheden (...) hun beleid inzake preventie van het gebruik van bewustzijnsbeïnvloedende middelen (hierna « drugs » genoemd) en hulpverlening aan mensen met druggerelateerde gezondheidsproblemen, in overleg op elkaar af te stemmen."*

De doelstellingen van de CGD zijn: het verkrijgen van een globaal inzicht in alle aspecten van de drug- en drugverslavingsproblematiek; de continue preventie van het drugmisbruik en het beperken van de schade hieraan verbonden; de optimalisering van het hulpverlenings- en behandelingsaanbod van drugverslaafden; en de uitwerking van overlegde beleidsplannen met het oog op een geïntegreerd gezondheidsbeleid inzake drugs.

De CGD vergadert maandelijks en heeft verschillende beleidsdocumenten voorbereid, met name het Protocolakkoord betreffende de registratie van de behandelingsaanvragen via de operationalisatie van de Europese Treatment Demand Indicator, en de Gemeenschappelijke Verklaring inzake het toekomstige alcoholbeleid (zie ook punt 3.1.12). Beide documenten zijn goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Daarnaast rapporteert zij over haar werkzaamheden in jaarlijkse en driejaarlijkse activiteitenrapporten. Zij formuleerde ook enkele adviezen ten behoeve van de Ministers van Volksgezondheid, met name betreffende pill testing, chillers en cocaïne.

Het secretariaat van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs wordt verzorgd door de FOD VVVL.

3.1.7. Cannabis

Sinds 2004 financiert de federale overheid Volksgezondheid het Belgische luik van de INCANT studie. INCANT is de afkorting van International Cannabis Need of Treatment en omvat de evaluatie en implementatie van een Multi Dimensional Family Therapy (MDFT) in 5 Europese landen (België, Duitsland, Frankrijk, Nederland en Zwitserland). Deze behandeling is een gespecialiseerde, multidimensionale gezinstherapie voor adolescenten met een cannabismisbruik of -afhankelijkheid. De eindresultaten van deze studie worden verwacht in 2010.

3.1.8. Pilotproject medische behandeling door middel van diacetylmorfine

In 2007 bevestigden de Ministers van Justitie en Volksgezondheid hun engagement voor het starten van een pilotproject rond de medische behandeling door middel van diacetylmorfine in de Stad Luik. Dit project beoogt de evaluatie van (a) de meerwaarde van dit soort behandeling ten aanzien van de behandeling door middel van methadone en (b) de haalbaarheid voor de implementatie van deze behandeling in België. Het project wordt wetenschappelijk geëvalueerd door de Universit  de Liège. De eindresultaten van het project zijn voorzien voor 2012.

3.1.9. Tabak

Het federaal plan betreffende de bestrijding van het tabaksgebruik werd goedgekeurd en uitgevoerd in de legislatuur 2003-2007. In het kader van dit plan werd de strijd tegen tabaksgebruik in België op een globale manier benaderd om zo op een effectieve manier het tabaksgebruik in ons land terug te dringen.

De belangrijkste acties die ondernomen zijn in dit plan zijn de volgende:

Het Koninklijk Besluit van 13 december 2006 betreffende het rookverbod op openbare plaatsen reglementeert, sinds 1 januari 2006, in alle publieke ruimten het gebruik van tabak. Het algemeen principe is het totale rookverbod in gesloten publieke ruimten. Uitsluitend enkele cafés beschikken nog over de mogelijkheid om een rokersruimte te installeren. Wat betreft etikettering dragen alle pakjes sigaretten die verkocht worden in België verplicht een gecombineerde waarschuwing (een foto of een andere illustratie gecombineerd in een tekst) en dit sinds 10 juni 2007. Het verbod van verkoop van tabak aan jongeren onder de zestien jaar is van toepassing sinds december 2005. Dit verbod is gecombineerd met een verplichting van de installatie van een vergrendeld systeem van automatische toestellen voor tabaksverkoop. Rookstopbegeleidingen voor zwangere vrouwen en hun partner bij een tabakoloog worden sinds 1 september 2005 terugbetaald.

Via de programmawet van 22 december 2003 werd een tabaksfonds opgericht. De voorwaarden voor de aanwending van de middelen van dit Fonds werden vastgesteld via de KB's van 23 augustus 2004 en 31 mei 2005. Sindsdien werd het Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik geïntegreerd in het Fonds ter bestrijding van de verslavingen. Dit Fonds wordt gereguleerd door het KB van 18 december 2008 tot vaststelling van de nadere regels voor financiering door het Fonds tot bestrijding van verslavingen.

Er zijn ook nieuwe maatregelen genomen tijdens de legislatuur 2007-2011 :

De wet van 22 december 2009 betreffende een algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook voorziet een rookverbod vanaf 1 januari 2010 in alle afgesloten publieke ruimtes, de werkplaats en restaurants. Enkel de drankgelegenheden waar geen voedingswaar opgediend wordt en de speelhallen van type I zullen nog een rookzone kunnen installeren. Een wet die deze uitzonderingen ten laatste op 1 juli 2014 afschaft werd eveneens gepubliceerd op 29 december 2009. Zij laat bovendien de mogelijkheid om deze eerder af te schaffen bij Koninklijk Besluit.

Wat etikettering betreft van tabaksproducten, werden de gecombineerde waarschuwingen gewijzigd zodat op elk sigarrettenpakje het nummer van de tabaksstoplijn vermeld wordt, waarvan gebleken is dat te weinig rokers dit kennen. In het kader van het kankerplan wordt, vanaf 1 oktober 2009, een terugbetaling gedaan voor rookstopconsultaties bij een arts of een tabakoloog.

3.1.10. Fonds ter bestrijding van de verslavingen

Via de programmawet van 20 juli 2006 werd het Fonds ter bestrijding van de verslavingen gecreëerd. De middelen van het Fonds konden aangewend worden voor de financiering van projecten tot bestrijding van verslavingen volgens de criteria die zijn opgenomen in het Koninklijk Besluit van 28 december 2006. De nieuwe regels tot toewijzing van subsidies zijn opgenomen in het KB van 18 december 2008. Van het jaarlijks totaalbedrag van 5 miljoen euro wordt 2 miljoen euro voorzien voor specifieke acties inzake tabaksbestrijding. Dit Fonds is aldus een uitbreiding van het tabaksfonds naar alle andere psychoactieve substanties.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 28 september 2009 werd beslist een samenwerkingsakkoord op te stellen tussen de Ministers van Volksgezondheid voor een gemeenschappelijk beheer van dit Fonds.

3.1.11. Cocaïne

De afgelopen jaren zijn - zowel op Europees niveau als in België - beduidend meer cocaïnegerelateerde hulpvragen geregistreerd. Niettegenstaande deze gunstige instroomtendens, blijken toch heel wat cocaïnegebruikers getypeerd te kunnen worden als draaideurcliënten en lijkt de drop-out en het herval van deze cliëntengroep beduidend hoog te zijn.

Om deze reden financiert de Federale Overheid Volksgezondheid, sinds 2008, een pilootproject rond de toepassing en analyse van een cocaïnespecifiek behandelingsprogramma. Bedoeling is enerzijds in een beperkte setting het ontwikkelde hulpverleningsprogramma te gaan uittesten en anderzijds meer wetenschappelijk inzicht te verwerven in de implementatie en effectiviteit van de 'Community Reinforcement Approach en Vouchers-methodiek' voor cocaïnegebruikers in België.

De eindresultaten van dit projecten worden in 2011 verwacht.

3.1.12. Alcohol

Het beleid van de federale overheid Volksgezondheid inzake hulpverlening omvat principieel zowel alcohol als illegale psychoactieve stoffen. Dit impliceert dat de pilootprojecten 'zorgcoördinatie', 'dubbele diagnose' en 'crisiseenheden' zich op beide doelgroepen richten.

Naar aanleiding van de oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2005 de Cel Gezondheidsbeleid Drugs het mandaat gegeven een beleidsdocument inzake alcohol op te stellen. Na consultaties van preventie- en hulpverleningssector, wetenschappelijke deskundigen, ... heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een Gemeenschappelijke Verklaring inzake het toekomstige alcoholbeleid aangenomen in juni 2008³. Deze Verklaring beschrijft de doelstellingen van het te voeren beleid en somt een reeks maatregelen op die kunnen genomen worden. Voor de federale overheid Volksgezondheid werden, op ter uitvoering van deze Verklaring, volgende maatregelen gerealiseerd:

- De wet van 10 december 2009 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid stipuleert een grotere coherentie van de wetgevingen over de verkoop van alcohol aan minderjarigen (artikel 13 van Wet van 28 december 1983 betreffende de vergunning voor het verstrekken van sterke drank en artikel 5 van de besluitwet van 14 november 1939 betreffende de beteugeling van de dronkenschap). De integratie van de bestaande maatregelen en het verkoopverbod van alcoholhoudende dranken aan min-16-jarigen in de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten maakt het mogelijk om het debat terug te brengen tot de essentie, met name de gezondheidsproblemen bij jongeren. Wat de toepassing betreft, zal de controle op al deze maatregelen betreffende het verbod op de verkoop van alcohol aan minderjarigen gerealiseerd worden door de dienst inspectie van DG-4 van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, die relevante ervaring heeft opgedaan bij de de controles op het verbod op de verkoop van tabaksproducten aan min-zestienjarigen.
- De ondertekende conventie van 2005 tussen de federale Minister van Volksgezondheid, de horeca en de consumentenorganisaties inzake alcoholreclame naar jongeren zal geïnstitutionaliseerd worden. In dit kader zal ook een praktische gids uitgewerkt worden voor de toepassing van het convenant.

³ BS 17.07.2008

- De Minister van Volksgezondheid heeft het advies van de Hoge Gezondheidsraad ingewonnen van het gebruik van alcohol door vrouwen die zwanger wensen te worden, zwanger zijn of borstvoeding geven. Dit advies werd uitgebracht op 4 maart 2009. Op basis van dit advies plant de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu in 2010 enkele sensibiliserings- en vormingsinitiatieven naar de relevante zorgverstrekkers, zoals gynecologen, vroedvrouwen en huisartsen.
- In het kader van het Fonds ter bestrijding van de verslavingen werden projecten gefinancierd betreffende de opvang van ouders met een alcoholproblematiek, het organiseren van een nationale informatiecampagne rond alcohol, en het opstellen van website met informatie over riskant alcoholgebruik en behandelingsmogelijkheden.

3.1.13. Internationaal

De Federale overheid Volksgezondheid is zich bewust van het groeiende belang van het beleid dat wordt gevoerd door internationale organisaties. De Europese Unie is voor haar de eerste referentie wat betreft het beleid inzake de reductie van de vraag.

Meer concreet schakelt zij haar beleid volledig in in de algemene doelstellingen van de Europese Drugsstrategie 2005-2012 en het Europese Drugsactieplan 2005-2008 en 2009-2012, met name:

1. bijdragen tot een hoog niveau van gezondheidsbescherming, welzijn en sociale samenhang door middel van een aanvulling van het optreden van de lidstaten ter voorkoming en beperking van druggebruik, verslaving en druggerelateerde schade aan de volksgezondheid en voor de maatschappij;
2. streven naar een hoog niveau van veiligheid van het grote publiek door maatregelen tegen drugsproductie, grensoverschrijdende illegale drugshandel en het misbruik van precursoren, en door de preventie actie tegen druggerelateerde criminaliteit te intensifiëren door middel van effectieve samenwerking in het kader van een gezamenlijke aanpak.

De Federale overheid Volksgezondheid volgt, ondersteunt en bewaakt deze doelstellingen in de schoot van de Horizontal Working Group on Drugs. Daarnaast stimuleert zij het belang van wetenschappelijk onderzoek en waakt zij mede over het aandeel van demand reduction activiteiten in het Europees beleid.

Wat de Verenigde Naties betreft, gebeurt de terugkoppeling naar de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Sinds januari 2006 is België, voor twee jaar, lid van de Commission on narcotic drugs. De Federale overheid Volksgezondheid was in 2006 lid van de Belgische delegatie voor de jaarlijkse bijeenkomst van deze commissie. In deze hoedanigheid droeg zij bij tot het tot stand komen van resoluties met betrekking tot controle van psychoactieve stoffen, stimuleren van beleidsevaluatie, en van initiatieven in het kader van reductie van de vraag, en risicobeperking.

In dit kader worden ook de relevante beleidspunten van de WGO van kortbij opgevolgd en, indien gepast, geïmplementeerd in nationaal beleid. De kaderconventie betreffende tabaksbestrijding van de WGO werd van kracht op 27 februari 2005 op wereldvlak. Zij werd vervolgens in België geratificeerd en is van kracht geworden op lokaal niveau op 30 november 2005. De Federale overheid Volksgezondheid coördineert de opvolging van deze conventie in ons land.

De Federale overheid Volksgezondheid verzorgt de permanente vertegenwoordiging bij de Groupe Pompidou in de schoot van de Raad van Europa. Zij heeft permanente leden bij de platforms 'onderzoek' en behandeling' van deze Groupe.

3.1.14. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Op epidemiologisch vlak volbrengt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, in nauwe samenwerking met zijn partners binnen Gemeenschappen en Gewesten, de taken van Nationaal Focal Point (NFP) bij het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving. Deze situeren zich voornamelijk rond de 5 epidemiologische thema's: problematisch druggebruik, druggerelateerde infectieuze aandoeningen, druggebruik in de algemene populatie, druggerelateerde sterfte en de vraag om behandeling. Concrete voorbeelden zijn het in samenwerking met de drugbehandelingscentra uitgebouwde systeem voor de registratie van de vraag om behandeling (Treatment Demand Indicator); een studie naar infectieuze aandoeningen bij druggebruikers in behandelingscentra en gevangenissen; en een studie naar infectieuze aandoeningen en gebruik van diensten bij heroïnegebruikers.

Bovendien wordt jaarlijks een overzicht van de situatie in België opgesteld, het Nationaal Rapport. Een Early Warning System (EWS) monitort permanent de nieuwe en gevaarlijke drugs insamenwerking met partners in twee Gemeenschappen, de federale politie en de gespecialiseerde laboratoria. Jaarlijks worden onderzoeksvoorstellen ingediend voor financiering bij Federaal Wetenschapsbeleid.

3.2. Sociale Zaken (RIZIV)

Via financieringsovereenkomsten die het RIZIV daartoe heeft afgesloten met gespecialiseerde voorzieningen voor drugsverslaafden worden ten behoeve van de patiënten specifieke revalidatieprogramma's vergoed die zowel een medische als een psychosociale revalidatie van de patiënten beogen.

In de periode van 2001 tot 2003 werden in dat opzicht 29 voorzieningen gefinancierd. In de loop van de periode 2001-2003 heeft het Verzekeringscomité bijkomend met één centrum voor verslaafden een overeenkomst afgesloten, te weten het MSOC van Vlaams-Brabant.

Het is de bedoeling dat de revalidatieforfaits die de revalidatiecentra voor verslaafden kunnen factureren aan de ziekenfondsen van de patiënten, naast de noodzakelijke werkingskosten, ook de werkelijke personeelskosten van de centra vergoeden. In dat

opzicht voorzien de overeenkomsten met de revalidatiecentra voor verslaafden dat het aandeel van de personeelskosten in de revalidatieforfaits, op vraag van de centra, aan de realiteit wordt aangepast, van zodra de werkelijke personeelsuitgaven van een centrum tengevolge van de evolutie van de anciënniteit van het tewerkgestelde personeel, 1 % hoger zouden komen te liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de prijs van de revalidatieforfaits. In toepassing daarvan zijn in de periode 2001-2003 in het kader van verschillende overeenkomsten met centra voor verslaafden de revalidatieforfaits aangepast.

Daarnaast heeft de Regering in zijn begrotingsdoelstellingen voor 2002 en 2003 budgetten gereserveerd voor de uitbreiding van een aantal centra voor drugsverslaafden met een RIZIV-overeenkomst. Voor 2002 is in dat opzicht een budgettaire verhoging van 1,027 miljoen euro (41,44 miljoen BEF) op jaarbasis gereserveerd. Vanaf 1 oktober 2003 is specifiek voor de financiering van de MSOC's een bijkomend jaarlijks budget van 1 miljoen euro vrijgemaakt.

In de periode 2004-2006 werd bijkomend een revalidatieovereenkomst afgesloten met een inrichting uit Namen die aan illegale drugs verslaafde patiënten, ambulante behandelt. In totaal waren er op 31 december 2006 28⁴ overeenkomsten afgesloten tussen het R.I.Z.I.V. en gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden.

Er zijn, in de begroting 2006, ook middelen gereserveerd om nieuwe revalidatieovereenkomsten af te sluiten voor de behandeling van twee specifieke doelgroepen, met name: verslaafde moeders (of verslaafde vaders) met kinderen en minderjarige verslaafden.

Wat de eerste doelgroep van verslaafde moeders (of vaders) met kinderen betreft, is een budget uitgetrokken (190.000 €), dat dient om het mogelijk te maken dat verslaafde moeders (of vaders), die een residentieel revalidatieprogramma volgen in een inrichting, samen met hun kinderen in een aparte afdeling van die inrichting kunnen verblijven. Hierdoor wordt de drempel verlaagd voor verslaafde ouders om zich residentieel te laten behandelen én wordt vermeden dat ouders door hun behandeling gescheiden zouden worden van hun kinderen. Sinds 1-1-2007 financiert het RIZIV via de overeenkomsten 2 ouder-kind afdelingen: één in Gavere en één in Châtelet.

Wat de tweede doelgroep van minderjarige verslaafden betreft: hiervoor is een budget van 900.000 € gereserveerd. Dit budget dient om voor het eerst een revalidatieovereenkomst af te sluiten met een residentieel inrichting die gespecialiseerd is in de behandeling van minderjarige verslaafden. Deze overeenkomst is sinds juli 2007 afgesloten met een centrum uit Eeklo.

Bovendien zijn er in de periode 2004-2006 verschillende kleine uitbreidingen, verbeteringen gebeurd van bestaande overeenkomsten met gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden. In sommige gevallen gaat het om de uitbreiding van bestaande

⁴ Het lagere aantal in vergelijking met 2001-2003 wordt verklaard doordat sommige overeenkomsten die vroeger waren afgesloten met verschillende afdelingen van eenzelfde inrichtende macht in de loop van 2006 werden samengevoegd onder de noemer van eenzelfde overeenkomst.

voorzieningen met een residentiële nazorgfase waar patiënten, die voordien een intensieve behandeling gevolgd hebben in een andere afdeling van de voorziening, onder begeleiding van de inrichting, concrete stappen zetten met het oog op hun daadwerkelijke maatschappelijke reïntegratie.

In de begroting-2008 van het RIZIV zijn er voor in totaal 2,5 miljoen euro extra middelen voorzien voor de revalidatie van verslaafden. Deze middelen zijn nog niet allemaal besteed maar ze dienen in principe voor een bijkomend crisisinterventiecentrum in Bergen, een bijkomend centrum voor langdurige residentiële revalidatie, de oprichting van een bijkomend dagcentrum in Zuid-Oost-Vlaanderen én de uitbreiding van 5 andere, bestaande dagcentra waaronder 3 MSOC's.

Op 1 februari 2009 waren er in totaal 29 overeenkomsten afgesloten met betrekking tot revalidatiecentra voor verslaafden. Op diezelfde datum bedroeg het totaal van de enveloppen van de verschillende overeenkomsten met gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden 42.265.000 euro. Dit betekent een stijging met ongeveer 6 miljoen euro ten opzichte van dit budget op 31 december 2006. Voor een belangrijk deel is deze toename, naast hierboven bedoelde uitbreidingen van bestaande centra of erkenningen van nieuwe centra, ook te wijten aan de verschillende indexeringen die sindsdien hebben plaatsgevonden, de invoering van de attractiviteitspremie (wat een globale maatregel is voor de gezondheidszorg) en onder meer ook de (gewone) tenlasteneming van de gestegen personeels- of werkingskosten van bepaalde inrichtingen.

In de begroting 2009 zijn er geen extra middelen voorzien voor de revalidatie van verslaafden.

Op 1 januari 2010 waren er in totaal 29 overeenkomsten afgesloten met betrekking tot revalidatiecentra voor verslaafden. Op diezelfde datum bedroeg het totaal van de enveloppen van de verschillende overeenkomsten met gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden 46,154 miljoen euro (maximale enveloppen). De toename van het budget is niet alleen te wijten aan uitbreidingen of nieuwe initiatieven die gerealiseerd zijn maar is deels ook het gevolg van de toename van de loon- en werkingskosten van bestaande centra.

In de begroting 2010 is een extra budget van 1 miljoen euro voorzien voor de revalidatie van verslaafden. Er zijn verschillende aanvragen voor nieuwe centra of uitbreidingen van bestaande centra ingediend (duidelijk meer dan dat er met het extra budget gerealiseerd kunnen worden). De beheersinstanties van het RIZIV moeten nog beslissen welke van deze aanvragen (prioritair) gerealiseerd zullen worden.

3.3. Binnenlandse Zaken

3.3.1. Directie Lokale Integrale Veiligheid

Bij tal van actiepunten die worden vooropgesteld in de Federale Beleidsnota van 19.01.2001 in verband met de drugproblematiek worden verantwoordelijkheden toebedeeld aan de Minister van Binnenlandse Zaken.

In dit kader wordt de Directie Lokale Integrale Veiligheid van FOD Binnenlandse Zaken verantwoordelijk gesteld voor de preventie en aanpak van de druggerelateerde maatschappelijke overlast.

Sinds 2007 zijn de voormalige Drugplancontracten die werden afgesloten met steden en gemeenten opgenomen in de Strategische Veiligheids- en Preventieplannen 2007-2010. Van de 102 steden en gemeenten die een dergelijk strategisch plan hebben afgesloten, zijn er 68 die een of meerdere projecten hebben ontwikkeld in het kader van de aanpak van het fenomeen druggerelateerde maatschappelijke overlast.

Deze projecten mogen conform art. 11 van het MB van 15.01.2007 betreffende de invoering van de strategische veiligheids- en preventieplannen niet kaderen binnen een beleid van primaire preventie en mogen tevens geen onderdeel uitmaken van een medisch-therapeutische benaderingswijze. Primaire preventie en medisch-therapeutische acties (zoals bij voorbeeld spuitenruil, methadonverstrekking, crisisopvang, ambulante drughulpverlening en medische consultaties) behoren immers tot de bevoegdheden van de Minister van Volksgezondheid.

Vandaar dat de acties die steden en gemeenten opzetten binnen hun subsidieovereenkomst met Binnenlandse Zaken zich richten op secundaire preventie (meer bepaald op personen die reeds in contact gekomen zijn met drugs of die met een drugprobleem kampen), en op sociale reïntegratie van drugverslaafden.

Uit de inventaris van alle drugprojecten die in de strategische veiligheids- en preventieplannen 2007-2010 worden ontwikkeld, kunnen de volgende hoofdcategorieën onderscheiden worden:

- informeren, adviseren en sensibiliseren van druggebruikers en intermediairen
- vorming en opleiding
- straathoekwerk
- interculturele bemiddeling
- onthaal en doorverwijzing
- psychosociale begeleiding
- sociale, economische en familiale reïntegratie
- lokaal en provinciaal overleg

Daarnaast ontwikkelen lokale overheden in hun strategisch veiligheids- en preventieplan projecten die kaderen binnen een repressieve aanpak van de drugproblematiek, zoals bij voorbeeld het therapeutisch advies.

Ten slotte besteden verschillende steden en gemeenten de door Binnenlandse Zaken toegekende middelen ook aan projecten gericht op nazorg, zoals bij voorbeeld de sociale reïntegratie van delinquente jongeren en ex-gedetineerden.

Steden en gemeenten ontwikkelen hun projecten vanuit een integrale en geïntegreerde benaderingswijze:

- voorafgaand aan elk strategisch veiligheids- en preventieplan 2007-2010 werd een lokale veiligheidsdiagnostiek opgemaakt, die onderdeel uitmaakt van de ontwikkeling van een lokaal integraal veiligheidsbeleid;
- door structureel overleg tussen alle betrokken actoren worden de preventieve, repressieve en hulpverleningsacties op elkaar afgestemd (bij voorbeeld het pilootcomité van Burgemeester, Korpschef en Preventieambtenaar, de lokale Consultatieve Preventieraden, de Provinciale Commissies voor Criminaliteitspreventie, en andere).
- de verschillende lokale krachten (straathoekwerkers, drughulpverleners, preventiewerkers, ...) die binnen de strategische veiligheids- en preventieplannen worden tewerkgesteld, zijn meestal gedetacheerd naar bestaande gezondheids- of welzijnsdiensten, waardoor zij zich inschrijven in het preventie- en gezondheidsbeleid van de Gemeenschap, het Gewest of de Federale Overheid waarbinnen ze actief zijn. Hierdoor worden de acties die vanuit de verschillende bevoegdheidsniveaus gefinancierd worden, op elkaar afgestemd.
- Tevens worden naast de detacheringsovereenkomsten ook tal van samenwerkingsakkoorden afgesloten tussen alle betrokken sectoren (preventiedienst, lokale politie, hulpverlening, parketten, en andere).

3.3.2. Federale Politie

Sinds 2001 hebben de diensten en departementen, die afhangen van de ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken de principes van de federale nota drugs vertaald in de feiten. De principes van een beleid dat is onderbouwd door kennis, regionale of internationale coördinatie van acties, en de prioriteit die wordt gegeven, voor wat betreft het gerechtelijk apparaat, aan de beperking van het aanbod hebben de beleidsontwikkelingen van de laatste jaren vorm gegeven.

Immers, ter aanvulling van de wetswijzigingen teneinde de strafrechtelijke behandeling van het bezit van cannabis te onderscheiden van andere inbreuken op de wet op de verdovende middelen en psychotrope stoffen, heeft de overheidsdienst een specifiek strafrechtelijk beleid uitgewerkt voor het bezit van cannabis, dat zich op die manier perfect integreert in de acties van de verschillende partners in het globaal beleid.

De initiatieven om de gewenste synergieën tussen het behandelingsaanbod en de strafrechtelijke behandeling te operationaliseren werden in werking gesteld en geëvalueerd. Justitie heeft zich ook als een verantwoordelijke partner getoond bij het aanpakken van risicobeperkende projecten, zoals bijvoorbeeld deze met betrekking tot heroïnegebruik.

Zich integrerend op dezelfde manier in de in 2001 vastgelegde principes, hebben de preventie initiatieven van de politie inzake gebruik geen nationale steun meer kregen. De politiediensten hebben daarentegen hun acties tegen schade gerelateerd aan gebruik en verkoop van illegale drugs opgedreven.

Door zich in te schrijven in een euroregionale coördinatie in deze materie, heeft de Belgische politie substantieel bijgedragen aan de evolutie tot samenwerking met Nederland, Frankrijk en het Groothertogdom Luxemburg. De permanente deelname van de Belgische politie aan de patrouilles die plaatsvinden in Nederland in het kader van het drugstoerisme is hiervan de meest zichtbare uiting. De overheid dienste heeft ook haar principes inzake repressief beleid ten aanzien van drugtoeristen die op het Belgisch grondgebied worden gevat, verduidelijkt en schrijft zich op die manier in in het concept van veiligheidsketen.

De inspanningen in functie van het terugdringen van het aanbod werden versterkt, onder meer door een betere afstemming tussen de plannen van de verschillende departementen. Die inspanningen zijn uitgemond in de invoering van het concept 'veiligheidsketens' en de kader inzake veiligheid. De Belgische diensten inzake repressie waren eveneens actief op internationaal niveau door actief deel te nemen, of de leiding te nemen, van internationale acties gericht tegen de drugsproductie of de grootschalige handel.

Met de steun van Federaal Wetenschapsbeleid of de Europese Unie, hebben de verschillende diensten en actoren, die afhangen van de ministers van Binnenlandse zaken en Justitie, bijgedragen tot het evolueren van de kennis door het ondersteunen of initiëren van wetenschappelijke studies. Die studies hebben geleid tot een betere definiëring en meting van druggerelateerde criminaliteit en tot de ontwikkeling van nieuwe coördinatiemechanismen voor het terugdringen van de het aanbod van illegale drugs.

3.4. Justitie

In de geest van de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs en de Federale Drugsnota van 2001, vereist de drugsproblematiek een *gediversifieerde aanpak* vanuit justitie, met een gezonde mix van preventie, hulpverlening en repressie.

Deze beginselen werden naar de praktijk vertaald, o.m. in het uitgetekende strafrechtelijke beleid.

3.4.1. Omzendbrieven

- Ministeriële omzendbrief dd. 16/05/2003: Ministeriële richtlijn betreffende het vervolgingsbeleid inzake het bezit van en de detailhandel in illegale verdovende middelen, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 2 juni 2003
- COL 2/2005: Gemeenschappelijke richtlijn van de Minister van Justitie en het College van Procureurs-generaal omtrent de vaststelling, registratie en vervolging van inbreuken inzake het bezit van cannabis.

In overeenstemming met de terzake opeenvolgende internationale verdragen is cannabis, volgens de Belgische drugswetgeving, nog altijd een illegale drugs.

Het bezit van illegale drugs is en blijft strafbaar.

Het zogenaamde gedoogbeleid bestaat dus niet in een decriminalisering: het niet langer beschouwen van een gedraging als een misdrijf of als een strafbare gedraging.

Bij wet van 3 mei 2003 (B.S. 2 juni 2003) heeft men wel getracht om een strafbare gedraging waarop een strafrechtelijke sanctie staat, in de praktijk te laten leiden tot een depenalisering door wettelijk te verhinderen dat het Openbaar Ministerie de gedraging kon vervolgen doordat bepaalde strafbare feiten niet langer werden geverbaliseerd en geen proces-verbaal werd opgesteld.

Bij arrest van 20 oktober 2004 heeft het Arbitragehof deze bepaling vernietigd. De huidige situatie is dus dat alle strafbare feiten inzake drugs (ook cannabisbezit voor eigen gebruik) worden geregistreerd, minstens wordt een vereenvoudigd proces-verbaal opgemaakt. De mogelijkheid om te reageren vanuit justitie blijft dus altijd aanwezig.

Het gedoogbeleid bestaat er enkel in dat een gedifferentieerd beleid wordt gevoerd op het vlak van het vervolgingsbeleid door het Openbaar Ministerie, zoals dit trouwens ook voor andere fenomenen het geval is.

De gemeenschappelijke richtlijn bepaalt dat aan het bezit door een meerderjarige, van een hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik, de laagste prioriteit in het vervolgingsbeleid wordt gegeven, uitgezonderd wanneer het bezit gepaard gaat met verzwarende omstandigheden of verstoring van de openbare orde.

Het bezit van een hoeveelheid cannabis, van maximum 3 gram of één geteelde plant, door een meerderjarige persoon, zonder dat er enige aanwijzing van verkoop of handel aanwezig is, wordt geacht te zijn voor persoonlijk gebruik.

Deze inbreuken geven aanleiding tot het opstellen van een vereenvoudigd proces-verbaal.

- COL 7/2007: Omzendbrief van het College van Procureurs-generaal betreffende het vervolgingsbeleid ten aanzien van 'drugstoeristen'.

In deze omzendbrief wordt via een precieze omschrijving en onder de specifieke benaming 'drugstoerisme' alle strafbare gedragingen beschreven die een gemeenschappelijke aanpak inzake strafrechtelijk beleid en vervolgingsbeleid verantwoorden.

3.4.2. Ten aanzien van druggebruikers en verslaafden

De parlementaire werkgroep drugs benadrukte destijds sterk het belang van een alternatieve aanpak voor drugsverslaafden, teneinde te vermijden dat drugsgebruikers die geen zware feiten plegen in de gevangenis terecht komen.

Deze ultimum remedium-filosofie houdt in dat voor drugsgebruikers een alternatieve gerechtelijke sanctie de voorkeur geniet en zij zoveel mogelijk georiënteerd moeten worden naar de hulpverlening.

De opgestarte proefprojecten passen perfect in deze filosofie:

- Projecten 'alternatieve gerechtelijke maatregelen' in het kader van het zogenaamde 'Globaal Plan'.

De minister van Justitie beschikt over de mogelijkheid om een financiële tegemoetkoming toe kennen aan lokale overheden waarmee bijkomend personeel kan worden aangeworven voor de omkadering van verscheidene alternatieve gerechtelijke maatregelen (Gloobaal Plan). Deze personeelsleden kunnen ofwel in de eigen gemeente/stad te werk gesteld worden of ter beschikking worden gesteld van een bestaande vereniging. Sinds 1996 werden op deze manier verscheidene projecten opgericht die ook een aanbod hebben ontwikkeld naar druggebruikers en verslaafden. Het kan hierbij gaan om een opleiding of behandeling (therapie), zowel ambulante als residentiële. Druggebruikers of verslaafden kunnen naar dergelijke projecten doorverwezen worden in het kader van een alternatief voor de voorlopige hechtenis, in het kader van een probatiemaatregel of in het kader van een bemiddeling in strafzaken. In 2007 werd dit aanbod, evenals de knelpunten en perspectieven in kaart gebracht via een studie van de VUB en de UCL (Werken en leren als straf, een onderzoek naar de uitvoering van werkstraffen en leermaatregelen in België, VUBpress, 2007). Anno 2009 worden via dit subsidiekanaal 28,5 voltijds equivalenten gesubsidieerd die een aanbod hebben naar druggebruikers en verslaafden. Dit vertegenwoordigt een jaarlijks subsidiebedrag van 1.041 KEUR.

- Pilotproject 'Proefzorg' in Gent

Vanuit de vaststelling dat er op het niveau van het parket een lacune bestond om louter druggebruikers op een efficiënte wijze naar de hulpverlening te oriënteren, werd het proefproject 'Proefzorg' met goedkeuring van de minister van Justitie in 2005, opgestart in het gerechtelijk arrondissement Gent.

Proefzorg is een alternatieve afhandelingsmodaliteit waarbij middelengebruikers reeds op het niveau van het parket (dus in een vroeg stadium) worden doorgestuurd naar de hulpverlening en situeert zich binnen de praetoriaanse probatie, die vooralsnog niet wettelijk geregeld is.

Belangrijk is de figuur van de proefzorgmanager, die fungeert als tussenpersoon tussen de justitie en de hulpverlening. Hij begeleidt de justitiële doorverwijzing naar de hulpverlening, om vervolgens controle uit te oefenen op de afspraken die daaruit voortvloeien.

- Pilotproject 'Conseiller stratégique Drogue' te Luik

Dit is een analoog drugsproject in het arrondissement Luik.

- Pilotproject 'Drugsbehandelingskamer' te Gent

Dit nieuwe project werd in 2008 in de schoot van de Gentse Correctionele Rechtbank opgestart middels een samenwerkingsakkoord medeondertkend door de Minister van Justitie.

Dit project ligt in het verlengde van het vorige project doch situeert zich een latere fase namelijk op de terechtzitting. Zetel, parket, balie, hulpverlening en justitiehuis hebben een nauwe samenwerking op touw gezet om op het niveau van de rechtbank een snelle doorverwijzing van de drugsgebruikende beklagde naar de hulpverlening te realiseren.

De brug justitie en hulpverlening gebeurt door de liaison hulpverlening die de zittingen bijwoont.

- Pilootproject 'nultolerantie' in Kortrijk

Op 18 mei 2009 werd het startschot gegeven voor het proefproject 'nultolerantie', goedgekeurd door de federale Minister van Justitie en de Gemeenschapsminister van Welzijn.

Dit project richt zich specifiek naar jongeren van 12 tot 23 jaar, die zich overgeven aan overmatig drugsgebruik, waardoor hun dagdagelijks functioneren in het gedrang komt doch niet gemotiveerd blijken om hun drugsgebruik te stoppen.

Ook dit project werd uitgewerkt in samenwerking met de verschillende betrokken actoren, voorziet in een liaisonfunctie om de samenwerking tussen de justitie en hulpverlening te optimaliseren maar betreft bovendien een nieuw aanbod binnen de hulpverlening, bestaande uit een negen maanden durend programma met daarbinnen een ondersteunende en structurele pool.

Als deze proefprojecten maken het voorwerp uit van een grondige evaluatie met het oog op een eventuele nationale implementatie.

Naar aanleiding van de positieve evaluatie van het proefzorgproject in Gent werd een studieopdracht uitgevaardigd aan de Dienst voor het Strafrechtelijk beleid met als doel de essentiële randvoorwaarden voor een nationale implementatie nader te onderzoeken, inzonderheid met betrekking tot de positionering van de casemanager justitie, de financieringsmodaliteiten en de wettelijke inkadering van proefzorg.

Tevens is bij het Federale Wetenschapsbeleid in het kader van het onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs een onderzoek gevoerd met de titel 'Onderzoek naar de essentiële en bijkomende randvoorwaarden voor justitie en hulpverlening om gerechtelijke alternatieve maatregelen voor drugsdelinquenten in het kader van de praetoriaanse probatie mogelijk te maken'.

3.4.3. Penitentiair drugsbeleid

Om de drugsproblematiek in de gevangenissen op een globale en geïntegreerde manier aan te pakken, werden de nieuwe richtlijn uitgaande van het College van Procureurs-generaal ter attentie van de parketten enerzijds en de ministeriële omzendbrief aan de directies van de strafinrichtingen anderzijds, volledig op elkaar afgestemd.

Ze bevatten het globale kader voor de interventies en het drugsbeleid.

Hierbij werd gestreefd naar een goede balans tussen preventie en voorlichting, een efficiënte controle, een professionele ondersteuning en begeleiding en een gepaste sanctionering bij misbruik, zowel ten aanzien van de gedetineerden als van de bezoekers.

De centrale stuurgroep 'drugs' coördineert het drugsbeleid van de penitentiaire administratie. De lokale stuurgroepen, die in iedere gevangenis bestaan, werken daaraan mee.

Tevens werden drugsvrije afdelingen opgericht in bepaalde gevangenissen en voorzien in opleiding over drugs voor het personeel van de gevangenissen.

Drugvrije afdelingen.

Er bestaan thans drugvrije afdelingen in de gevangenissen te Ruiselede, Verviers en Brugge.

In Ruiselede bestaat sinds 15 jaar het programma “B-leave” voor druggebruikers die op een cleane manier willen werken aan een drugvrije toekomst. Naast de basisregels die gelden in Ruiselede (de drugs- en alcoholcontroles, leven in groepsverband, nultolerantie inzake agressie, verplichte tewerkstelling en familiewerking) wordt gedurende acht maanden lang, gedurende minstens 4 uur per dag op fysiek, sociaal en psychisch vlak gewerkt in gesloten groepen aan de verslavingsproblematiek.

Daarbij worden via de sessies terugvalpreventie, hoge risicosituaties gedefinieerd, het belang van schijnbaar onbelangrijke beslissingen en levensstijlfactoren uitvoerig besproken, de persoonlijke terugvalketen geanalyseerd, en het anticiperen op probleemsituaties aangeleerd.

Sinds mei 2009 zijn er in Ruiselede ook open groepen opgestart – het “Schakel”-project - om de druggebruikers buiten B.leave, gedurende vier uur wekelijks een programma van terugvalpreventie en sociale vaardigheden aan te bieden.

Het doel van deze groepen bestaat er in om het inzicht te verhogen in het verslavingsgedrag en motivatiebevordering na te streven inzake het veranderen van het verslavingsprobleem.

In de gevangenis Verviers bestaat sedert 2007 een drugvrije vleugel en in 2010 zal een bijkomende pretherapeutische sectie worden geopend.

Een nieuwe drugvrije afdeling in Brugge werd geopend in november 2009. De drugvrije afdeling is gericht op langgestrafte veroordeelden en staat enkel open voor mannen. Er werd een aparte sectie voorzien voor 20 gedetineerden waar een open regime wordt verzekerd met afscheiding van de andere gedetineerden in de inrichting.

Zowel gedetineerden met een drugverleden als gedetineerden die geen gebruik hebben gekend maar zich willen distantiëren van het druggebruik van anderen, kunnen zich kandidaat stellen.

Centrale aanmeldingspunten drugs in de gevangenissen(CAP)

Tot begin 2009 waren 5 gevangenissen in Vlaanderen voorzien van een “centraal aanmeldingspunt” waartoe gedetineerden zich in de gevangenis konden richten in het kader van een efficiëntere voorlichting en verwijzing naar de drughulpverlening. In 2009 werd een aanbestedingsdossier voorbereid voor de verdere uitbreiding van deze aanmeldingspunten in de andere gevangenissen van het land. De realisatie ervan zal gebeuren in 2010.

3.4.4. Aanpak van de illegale productie, distributie en handel van drugs

De bestrijding van drugsproductie, - handel en smokkel zijn uiteraard binnen de taken van justitie de eerste prioriteit. Conform de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs dient een repressief beleid gevoerd.

In het Nationaal Veiligheidsplan 2008-2011, uitgaande van de Minister van Justitie en de Minister van Binnenlandse Zaken, werd expliciet als prioriteiten opgenomen: de bestrijding van de drugsproductie, drugshandel en drugsgerelateerde criminaliteit met focus op de productie van synthetische drugs en cannabiskweek, de in- en doorvoer van cocaïne en heroïne en de straathandel (inclusief drugstoerisme).

Bovendien zijn deze prioriteiten opgenomen bij de veiligheidsfenomenen die projectmatig, dit is door middel van jaarlijks geïntegreerde actieplannen, dienen aangepakt te worden.

Tevens werd voorzien dat de Minister van Justitie aan het College van Procureurs-generaal zou vragen om verslag uit te brengen met het oog op de beleidsmatige aanpak van de prioriteiten bepaald in het nationaal veiligheidsplan en over de richtlijnen en acties die in de toekomst gepland zijn.

In het verslag van het College van Procureurs-generaal worden volgende prioritaire items bepaald, waarvoor strategische doelstellingen werden bepaald en concrete actiepunten zullen worden uitgewerkt:

- de synthetische drugs
- de cannabisplantages
- de specifieke problematiek van de doorvoer van drugs (via haven en luchtverkeer)
- drugs in de gevangenis
- drugstoerisme, inclusief drugsrunners
- megadancings

Ook het federale parket schreef inmiddels een plan uit betreffende de aanpak van de nationale en internationale drugscriminaliteit 2008 -2011, rond drie assen:

- het ontmantelen van laboratoria voor synthetische drugs
- de internationale cocaïne- en heroïnehandel die direct gelinkt is met de producerende landen
- de bedrijfsmatige cannabis

3.4.5. De grensoverschrijdende drugsproblematiek en internationale samenwerking

Vanzelfsprekend schrijft België zich in in het drugsbeleid uitgetekend door de Verenigde Naties en de Europese Unie.

Desbetreffend kan verwezen worden naar de volgende strategische beleids- en actieplannen: EU DRUGS STRATEGY 2005-2012 en EU DRUGS ACTION PLAN 2009-2012.

De FOD Justitie participeert actief aan de Horizontale groep drugs en heeft deze werkgroep voorgezeten sinds het Belgische voorzitterschap van de EU in 2001.

De FOD Justitie neemt tevens deel aan de Groep Pompidou binnen de Raad van Europa. Meer bepaald coördineert zij de werkgroepen met betrekking tot het strafrecht (relatifs à la justice pénale) en de drugscontroles in de luchthavens.

Op het niveau van de Verenigde Naties coördineert de FOD Justitie de Belgische participatie aan de vergaderingen Honlea (Head of national law enforcement agencies). Eveneens participeert zij op een actieve wijze aan de vergaderingen van de Commissie Drugs van de Verenigde Naties.

Specifieke aandacht is uitgegaan naar de problematiek van de grensoverschrijdende drugscriminaliteit met onze directe buurlanden.

Verschillende samenwerkingsverbanden en nieuwe initiatieven werden terzake genomen:

- *Hazeldonk*: betreft een overlegstructuur tussen België-Nederland-Frankrijk-Luxemburg, specifiek met betrekking tot gecoördineerde samenwerking in strijd tegen drugstoerisme
Geconcretiseerd in: * joint Hit Teams (vliegende drugsbrigade regio Maastricht en Breda)
* gemeenschappelijke controleacties Etoiles
* informatieuitwisseling

- *Euregio Scheldemond*: betreft grensregio ten westen van de Schelde (Brugge-Gent-Dendermonde- Terneuzen)

- *Euregio Maas-Rijn*: betreft grensregio tussen België-Nederland-Duitsland
Voor België: provincie Limburg (parketten Tongeren en Hasselt) – provincie Luik (parket Luik) en Duitstalige gemeenschap (parket Eupen)

Geconcretiseerd in: * NebeDeAgPol: samenwerkingsverbanden tussen de politiediensten
* BES (Bureau Euregionale samenwerking): samenwerking tussen O.M. Hoofdkwartier in Maastricht onder leiding van Nederlandse magistraat Van De Ven met deelname van Belgische parketjurist van federaal parket
* EPICC: uitwisseling van informatie/gemengd commissariaat in Heerlen
* Oprichting Euregionale taskforce drugs

Op de strategische conferentie werd afgesproken voor 2009 prioriteit te geven aan de aanpak van de drugsproblematiek en meer bepaald cannabis.

- *Fedland* : direct samenwerkingsverband tussen federaal parket en landelijk parket, met doel strijd tegen de georganiseerde criminaliteit met accent op drugshandel en dan voornamelijk aanpak van synthetische drugs.

- *Bovenregionale recherche Zuid-Nederland*: direct samenwerkingsverband tussen federaal parket en parket 's Hertogenbosch gesteund door Nederlands College PG, uitgebreid tot de gehele grensstreek. Binnen de 7 prioriteiten bepaald inzake 'middencriminaliteit',

waaronder drugs, worden telkens 4 dossiers bepaald in onderlinge overleg waarop gewerkt kan worden.

Tenslotte dienen nog de volgende lokale samenwerkingsverbanden vermeld:

- Limburgse stuurgroep drugs (LSD)

Deze stuurgroep bestaat uit drie betrokken politiezones en de arrondissementscommissaris.

Tweesporenbeleid werd uitgetekend met luik aanpak drugsrunners (gecoördineerd door Dirjus Tongeren en luik aanpak drugstoeristen (gecoördineerd door Dirco Tongeren).

- Regio Hainaut Occidental

- Samenwerking in het arrondissement Doornik tussen het parket, de lokale en federale politie en de burgemeesters, geconcretiseerd in een geïntegreerd actieplan rond drugs en megadancings.

3.5. Federaal Wetenschapsbeleid

3.5.1. Inleiding

Een van de missies van Federaal Wetenschapsbeleid is de toepassing van wetenschappelijke en technische middelen ter ondersteuning van de bevoegdheden van de Federale overheid. Het "Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs" maakt deel uit van de instrumenten die worden ontwikkeld om deze taak te vervullen.

3.5.2. Ontstaan van het onderzoeksprogramma

Op 5 juli 2001 heeft de Ministerraad het voorstel tot verdeling van de bij beslissing van de Raad van 19 januari 2001 gereserveerde provisie van 500 miljoen BEF (12.394.676 EUR) voor de federale beleidsnota "Drugs" goedgekeurd. In dit kader lanceerden de toenmalige DWTC, het huidige Federale wetenschapsbeleid, het "Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs". De eerste oproep had plaats in 2001, voor een budget van 910.000 EUR.

Federaal Wetenschapsbeleid lanceerde in februari 2009 de achtste oproep voor onderzoeken die in het kader van dit programma worden uitgevoerd.

3.5.3. Kenmerken van het onderzoeksprogramma

Dit onderzoeksprogramma heeft de bedoeling bij te dragen tot het vergroten van de kennis die vereist is bij het beleidsvoorbereidende werk op Belgisch federaal vlak.

De oproepen staan open voor universitaire instellingen, wetenschappelijke overheidsinstellingen, onderzoekscentra en gespecialiseerde studie bureaus zonder winstoogmerk waarvan het wetenschappelijk onderzoek in de statuten of in de opdracht

werd ingeschreven. Van alle onderzoekers wordt verwacht dat zij werk van internationaal niveau leveren, ook als zij geen gebruik maken van de mogelijkheid met buitenlandse onderzoekers samen te werken.

De onderzoeksvoorstellen worden op hun wetenschappelijke waarde geëvalueerd door buitenlandse wetenschappelijke experts. Het interdepartementale coördinatiecomité geeft een advies over de beleidsrelevantie van de voorstellen.

In het kader van het programma Drugs is de medewerking van personen die op de verschillende gebieden van de Federale overheid en het middenveld (in de ruimste zin van het woord) samenwerken, zowel een kans als een noodzaak. Elk onderzoek heeft zijn eigen begeleidingscomité. Het begeleidingscomité is een forum van potentiële gebruikers van de resultaten van het onderzoeksproject en andere onderzoekers. Het fungeert als klankbord voor de personen die aan het project meewerken, door de uitwisseling van meningen tussen het onderzoeksteam en andere collega's en experts.

De onderzoeken monden onder andere uit in een door een ruim publiek leesbare tekst die de onderzoeksresultaten weergeeft.

3.5.4. Overzicht van de onderzoekscontracten (2002-)

De website⁵ van Federaal Wetenschapsbeleid vermeldt de onderzoeksploegen, de duur, de beschrijving en de samenvatting van het onderzoek.

DR/01: Substitutiebehandeling in België: ontwikkeling van een model ter evaluatie van de verschillende types van voorzieningen en van de patiënten

DR/02: Actie-Onderzoek over de aflevering van methadon in de publieke officina in België

DR/03: Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast en dit vanuit verschillende invalshoeken

DR/04: Voorspellende waarde van een geïntegreerd kwetsbaarheidsmodel gebaseerd op een Nederlandse en Franse aanpassing van de ASAM-criteria bij de keuze van de behandeling van drugsgebruikers

DR/05: Haalbaarheidsonderzoek voor de evaluatie van behandelcentra voor patiënten met dubbeldiagnose

DR/06: Psychiatrische effecten van cannabisgebruik: een kritische analyse van wetenschappelijke resultaten en onderzoeksmethoden

DR/07: Substitutiebehandeling in België: ontwikkelen van een model ter evaluatie van de verschillende types van voorzieningen en van de patiënten (Fase II)

DR/08: Onderzoek naar de effectiviteit van behandelingsprogramma's, specifiek voor patiënten met een dubbele diagnose

DR/09: Meta-analyse van de impact van lokale projecten drugoverlast (METAN)

DR/10: Heroïne verstrekking op medisch voorschrift. Haalbaarheidsstudie en klinisch, economisch en criminologisch protocol (DHCo)

⁵ <http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=nl&COD=DR>

- DR/11: Problematisch gebruik van drugs
- DR/12: Case management in de verslavingszorg en justitiële sector
- DR/13: Uitwerken van een methodiek voor de evaluatie van het drugsbeleid in België, in de sector gezondheid
- DR/14: Meta-analyse van het onderzoek naar de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het medicinaal gebruik van cannabis
- DR/15: Actie-Onderzoek over de aflevering van methadon in de publieke officina in België
- DR/16: Effecten van de verschillende justitiële afhandelingen voor druggebruikers
- DR/17: Effectiviteit en efficiëntie van medicamenten gebruikt voor substitutie (SUBST-OP)
- DR/18: Longitudinale studie over de effecten van cannabisgebruik op de fysische en psychosociale gezondheid
- DR/19: Rijden onder invloed van psychoactieve stoffen (ROPS)
- DR/20: Implementatie van kennis aangaande drugs bij politie en magistratuur
- DR/21: Onderzoek naar de effectiviteit van behandelingsprogramma's, specifiek voor patiënten met een dubbele diagnose
- DR/22: Monitor integraal (lokaal) drugbeleid
- DR/24: Drugs in cijfers II
- DR/25: Kennis en toepassing van evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg
- DR/26: Druggebruik en psychopathologie in gevangenen
- DR/27: Profileren van ecstasytabletten (XTsee)
- DR/28: Zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg
- DR/29: nEWS on EWS (N-EWS)
- DR/30: Definiëring en meting van druggerelateerde criminaliteit
- DR/31: Chemische profilering van afvalstoffen uit de clandestiene productie van drugs
- DR/32: Cocaïne en metabolieten in Belgische afval- en oppervlaktewaters
- DR/33: Do's en don'ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid (DODONBEL)
- DR/34: Studie van het marktaandeel van cannabis die in België wordt geteeld op de Belgische cannabismarkt (GEOCAN)
- DR/35: Haalbaarheidsstudie naar een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking (HARPA)
- DR/36: Onderzoek naar essentiële en bijkomende randvoorwaarden voor interactie justitie en drughulpverlening (JUSTHULP)
- DR/37: Detectie van sporen van de productie van synthetische drugs in oppervlaktewater (GEOAMP)
- DR/38: Druggebruik onder vrouwelijke sekswerkers in België (DRUSEB)
- DR/39: Evaluatie Crisis en Case Management (ECCAM)

3.6. Mobiliteit

3.6.1. Rijden onder invloed van drugs

3.6.1.1. Preventie

Al vanaf de jaren '90 werden vanuit het BIVV campagnes opgezet tegen het gebruik van verdovende middelen in het verkeer.

Een overzicht:

- 1996 en 1999: «Wel jong, niet gek!»: Deze campagne richtte zich naar de jonge bestuurder en duidde op de risico's van alcohol, snelheid, de gordel en het gebruik van drugs.
- 2001: «ik rijd clean»: deze campagne had als doel om de occasionele gebruiker erop te wijzen dat hij best geen voertuig bestuurt als hij gebruikt heeft.
- 2002 en 2006: «DRUGS EN RIJDEN bezorgen je een bad trip»: hierbij werden vooral folders en affichettes verspreid via de uitganggelegenheden.
- 2009: «don't blow and drive»: deze internationale euregionale campagne was bedoeld voor Nederlandse, Belgische en Franse coffeeshopbezoekers en wees op de risico's van autorijden onder invloed van cannabis.

Op het ogenblik dat het gebruik van de speekseltest in voege zal treden zal een volgende grote publiekscampagne worden gevoerd.

3.6.1.2. Staten-generaal

De Ministerraad van 18 mei 2001 besliste om de Staten-Generaal van de Verkeersveiligheid op te richten. Hierbij werd de doelstelling geformuleerd om het aantal doden 30 dagen tegen 2010 te verminderen tot maximum 750.

Als 2^e probleem werd het fenomeen van de talrijke ongevallen te wijten aan rijden onder invloed van alcohol of drugs aangebracht.

Hierbij werden de volgende kwantitatieve doelstellingen voorgesteld voor drugs:

- Het aantal druggerelateerde doden bedraagt niet meer dan maximaal 48 tegen 2010.
- Het aantal druggerelateerde zwaargewonden bedraagt niet meer dan maximaal 545 tegen 2010.
- 1 op 10 van de bestuurders dient jaarlijks gecontroleerd te worden betreffende illegale drugs in verkeer. Dit komt overeen met 625.000 controles per jaar.
- De omvang van het rijden onder invloed van drugs bedraagt ten laatste tegen 2008 niet meer dan 1% en voor de combinatie alcohol en drugs niet meer dan 0.5%.
- De subjectieve pakkans is van die omvang dat voor minstens 90% van de rijbewijshouders de kans op een drugscontrole heel groot is.

Momenteel worden vanuit de Taskforce, opgericht door het Interministerieel Comité voor de Verkeersveiligheid, de kwantitatieve doelstellingen geactualiseerd.

Doel is het huidig aantal drugscontroles te verhogen en te zorgen dat de controles beter gericht zijn naar plaatsen en tijdstippen alsook naar de thema's en de doelgroepen waarvan

blijkt op basis van de ongevalanalyse dat zij een substantiële bijdrage leveren tot de dodentol op de wegen.

3.6.1.3. Handhaving – wetgeving : nieuwe initiatieven

Reeds voor de inwerkingtreding van de huidige wet (1999) toonde wetenschappelijk onderzoek aan dat rijden onder invloed van drugs verkeersonveilig is en leidt tot een verhoogd ongevalrisico.

Door de invoering van de wet van 1999 maakte de wetgever het mogelijk voor politie en justitie om eindelijk controles uit te voeren en te vervolgen bij rijden onder invloed van drugs.

De objectieve pakkans blijft echter zeer laag. Een verklaring hiervoor vinden we in de omslachtige en langdurige procedure die een grote terughoudendheid tot gevolg heeft met betrekking tot de uitvoering van de testbatterij en de urinetest door de politiediensten.

Naast de objectieve is ook de subjectieve pakkans voor rijden onder invloed van drugs beperkt. Uit een attitudemeting van het BIVV in 2006 blijkt dat meer dan 70% van de bevroegde personen de kans om gecontroleerd te worden als weinig of zeer weinig beoordeelt. Verder zijn heel wat mensen in de overtuiging dat, indien een bestuurder betrapt wordt op het gebruik van drugs, de kans op bestraffing eerder klein is (25%).

De wet van 16 maart 1999 die het strafbaar karakter van het gebruik van andere stoffen die de rijvaardigheid beïnvloeden, heeft geïntroduceerd, is aan herziening toe.

Op 2 juli 2009 werd in de Kamer het wetsontwerp unaniem goedgekeurd dat het voor de politie mogelijk maakt om druggebruik in het verkeer op te sporen via een speekseltest. Die moet de huidige tijdrovende en omslachtige test vervangen.

Om drugs op te sporen, gebruikt de politie nu nog altijd een ruime set tests, die dan nog eens worden gevolgd door een urine- en bloedtest. Het geheel is echter zeer omslachtig en neemt veel tijd in beslag.

De procedure die werd aangenomen verloopt in 3 stappen:

1. overlopen van een checklist
2. afnemen van een speekseltest
3. afnemen van een speeksanalyse

De speekseltest wordt in verschillende landen toegepast. Hij werd getest door het Nationaal Instituut voor Criminologie en Criminalistiek. De betrouwbaarheid van de resultaten zou tussen de 70 en de 100 procent schommelen.

De wet van 31 juli 2009 schept de mogelijkheid om speekseltesten en speeksanalyses in te voeren voor het rijden onder invloed van drugs. De procedure met betrekking tot de openbare aanbesteding van speekseltesten is lopende en zal afgerond zijn tegen half 2010.

3.6.2 Rijden onder invloed van alcohol

3.6.2.1. Preventie

In 1995 startte het Belgische Instituut voor de Verkeersveiligheid in partnership met de Arnoldus Groep van de Belgische Brouwersfederatie voor het eerst met de Bob-campagne. De campagne werd vanaf dat moment minstens één keer per jaar herhaald. Reeds vanaf het prille begin kende Bob een aanzienlijk succes.

Langzaamaan is Bob uitgegroeid tot hét symbool van de strijd tegen rijden onder invloed. 95% van de Belgen kent Bob en weet waar hij voor staat (onderzoek uit 2002). Vier van de vijf rijbewijsbezitters is al eens Bob geweest en één op de vijf geeft aan door de campagne vaker Bob-afspraken te maken.

Bob zorgde voor een mentaliteitsverandering: de maatschappelijke afkeuring van rijden onder invloed is de laatste jaren aanzienlijk gestegen. De grote meerderheid van de bestuurders beschouwt rijden met meer dan 0,5 promille alcohol in het bloed als een ernstige tot heel ernstige overtreding.

3.6.2.2. Bob in Europa

Sinds 2001 werd het Bob-concept met de steun van de Europese Commissie ook in andere landen van Europa een begrip. In totaal loopt de Bob-campagne in niet minder dan 17 Europese lidstaten.

Daarnaast zijn nog tal van andere initiatieven met steun van de overheid, zoals Drive up safety, Responsible young drivers e.d.

3.6.2.3. Staten-Generaal

Zoals reeds vermeld werd het fenomeen van de talrijke ongevallen te wijten aan rijden onder invloed van alcohol of drugs als probleem aangestipt.

Hierbij werden de volgende kwantitatieve doelstellingen voorgesteld voor rijden onder invloed van alcohol:

- Het aantal alcoholgerelateerde doden bedraagt niet meer dan maximaal 48 tegen 2010.
- Het aantal alcoholgerelateerde zwaargewonden bedraagt niet meer dan maximaal 545 tegen 2010.
- 1 op 10 van de bestuurders dient jaarlijks gecontroleerd te worden betreffende alcohol in het verkeer. Dit komt overeen met 625.000 controles per jaar.
- De omvang van het rijden onder invloed van alcohol bedraagt ten laatste tegen 2008 niet meer dan 3% en voor de combinatie alcohol en drugs niet meer dan 0.5%.
- De subjectieve pakkans is van die omvang dat voor minstens 90% van de rijbewijshouders de kans op een alcoholcontrole heel groot is.

Analoog als bij de controles voor drugs in verkeer buigt de Taskforce zich momenteel over de actualisering van de doelstellingen zoals geformuleerd door de Staten-Generaal in 2002.

3.6.2.4. Handhaving – wetgeving : nieuwe initiatieven

Verlaging van de alcohollimiet voor bepaalde categorieën weggebruikers.

Op 17 januari 2001 heeft de Europese Commissie aanbevolen om het maximum toegelaten alcoholgehalte achter het stuur vast te stellen op 0.5 pro mille in alle landen van de EU en om dit gehalte te verlagen tot 0.2 pro mille voor de onervaren bestuurders, de bestuurders van tweewielige motorvoertuigen, de bestuurders van zwaar vervoer en de bestuurders die gevaarlijke goederen vervoeren.

Wij stellen voor om deze Europese stroming te volgen door het maximum toegelaten alcoholgehalte op 0.2 pro mille vast te leggen voor de hierboven vernoemde categorieën bestuurders.

Momenteel wordt deze regelgeving verder uitgewerkt in een werkgroep.

3.6.2.5. Alcoholslot als sanctie

Een alcoholslot is een elektronisch toestel, geïntegreerd in het voertuig, voor de analyse van uitgeademde lucht, verbonden aan de ontsteking van de motor. De bestuurder moet een staal uitgeademde lucht geven, telkens hij wil vertrekken. Indien de gemeten alcoholconcentratie hoger is dan een bepaalde grens zal het toestel verhinderen dat de wagen kan gestart worden.

Gelet op de positieve resultaten in het buitenland, bevestigd door een experiment van het BIVV met betrekking tot de recidive voor het rijden onder invloed van alcohol, is het aangewezen het alcoholslot op te nemen in de verkeerswetgeving als een mogelijke sanctie op gelijke voet met het verval van het recht tot sturen.

Volgens Beirness (2005) is in het buitenland aangetoond dat het effect van een alcoholslot op het voorkomen van recidive beter was dan dat van de intrekking van het rijbewijs. We zien in België dat een gedeelte van de overtreders het zich snel eigen maakt om te rijden zonder rijbewijs. De traditionele juridische antwoorden zijn niet altijd aangepast aan deze potentieel recidiverende doelgroep.

De wet van 12 juli 2009 voert het alcoholslot in als mogelijke sanctie in de wegverkeerswet. De uitvoeringsbesluiten met betrekking tot de technische voorwaarden waaraan het alcoholslot moet voldoen en de omkaderingsvoorwaarden zullen in het voorjaar van 2010 klaar zijn.

Op 1 april 2009 werd een nationale CAO gesloten betreffende het alcohol- en drugbeleid in de onderneming. Ingevolge deze CAO kan de transportsector overgaan tot de installatie van

alcoholsloten in hun vrachtwagens en autocars. Vanuit het Staatssecretariaat voor Mobiliteit zal de sector hiervoor aangespoord worden.

3.6.3. Rijden onder invloed van medicatie

Sinds 1 oktober 1998 is in België een Koninklijk besluit van kracht waarbij een bestuurder van een motorvoertuig niet rijgeschikt wordt geacht als hij aan een lichamelijke of geestelijke aandoening lijdt die in het KB van 23 maart 1998 is opgenomen. Dat KB vermeldt onder meer neurologische aandoeningen, geestelijke aandoeningen, epilepsie, aandoeningen van hart en bloedvaten, diabetes en normen voor de visuele functies.

Ook bij het voorschrijven van geneesmiddelen moet de arts nagaan welke invloed het geneesmiddel heeft op de rijvaardigheid en de patiënt hiervan op de hoogte brengen.

De dokter bepaalt dus de rijgeschiktheid van de patiënt en de geldigheidsduur van het advies.

De patiënt die regelmatig in welke vorm dan ook, psychotrope stoffen gebruikt die een nadelige invloed op de rijvaardigheid kunnen hebben of die dusdanige hoeveelheden gebruikt dat het rijgedrag daardoor ongunstig wordt beïnvloed, is niet rijgeschikt. Hetzelfde geldt bij gebruik van alle andere geneesmiddelen of geneesmiddelencombinaties die de waarneming, de stemming, de aandacht, de psychomotoriek en het oordeelsvermogen ongunstig beïnvloeden.

Het is de plicht van de arts om de patiënt te informeren dat het rijbewijs moet worden ingeleverd wanneer men vaststelt dat de patiënt niet meer beantwoordt aan de vastgestelde medische normen. Vanaf dat moment ligt de verantwoordelijkheid bij de cliënt.

Inzake het rijden onder invloed van medicatie is momenteel geen wetgevend initiatief gepland.

3.7. Werk

3.7.1. Tabaksbeleid

Zowel de algemene sociale evolutie op het gebied van het beperkende gebruik van tabak, de steeds strengere eisen en de klachten van niet-rokers ten opzichte van aanwezige rook op de arbeidsplaatsen enerzijds als anderzijds de bekommernis voor de verbetering van het welzijn van de werknemers lagen aan de basis van de vervanging van de oude principes van hoffelijkheid tussen werknemers rokers en niet-rokers die sinds 1993 golden.

In het verlengde van het recht op een rookvrij sociaal klimaat werd het nodig geacht de omgevingsrook in de werkruimten stringenter te reglementeren.

Dit werd gerealiseerd door het koninklijk besluit van 19 januari 2005 betreffende de bescherming van de werknemers tegen de tabaksrook.

Meerroken op de werkplek is vanaf 1 januari 2006 verleden tijd.

De werkgever moet immers een rookverbod opleggen om zijn werknemers tegen tabaksrook te beschermen.

Door deze regelgeving wordt het recht op een rookvrije werkruimte en sociale voorzieningen ingevoerd. Het rookverbod voorzien in dit besluit geldt niet in deze horecazaken waar het roken voor het publiek momenteel nog is toegelaten.

Gevoerde informatie- en sensibiliseringsacties

- Tussen 1993 en 2005 verspreiding op grote schaal van de brochure "Roken op het werk" opgesteld en uitgegeven door de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg
- Op 21 oktober 2003 werd een studiedag in Brussel georganiseerd over "Rookbeleid in de ondernemingen" waar naast de bestaande regelgeving eveneens goede praktijken werden toegelicht.
- De Provinciale Comit es voor de bevordering van de arbeid hebben, via gedecentraliseerde acties in de provincies eveneens studiedagen omtrent roken op het werk georganiseerd.
- De FOD heeft in die periode ook meegewerkt aan het Witboek over rookbeleid in de bedrijven van de VUB (Prof. Van Roy) en aan artikels over roken op het werk"

Zoals elke reglementering betreffende het welzijn op het werk en de klachtenbehandeling hieromtrent valt ook het toezicht op de toepassing van deze reglementering onder de bevoegdheid van de arbeidsinspectie (Toezicht op het welzijn op het werk).

3.7.2. Alcohol- en drugsbeleid

De problematiek inzake alcohol en drugs op het werk is verstrekkend en grijpt niet enkel in op het functioneren op de werkvloer, maar ook op de leefomstandigheden van de werknemers zelf, van hun collega-werknemers, de werkgever en ten slotte maar niet in het minst op die van de familiale omgeving van de werknemer. Ze belangt dan ook de werknemers, de werkgevers en de overheid aan. De taak van de overheid bestaat erin de bedrijven aan te sporen en te ondersteunen bij het uitwerken van een preventief beleid ter zake.

Zo werd door de Minister van Werk op 28 juli 2006 een nota aan de Nationale Arbeidsraad overgemaakt met betrekking tot een "alcohol -en drugbeleid binnen de onderneming".

In het interprofessioneel akkoord van 2 februari 2007 namen de sociale partners zich vervolgens voor om een CAO te sluiten rond dit thema met het oog op een sterke responsabilisering van werkgevers en werknemers teneinde het gebruik van alcohol en drugs tijdens of met invloed op het werk te vermijden.

Dit resulteerde in de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 100 van 1 april 2009 betreffende het voeren van een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming.

Deze CAO scheidt een kader waarbinnen de onderhandelingen over het te voeren beleid in private ondernemingen moeten plaatsvinden. Hierin wordt bepaald dat de ondernemingen ten laatste op 1 april 2010 over een preventief alcohol- en drugsbeleid dienen te beschikken.

Dit beleid moet er op gericht zijn functioneringsproblemen ten gevolge van alcohol- en druggebruik te voorkomen en adequaat te reageren wanneer deze toch opduiken. De nadruk leggen op het disfunctioneren van een werknemer zorgt voor een correcte, objectieve aanpak die bovendien efficiënt is doordat de werknemer op zijn arbeidsgedrag zelf aangesproken wordt, wat volledig binnen de relatie werkgever - werknemer valt.

Er wordt niet toegespitst op een problematisch gebruik van alcohol of drugs zelf. Of een gebruik problematisch is, is immers subjectief, aangezien het niet enkel afhangt van het genotmiddel zelf, maar ook varieert naargelang de persoon die en het milieu waarin het wordt gebruikt.

De CAO gaat uit van een sterke preventieve benadering van de alcohol- en drugproblematiek. De primaire preventie moet voorop staan.

Het is dus niet de voornaamste bedoeling om de werknemer te confronteren met het gebruik van alcohol of drugs zelf, maar wel met de gevolgen die dit gebruik kan hebben binnen de werksituatie.

Om de ondernemingen in de gelegenheid te stellen op een snelle en eenvoudige manier hun uitgangspunten en doelstellingen van het alcohol- en drugbeleid in het arbeidsreglement te kunnen vermelden, werd artikel 14 van de wet van 8 april 1965 tot instelling van de arbeidsreglementen aangepast in die zin dat hiervoor de normale overlegprocedure tot wijziging van het arbeidsreglement niet dient gevolgd te worden. Wanneer de werkgever in een tweede fase in uitvoering van de door hem uitgewerkte algemene beleidsnota, echt meer concrete regels wil gaan opstellen of bepaalde procedures wenst te voorzien bij vaststelling van een inbreuk op deze regels, dient hij uiteraard de normale regels rond de wijziging van het arbeidsreglement te volgen.

Gevoerde en geplande informatie- en sensibiliseringsacties

Doelgroepen:

Werkgevers, leden van de hiërarchische lijn, HRM-diensten, werknemers, preventieadviseurs; leden van de overlegorganen (comité voor Preventie en Bescherming op het werk en van de Ondernemingsraad)

Uitgedragen boodschappen:

- Problematisch alcohol- en drugsgebruik in de onderneming kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid, de veiligheid of meer algemeen, het welzijn van de betrokken werknemer, zijn collega's of de werkgever. We denken daarbij aan absentisme, een daling van de motivatie, de werkorganisatie die

verstoord wordt, grensoverschrijdend gedrag, een aantasting van het imago van de onderneming...

- De problematiek van alcohol en drugs moet geïntegreerd worden in een globale preventiestrategie omdat het thema nauw verbonden is met gezondheids-, veiligheids- en psychosociale aspecten (stress).
- Op 1 april 2009 sloten de sociale partners van de NAR collectieve arbeidsovereenkomst nr.100 betreffende het voeren van een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming.
- Door deze nieuwe CAO zijn er initiatieven nodig gericht naar de hiërarchische lijn, managers, HRM, preventieadviseurs, syndicale afgevaardigden,...Acties zijn nuttig in de privésector (onderworpen aan de CAO), maar ook in de publieke sector (onderworpen aan de regelgeving over welzijn op het werk).

Activiteiten in 2009:

- Leuven 5 juni 2009. Een preventief alcohol- en drugbeleid op het werk. Organisator: Provinciaal comité van Vlaams-Brabant voor de bevordering van de arbeid
- Brussel 1 oktober 2009: Infosessie "een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming" (auditorium 2000- Heizel - meer dan 500 deelnemers) Organisator: afdeling promotie van de AD Humanisering van de Arbeid.
- Louvain-la-Neuve, 23 november 2009 : Prévoir et gérer les consommations d'alcool et autres drogues liées au travail. Organisator : Comité provincial du Brabant wallon pour la promotion du Travail.
- Chièvres, 27 novembre 2009 : Une politique préventive d'alcool et de drogue dans les entreprises. Organisator: Comité provincial du Hainaut pour la promotion du Travail.

3.7.3. Verdere aanpak van verslavingen door productgebruik op de werkplaats

3.7.3.1. Tabaksbeleid

Op dit ogenblik is er een wetsvoorstel hangende in de Senaat (doc. 52- 1768/009) wat betreft de rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en de bescherming van werknemers tegen tabaksrook.

Dit wetsvoorstel beoogt het bovengenoemde koninklijk besluit van 19 januari 2005 samen te nemen met het koninklijk besluit van 13 december 2005 betreffende het rookverbod op openbare plaatsen om de bestaande versnippering ongedaan te maken door in één enkele regelgeving te zorgen voor een algemeen rookverbod op alle publieke plaatsen en op de werkvloer en dit zonder uitzonderingen.

3.7.3.2. Alcohol- en drugbeleid

Op het gebied van alcohol- en drugbeleid op het werk wenst de minister van werk haar beleid op twee vlakken toe te spitsen.

Het gaat om enerzijds de verplichting voor iedere werkgever om een alcohol- en drugbeleid te voeren uit te breiden tot de overheidswerkgevers. Een CAO van de Nationale Arbeidsraad is enkel geldig voor de privé sector.

Anderzijds is het nodig om de invoering van een dergelijke verplichting te implementeren door het begeleiden van werkgevers, werknemers en preventiedeskundigen en door het toezicht op de naleving ervan te verzekeren. In de sensibilisatieplanning voor 2010 wordt voorzien:

- Het verspreiden van de brochure van de NAR: “Een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming. In overleg werken aan preventie”.
- De realisatie van een brochure over goede praktijken op het vlak van preventie (praktijkgerichte aanpak).
- Een affichecampagne
- Infosessies voor leden van de hiërarchische lijn over de nieuwe CAO en het opstellen van een preventiebeleid
- Het Nationaal Opleidingscentrum zal in het voorjaar van 2010 een studienamiddag organiseren over alcohol en drugs op het werk. (nieuwe CAO)
- De volgende provinciale comités voor de bevordering van de arbeid zullen infosessies organiseren over een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming: Vlaams Brabant (voorjaar 2010), West-Vlaanderen (Hoever staat het met de preventie één jaar na de invoering van CAO 100 ?), Actiecomité voor de bevordering van de arbeid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (voorjaar 2010, in het Nederlands en in het Frans)
- In het ESF-project ‘psychosociale risico’s’ zal expliciete aandacht besteed worden aan problematische alcohol- en drugsgebruik. Bijvoorbeeld: in het kader van de activiteit over “werkhervatting na lange afwezigheid”. Het betreft hier personen die na lange afwezigheid wegens burn-out, depressie (al dan niet ten gevolge van pesterijen), alcoholproblemen, een arbeidsongeval,... het werk hervatten en geconfronteerd worden met materiële en relationele problemen bij de herintegratie in het arbeidsmilieu.
- Bovendien zal ook in de toekomst de nodige aandacht besteed worden aan deze problematiek via het verspreiden van nuttige informatie via de website www.werk.belgie.be, www.beswic.be en www.respectophetwerk.be

3.8. Vlaamse Overheid: Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

- 2002: uitbreiding van het aantal regionale preventiewerkers van 10 naar 20
- November 2006: Gezondheidsconferentie (zie verder)
- 2007: uitbreiding van het aantal regionale preventiewerkers van 20 naar 25
- 1 april 2008: start van 9 preventieprojecten

3.9. Vlaamse Overheid: Vlaamse Regering

Op 6 maart 2009 keurde de Vlaamse Regering een actieplan Middelengebruik (of Tabak, Alcohol, Drugs) principieel goed. Dit plan werd vervolgens goedgekeurd door het Vlaams Parlement op 30 april 2009.

3.9.1. Beleidsvisie

De preventie van gezondheidsschade veroorzaakt door tabak, alcohol en drugs is een complexe aangelegenheid. Willen we komen tot een effectief beleid, dan is een coherente, onderbouwde en realistische beleidsvisie noodzakelijk.

Na een korte probleemschets en de weergave van de gezondheidsdoelstelling die door de gezondheidsconferentie van november 2006 werd geformuleerd, gaat deze tekst in op de bestaande evidence voor een 'integrale aanpak': het gelijktijdig invoeren van een reeks van elkaar ondersteunende maatregelen, waarvan de effectiviteit is bewezen. Er bestaat in de internationale gemeenschap en in wetenschappelijke middens een sterke consensus over deze manier van werken, wat ook blijkt uit de internationale aanbevelingen en verdragen.

Deze aanpak wordt vervolgens vertaald naar een model van integrale benadering voor Vlaanderen, dat kan worden toegepast binnen alle sectoren en voor alle doelgroepen. Er wordt ook een overzicht gegeven van de beleidsdomeinen die een rol te spelen hebben, op de verschillende beleidsniveaus, en de bestaande mogelijkheden tot overleg en afstemming.

3.9.1.1. Probleemstelling

Het Rapport 'Middelengebruik in Vlaanderen' (Van Hal, 2007) biedt een overzicht van het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs. De belangrijkste conclusies uit dit rapport⁶ zijn de volgende:

- Gebruik en risicovol gebruik van middelen komen het meest voor bij mannen en bij leerlingen uit het BSO en TSO.
- Wat betreft het gebruik van cannabis bij scholieren ziet men tussen 2000 en 2005 een lichte daling in occasioneel en regelmatig gebruik. Bij de Vlaamse bevolking is er geen wijziging in het rookgedrag de afgelopen jaren. Men neemt hier wel een lichte stijging in het regelmatige gebruik van alcohol waar.
- Uit de registratiegegevens van de hulpverlening blijkt dat voornamelijk mannen met een alcohol- of drugprobleem in de hulpverlening terechtkomen. Ook ziet men dat alcoholproblemen voornamelijk behandeld worden op latere leeftijd, terwijl problemen met cannabis en andere illegale drugs op jongere leeftijd behandeld worden. Een groot deel van de cliënten die beroep doen op de hulpverlening gebruikt meer dan één middel.

⁶ Dit rapport kan geraadpleegd worden op <http://www.zorgengezondheid.be/default.aspx?id=5366>. Meer omvattende gegevens over tabak, alcohol en drugs zijn beschikbaar (De Donder E., 2008, Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2005-2006, VAD. Onderzoek uitgevoerd door IPSOS in opdracht van de Stichting tegen Kanker, november 2007, zie www.kanker.be).

Gebruik en/of misbruik van tabak, alcohol en illegale drugs kunnen schade veroorzaken aan individu, omgeving en samenleving. Hoewel de meerderheid van de bevolking alcohol drinkt, krijgt slechts een minderheid (5 à 10%) problemen als gevolg van dit gebruik. Voor tabak geldt meer en meer dat niet-roken de enige gezonde keuze is. Ook voor het gebruik van illegale drugs deelt de meerderheid van de bevolking deze opvatting. Hoewel er specifieke deelgroepen bestaan die het recreatieve gebruik van (bepaalde) illegale drugs niet-probleematisch vinden.

Problemen als gevolg van tabak, alcohol en illegale drugs zijn op de eerste plaats gezondheidsproblemen.

- Alcohol veroorzaakt naast fysieke gezondheidsproblemen ook psychische / psychiatrische problemen, economische schade (als gevolg van werkverzuim, niet functioneren, gemiste opleidingskansen), veiligheidsproblemen (in verkeer en op het werk), schade op omgevingsvlak (als slachtoffer van ongevallen, maar ook van geweld in gezinnen, van overlast) enz.

- Illegale drugs veroorzaken vergelijkbare problemen als alcohol en daarnaast ook nog eens problemen van criminaliteit en illegaliteit.

Ook genetische factoren spelen voor alcohol- en illegale druggebruik een rol, naast de al aanwezige psychische/psychiatrische problemen (co-morbiditeit). Daarenboven is er vaak sprake van 'combi- en polydruggebruik' (gelijktijdig gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs).

De veelheid aan factoren die problemen als gevolg van tabak-, alcohol- en illegale druggebruik kunnen veroorzaken, tonen aan dat we te maken hebben met een zeer complexe en multifactoriële problematiek, waarvoor geen eenvoudig preventie- of behandelingsmodel voorhanden is. De complexiteit van de problematiek met betrekking tot tabak, alcohol en illegale drugs vereist een integraal beleid, waarbij welzijn en gezondheid⁷ het uitgangspunt vormt. Een welzijnsbevorderend beleid moet aan de basis liggen van een integraal beleid omdat het de ontstaansfactoren van middelengebruik gunstig beïnvloedt en ongelijkheid in gezondheid tegengaat.

3.9.1.2. Gezondheidsdoelstellingen

De gezondheidsconferentie (november 2006) formuleerde volgende voorstellen van gezondheidsdoelstelling met betrekking tot middelengebruik:

"Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen".

Illegale drugs

⁷ We hanteren de WHO-definitie van gezondheid als fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, maar houden er tegelijkertijd aan om welzijn en gezondheid expliciet als uitgangspunt te benoemen (tegenover criminaliteit, veiligheid, enz.).

- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat ooit cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 14% (in het schooljaar 2004 – 2005 was dit 19%)
- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 7% (in het schooljaar 2004 – 2005 was dit 9,9%)
- Bij 18- tot 35-jarigen is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 8% (in 2004 was dit 10,7%)

Het gaat om streefdoelen die, afhankelijk van de kenmerken van het product en de doelgroep, verder dienen te worden geconcretiseerd. Gebruik terugdringen kan ondermeer betekenen:

- Voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol te gebruiken of illegale drugs te nemen.
- Beginleeftijd uitstellen.
- Verantwoordelijk gedrag bevorderen.
- Vroegtijdige aanpak stimuleren (vb. stoppen met roken, vroegdetectie).
- Hulp aanbieden (vroeginterventie, behandeling, terugvalpreventie).
- Een gezonde leefomgeving waarborgen

De maatregelen op het gebied van de leefomgeving, die verschillen van product tot product, kunnen bestaan uit :

- vb. tabak: rookvrije omgeving garanderen
- vb. alcohol: maximum limiet alcohol in het verkeer handhaven
- vb. illegale drugs: vermijden van onduidelijkheid

3.9.1.3. Internationale aanbevelingen

De EU drugsstrategie 2005-2012 pleit voor een geïntegreerde en evenwichtige aanpak, waarbij het verminderen van het aanbod en het terugdringen van de vraag elkaar onderling versterken. Vermindering van het aanbod omvat alle wetshandavings-interventies en -acties die gericht zijn tegen drugsproductie, illegale drugshandel, het misbruik van in de EU ingevoerde precursoren voor synthetische drugs, de financiering van terrorisme en witwassen van geld i.v.m. drugscriminaliteit.

De zogenaamde demand reduction strategie omvat maatregelen op het vlak van preventie, vroegtijdige interventie, behandeling, schadebeperking, rehabilitatie en maatschappelijke herintegratie. Zij sluit nauw aan bij de Vlaamse bevoegdheden.

Subdoelen die in het EU drugsactieplan 2005-2008 binnen deze strategie naar voren worden geschoven, omvatten:

1. Beter bereik en meer effectieve verspreiding van beproefde methodes om de vraag terug te dringen
2. Toegang tot en doeltreffendheid van programma's op school verbeteren

3. Selectieve preventie en nieuwe manieren om het bereiken van doelgroepen te stimuleren en verbeteren
4. Methoden voor vroegsignalering en vroegdetectie verbeteren
5. Gerichte en gediversifieerde behandelings- en rehabilitatieprogramma's aanbieden
6. Kwaliteit van behandelingsprogramma's verbeteren
7. Alternatieven voor gevangenisstraf voor druggebruikers en drugshulpverlening voor gedetineerden blijven ontwikkelen
8. Preventie van gezondheidsrisico's die verband houden met druggebruik
9. Beschikbaarheid van en toegang tot voorzieningen ter beperking van schade
10. Preventie van verspreiding van HIV/AIDS, Hepatitis C en andere via bloed overdraagbare infecties en ziekten
11. Vermindering van het aantal drugsdoden

3.9.1.4. Een integrale, beleidsmatige aanpak voor Vlaanderen

De consensus over het te volgen traject voor tabak-, alcohol- en illegaledrugpreventie is zeer groot omdat de evidence hieromtrent eenduidig en sterk is. Een integrale benadering leidt tot een daling van het aantal gebruikers en een vermindering van de schade als gevolg van gebruik. Bovendien is voor tabak, alcohol en illegale drugs ook de kosteneffectiviteit van de integrale benadering becijferd én aangetoond.

In deze integrale aanpak vertrekken we van een beleidsmatig model van tabak-, alcohol- en illegale druggebruik, waarin persoonsgerichte en omgevingsgerichte interventies of strategieën thuishoren. Samen vormen zij de basis voor een effectief beleid. Om de gezondheidsdoelstellingen over het gebruik van deze middelen in Vlaanderen te realiseren is nauwe samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus essentieel.

In deze integrale benadering onderscheiden we 3 werkniveaus.

1. Vlaams niveau

Het gaat hier om een omgevingsgerichte aanpak, waarbij de aanpassing van de omgeving de gezonde keuze het makkelijkst maakt.

- Beleid: een globaal Vlaams actieplan voor tabak, alcohol en drugs met productspecifieke klemtonen, groepeerde de verschillende maatregelen en strategieën die op de verschillende bevoegdheids- en werkniveaus dienen te worden genomen om een globaal en effectief beleid te kunnen voeren.

- Financiering: uitbouwen en financieren van een goed gestructureerd preventie- en hulpverleningsaanbod: het aanbod en de vorming en opleiding kan deels gemeenschappelijk, maar moet ook deels productspecifiek worden uitgewerkt. Het gaat om een facettenbeleid waarin verschillende beleidsdomeinen en -sectoren zich engageren (incentives, vorming en opleiding).

- Voorlichtingscampagnes: informeren en sensibiliseren om een maatschappelijk draagvlak te creëren voor wetgevende initiatieven en stimuleren van normsetting via regelmatig weerkerende campagnes (productspecifiek).

Zolang de huidige bevoegdheidsverdeling op het gebied van gezondheid van kracht is, moet een effectief Vlaams beleid worden versterkt op het federale niveau:

- Wetgeving:

- Tabak: prijsverhoging; verbod op reclame, gezondheidswaarschuwingen op tabaksproducten, rookverbod in openbare plaatsen, ...
- Alcohol: taxatie op alcoholproducten (prijsverhoging), regulering reclame en promotie, wettelijke leeftijdsgrenzen (beschikbaarheid), begrenzing rijden onder invloed, ...
- Illegale drugs: eenduidige wetgeving met gezondheid en welzijn als uitgangspunt.

- Controle: naast wetgeving moet controle op toepassing degelijk worden uitgewerkt en is monitoring, evaluatie en bijsturing van het beleid nodig (deels productspecifiek, deels gemeenschappelijk).

2. Lokaal niveau

Ook hier gaat het om een omgevingsgerichte aanpak, waarbij de aanpassing van de plaatselijke omgeving de gezonde keuze het makkelijkst maakt.

- Lokale regels en voorschriften

- Ontwikkelen van een lokaal beleidsplan rond tabak, alcohol en illegale drugs in gemeenten: vanuit een gemeenschappelijke noemer, maar met specifieke accenten
- Lokale toepassing en ondersteuning van bestaande wetgeving
- Lokale regelgeving (vb. vergunningsbeleid)

- Sociaal draagvlak

- Betrekken van lokale NGO's en lokale gemeenschap om maatschappelijk draagvlak te creëren voor het lokale beleid (sensibiliserende acties en informatieverstrekking naar algemene doelgroepen)
- Lokale campagnes om specifieke doelgroepen/settings te sensibiliseren
- Ondersteuning van lokale besturen ivm methodieken door LOGO's

- Omgevingsinterventies

- Beleidsmatige aanpak op organisatieniveau in verschillende sectoren (school, werk, jeugdwerk, welzijnssector, gezondheidssector, vrije tijd, ...). Gemeenschappelijke kadermethodiek, aangevuld met productspecifieke interventies
- Afstemming tussen sectoren op lokaal vlak
- Benadering gericht op specifieke doelgroepen (vb. mensen in armoede, gedetineerden) of op de integrale bewoners van een buurt of stad (territoriale aanpak). De acties omvatten zowel educatieve maatregelen als veranderingen in de fysieke omgeving of het beleid.
- Lokaal aanbod aan vroeginterventie-initiatieven
- Regionaal en lokaal hulpverleningsaanbod
- Regionaal aanbod initiatieven harm reduction

3. Individueel niveau

Het individuele niveau vertrekt steeds van de persoon in zijn/haar sociale omgeving. Bedoeling is de emancipatie en de autonomie van mensen te bevorderen door het aanbieden van correcte informatie, het werken aan attitudevorming en normstelling en het aanleren van persoonlijke en sociale vaardigheden. Op dit continuüm horen verder ook vroeginterventie en behandeling thuis.

- Educatie met betrekking tot tabak, alcohol en illegale drugs: vertrekkende van een algemene basis van gezondheidspromotie zijn specifieke preventie-initiatieven nodig voor tabak, alcohol en illegale drugs, afhankelijk van kenmerken en noden van de doelgroepen (maatwerk). Deze initiatieven kunnen zich richten op 3 niveaus:

- Groepsbenadering (vb. in klassen, clubs, verenigingen)
- Wijkbenadering (vb. community actie)
- Settingbenadering (vb. in onderwijs, bedrijven, sportsector, vrije tijd, ...)
- Deze initiatieven moeten structureel worden ingebouwd en kaderen binnen een beleidsmatige aanpak van middelenmisbruik op organisatieniveau

- Interventie: gemeenschappelijke kadermethodiek, aangevuld met productspecifieke interventies

- Vroeginterventie: screening op eerste lijn van potentiële risicogroepen (selectief of geïndiceerd); motivatiebevordering; kortdurende interventies en begeleiding
- Terugvalpreventie: ondersteuning op 1ste eerste lijn, via zelfhulp ...

- Behandeling: (enkel van toepassing op alcohol en illegale drugs)

- Gediversifieerd hulpverleningsaanbod voor behandeling van (problematische) gebruikers (ambulant/residentieel)
- Zorgaanbod (vanuit welzijnssector - care versus cure)
- Harm reduction strategie: preventie van andere ziekten en gezondheidsrisico's door het bereiken van problematische gebruikers via substitutie, spuitenruil, zorgaanbod (Bed, Bad, Brood), early warning...

Een integrale, beleidsmatige aanpak uitvoeren in Vlaanderen is een uitdaging, ondermeer omdat Vlaanderen momenteel niet over de bevoegdheden beschikt om alle nodige maatregelen te nemen. Samenwerking tussen de Vlaamse en federale overheid is dan ook nodig.

3.9.1.5. Afstemming tussen verschillende bevoegdheden

Voor een optimale uitvoering van de acties in dit plan is er overleg en afstemming nodig met andere overheden en bevoegdheden, met name die op het federale niveau. De

bevoegdheden van de Vlaamse minister voor Volksgezondheid inzake preventie zijn uiteraard cruciaal maar volstaan niet altijd voor alle deelaspecten. Zelfs bij acties waarvoor ze wel volstaan, kunnen de effecten aanzienlijk worden verhoogd door een optimale aansluiting bij een integraal facettenbeleid. Daartoe moeten er eventueel samenwerkingsafspraken en -protocols worden afgesloten, zowel voor de afstemming als de co-financiering.

Op het vlak van volksgezondheid beschikken we momenteel al over twee instrumenten om deze afstemming waar te maken, met name de interministeriële conferentie volksgezondheid en specifiek voor deze thema's ook de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Er moet blijvende aandacht gaan naar het optimaliseren van de werking van deze twee organen. Daarnaast is het belangrijk dat ook de Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie Drugs hun taken waarmaken. De Vlaamse delegatie in de Algemene Cel Drugsbeleid bevat vertegenwoordigers van Volksgezondheid, Welzijn, Onderwijs en Jeugd.

Maar overleggen is natuurlijk niet genoeg. We hebben vooral nood aan effectieve samenwerking op het terrein en cofinanciering. Het nieuwe voorstel van samenwerkingsakkoord over het tabaksfonds dat werd uitgewerkt binnen de Cel Gezondheidsbeleid Drugs kan in dat opzicht als model dienen.

Om de slagkracht van dit globale actieplan nog meer te verhogen, kan best ook samenwerking vorm krijgen tussen Vlaanderen en de lokale gemeentelijke en provinciale overheden, bijvoorbeeld om een lokale intersectorale aanpak te realiseren. Vlaanderen beschikt over meerdere formules om dergelijke interbestuurlijke samenwerking te organiseren. Het decreet betreffende Lokaal Sociaal beleid kan hier als basis dienen. Ook het preventiedecreet voorziet de mogelijkheid van afspraken tussen de Vlaamse Gemeenschap en de provinciale en/of gemeentelijke overheden betreffende de coördinatie van het facettenbeleid.

3.9.2. Sectoren en doelgroepen

- School
- Werkplek
- Vrije tijd
- Jongeren met een hoogrisicoprofiel in voorzieningen van Bijzondere Jeugdzorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- Gevangenen
- Lokale besturen
- Welzijns- en gezondheidswerkers
- Gezinnen
- Doelgroepen voor hulpverlening

3.9.3. Krachtlijnen voor actie

Structurele krachtlijnen

- Afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden voor Vlaamse actoren

- Optimale en doelmatige aanwending van de capaciteit voor uitvoering op het terrein
- Investeren in registratie, monitoring en effectevaluatie

Strategische krachtlijnen

- Impact van de bestaande preventieve acties verbeteren
- Methodieken rond tabak, alcohol en drugs integreren waar mogelijk
- Uitbouw van rookstopbegeleiding en vroeginterventie voor alcohol- en drugproblemen
- Systematische aandacht voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden) en genderverschillen.

3.10. Franse Gemeenschap

3.10.1. Bevoegdheden

De Franse Gemeenschap is bevoegd inzake gezondheid voor de persoonsgebonden materies. Op het vlak van verslaving heeft zij ruime bevoegdheden in termen van gezondheidsbevordering (met inbegrip van preventie).

3.10.2. Bronnen

Het decreet van 14 juli 1997 (BS 29/08/1997) gewijzigd door het decreet van 17 juli 2003 (BS 21/08/2003) organiseert de sector van de Gezondheidspromotie.

Het decreet voorziet dat het beleid van de Franse gemeenschap inzake gezondheidspromotie wordt uitgezet in een vijfjarenprogramma, waarvan het eerste loopt over de periode van 1998-2003, het tweede over de periode 2004-2008 (verlengd tot 2010). In deze programma's zijn de prioriteiten beschreven in termen van doelgroep, strategieën, actoren en problematieken. Het tweede vijfjarenprogramma wordt concreet aangestuurd door een Operationeel Gemeenschapsprogramma (OGP) voor de jaren 2008-2009 (verlengd tot 2011) waarin de doelstellingen in prioriteiten worden opgedeeld. Verslavingen worden hierin opgenomen als een prioriteit.

3.10.3. Acties

De preventie van verslavingen wordt in essentie georganiseerd via het subsidiëren van projecten (niet te verwarren met een erkenning van diensten); deze projecten zijn meestal gespreid over meerdere jaren, zodat de promotoren ze op lange termijn kunnen ontwikkelen. De optiek van gezondheidspromotie wordt als richtsnoer gebruikt. Deze projecten zijn gebaseerd op de strategieën voor gezondheidspromotie⁸ en beantwoorden aan criteria voor de toekenning van subsidies :

⁸ De deelname aan de samenleving ; actie op het levensdomein ; de ontwikkeling van persoonlijke en sociale vaardigheden ; de heroriëntering van diensten ; het overleg en de intersectoriële actie ; informatie en continue opleiding.

- **Prioriteitsgraad** (in functie van het vijfjarenprogramma en van het OGP - in welke mate ze voldoen aan behoeften, prioritaire problematieken, doelgroepen en strategieën) ;
- Voorstelling van een analyse van de startsituatie, van doelstellingen, strategieën, geplande acties, middelen en van een **evaluatie** van het proces en van zijn effecten; coherentie tussen deze verschillende elementen;
- **Pertinentie** van de gekozen doelstellingen, van het proces, van de evaluatie;
- **Leveren van een meerwaarde** (met het oog op de **continuïteit van de effecten**).

De meeste diensten en verenigingen die projecten indienen krijgen overigens al subsidies van andere voogdijoverheden voor activiteiten die zich doorgaans binnen de sector van de zorg, de opvoeding of de psychosociale begeleiding situeren. De verschillende luiken van hun activiteiten zijn wederzijds kruisbestuivend.

Vanuit geografisch standpunt, kunnen de gesubsidieerde projecten een draagwijdte hebben die varieert van een zeer beperkte zone (bij voorbeeld de schoolkinderen van een dorp of gemeente) tot het geheel van de Franse Gemeenschap.

In termen van bevolkingsdoelgroepen zijn de meeste acties gericht naar de **schoolplichtige bevolking** via de professionals van de scholen of van de gespecialiseerde opvangstructuren (Aide à la Jeunesse, AWIPH, jeugdhuizen, etc.) en in mindere mate via de ouders. De specifieke acties rond risicobeperking zijn gericht op een bevolking van occasionele of reguliere druggebruikers in hun "natuurlijke" omgeving (feestjes, gevangenis, straat, enz).

Om deze "verborgen" populaties te bereiken maken de projecten onder meer gebruik van middelen zoals "preventie onder gelijken" (zgn. sneeuwbaloperaties").

- Op het vlak van de problematiek(en) die in de projecten worden behandeld : de meeste projecten passen binnen de logica van preventie van verslavingen zoals die is gedefinieerd in het kader van de gezondheids promotie (globale benadering) **en richten zich niet bepaald op één of meerdere producten**
- Sinds september 2007 zijn 'steunpunten verslavingen' opgericht in elk arrondissement van de Franse Gemeenschap. Het gaat om een missie die is toevertrouwd aan de lokale centra gezondheids promotie, die toelaat om de link te leggen tussen scholen en het hele aanbod inzake verslavingen.

➔ *Projectsubsidies voor onderzoek en/of voor acties ter bevordering van de gezondheid binnen het domein verslavingen (tabak, alcohol, illegale drugs).*

In 2004 : 18 projecten gesubsidieerd (waaronder 3 in cofinanciering in het kader van INTERREG)

- Daarvan waren er 4 projecten die 1 jaar duurden, 14 meerjarenprojecten.
- 10 projecten op lokale schaal en 8 op Gemeenschapsniveau.

In 2005 : 17 gesubsidieerde projecten (2 en cofinanciering in het kader van INTERREG)

- 17 meerjarenprogramma's .
- 9 lokale projecten en 8 Gemeenschapsprojecten.

In 2006 : 18 gesubsidieerde projecten (waarvan 2 in cofinanciering in het kader van INTERREG)

- 3 projecten van 1 jaar, 15 meerjarenprojecten.
 - 12 lokaal, 6 Gemeenschapsbreed.

In 2007 : 16 gesubsidieerde projecten

- 13 meerjarige projecten
- 10 projecten op lokaal niveau et 6 op gemeenschapsniveau.

In 2008 : 15 gesubsidieerde projecten (waarvan één in cofinanciering in het kader van INTERREG)

- 14 meerjarige projecten
- 9 projecten op lokaal niveau en 6 op gemeenschapsniveau.

- Deze projecten omvatten :

(a) Informatie- en documentatiecentra

- Uitlenen en raadplegen van documenten rond diverse aspecten van drugs- en verslaafdheidsverschijnselen (medisch, sociaal, economisch, farmacologische, juridisch enz.), preventietools, hulp bij het schrijven van werken en eindwerken...
- Deze centra worden voornamelijk geraadpleegd door studenten (secundair en hoger onderwijs) leerkrachten, diverse sociale actoren en ouders.

(b) Opvang en oriëntatie

- Via permanenties en/of telefoonlijnen en/of elektronische permanentie: antwoorden op hulpoproepen of vragen naar informatie rond gebruik, producten, ... Eventuele doorverwijzing naar therapeutische centra.

(c) Opleidingen voor volwassenen

- Deze opleidingen zijn vooral bedoeld voor de volwassen vertrouwenspersonen voor jongeren.
- Het gaat meestal over professionals die al aan het werk zijn (leerkrachten, opvoeders, psychologen, sociaal assistenten, animatoren, gezinshelpers, vertrouwenspersonen,...) maar ook over toekomstige leerkrachten (opleidingen in hogescholen).
- Ook oudergroepen kunnen opleidingsmodules volgen.
- Ces modules de formation visent tant le savoir théorique que le savoir-faire et le savoir-être. Zij verkennen, los van de producten, de verschillende betekenissen van gebruik, zodat zij de volwassenen zouden toelaten een betere band met de jongeren te ontwikkelen, en zij over geloofwaardigheid zouden beschikken in hun interventies bij jongeren (betrouwbaarheid van de informatie, respectvolle houding en afwezigheid van oordelen).

(d) Interventies en projectbegeleidingen in instellingen en diensten

- Analyse van de vraag, begeleiding met inbegrip van opleiding, toezicht...
- Begeleiding van volwassenen, professionals en/of vrijwilligers (en van jongeren) in het analyseren en beheren van een situatie of van een project, in het opzetten van werk- en denkgroepen binnen de instellingen. Betrokkenheid van ouders door bevordering van reflectie- en uitwisselingsfora tussen ouders en opvoedende actoren over thema's als opvoeding, gezag, verslaving en afhankelijkheid in het algemeen.

(e) Verspreiding

- Wetenschappelijke artikels, conferenties, publicaties, persoverzichten, internetsites.

(f) Overleg en platforms op lokaal, gemeenschaps- en internationaal niveau

- Samenwerking / overleg / sectoriële en intersectoriële netwerken met vertegenwoordigers van diverse psycho-, sociaal- en medische sectoren rond verbruik, preventie, maar ook onder andere rond ouderschap bij druggebruikers.

(g) Actie-onderzoek betreffende risicobeperking (zie volgend punt)

(h) Onderzoek

Pascale Jamouille, Une anthropologie des conduites à risque dans les zones marquées par la précarité, (2004).

→ *Risicobeperking*

- De risicobeperking is een gezondheidsstrategie die beoogt de schade te voorkomen die verbonden is aan het gebruik van psychotrope stoffen; risicobeperking betreft alle vormen van gebruik, hetzij experimenteel, recreatief, punctueel, misbruik of in het kader van een afhankelijkheid. Deze strategie wordt gebruikt voor illegale stoffen en voor legale stoffen, zoals alcohol en tabak.
- De doelgroepen zijn onder andere :
 - De injecterende druggebruikers
 - Cannabisgebruikers
 - Druggebruikers in het uitgaansmilieu
 - Druggebruikers in de gevangenis
 - Al dan niet in verslaving gespecialiseerde hulpverleners
- Algemene doelstellingen: de gezondheid van druggebruikers bevorderen ; hun responsabilisering bevorderen, hun gezondheidsrisico's beperken en un sociale uitsluiting beperken (of het risico op sociale uitsluiting), het aanbieden van alternatieven voor het risicovol gedrag en het versterken van de maatregelen

inzake beperking van de schade door het druggebruik (met inbegrip van deze voor de familiale en nabije omgeving, en de wijk in het algemeen).

- Operationele doelstellingen :
 - Toegankelijkheid tot informatie
 - Toegankelijkheid tot steriel injectiemateriaal
 - Doorverwijzing naar hulp- en zorgstructuren
 - Peer-preventie, vorming
 - Interventies in het uitgaansmilieu, zowel ten aanzien van de deelnemers als van eigenaars van uitgaansgelegenheden
 - Testing in het uitgaansmilieu en deelname aan het early warning system/vroegtijdig alarmeringssysteem

- Dit betreft :

Verspreiding van informatie :

- Informatiestands en preventie door leeftijdsgenoten in het uitgaansmilieu: de activiteiten tijdens het evenement omvatten het verspreiden van informatie over drugs, over het voorkomen van seksuele risico's, over plaatselijke diensten,... Maar ook het uitdelen van condooms (+ glijmiddel) en preventie van dehydratie. Aan de hand van vragenlijsten wordt informatie verzameld over druggebruik en over gebruikersgedrag. Er worden "leeftijdsgenoten" opgeleid (en betaald!) en uitgekozen volgens de muziek die tijdens het evenement op het programma staat.

De brochures:

- Er werden in de Franse gemeenschap, in samenwerking met een aantal instanties, brochures opgesteld die de risico's bij jonge druggebruikers moeten doen dalen. In 2003 hadden de beschikbare brochures betrekking op: xtc, cannabis, lsd & paddenstoelen, speed & amfetamines, cocaïne, heroïne, psychotrope geneesmiddelen, alcohol.
- Het voorkomen van overdosissen: brochures ter grootte van een kredietkaart die 4 folders bevatten over het voorkomen van overdosissen werden uitgedeeld in de Franse gemeenschap.

Beheer van "bad trips ":

Een team van psychologen, verpleegkundigen en een psychiater is aanwezig op bepaalde muziekfestivals en richt zich op druggebruikers die te maken krijgen met een bad trip. Het is de bedoeling om "overmedicalisering" en/of hospitalisatie van gebruikers te vermijden door ter plaatse hulp te bieden.

Experimenteel project pill testing:

Kwam tot stand in samenwerking met een aantal laboratoria tijdens een aantal festivals van de Franse gemeenschap. Dit project wordt gezien binnen een ruimer kader; het biedt objectieve en concrete informatie en velt geen

moreel oordeel. Dit initiatief wil jongeren er uiteraard niet toe aanzetten te gebruiken, maar wil hen doen nadenken over druggebruik en hen alle nodige hulp bieden om hun gebruik in de hand te houden en risico's die ermee gepaard gaan te vermijden. Bij alle projecten die worden gefinancierd door de Franse gemeenschap behoort een evaluatie tot de opdrachten.

→ *Preventie van infectieziekten*

- Een aids-preventieplatform, gesubsidieerd door de Franse gemeenschap, werd opgericht door een aantal ngo's om projecten op te zetten voor de hele bevolking. Modus Vivendi coördineert de preventie en richt zich specifiek op druggebruikers (ook in de gevangenis). Er worden een aantal diensten aangeboden:
 1. opstellen en verspreiden van informatie (met name via brochures) over de beschikbare hulp, overdraagbare ziektes (aids, hepatitis B en C...) en andere risico's (voor gevangenen werd er een brochure opgesteld over geneesmiddelengebruik);
 2. flyers kalender met de adressen van verschillende spuitenruilprogramma's;
 3. de brochure "shooter propre" richt zich tot intraveneuze druggebruikers en geeft informatie over injecteren zonder risico op besmetting.

Er dient te worden opgemerkt dat de informatiebrochures werden opgesteld met medewerking van druggebruikers en dat ze worden aangepast aan de milieus waarop ze zich richten.
- De "sneeuwbalenquêtes" (hiv, hepatitis en andere risico's), die deel uitmaken van het preventieproject door leeftijdsgenoten, trachten via een sneeuwbalmethodologie door te dringen tot doelgroepen die niet makkelijk te bereiken zijn. (Ex-)druggebruikers wordt een kortetermijncontract aangeboden ("als jobstudenten"), en krijgen opleiding over hiv, hepatitis of het voorkomen van overdosissen. Na de opleiding keren de "jobstudenten" terug naar het terrein om druggebruikers aan te spreken, hun preventieboodschap en -materiaal door te geven en nieuwe kandidaat-jobstudenten te rekruteren. De jobstudenten worden in hun werk bijgestaan door een vragenlijst, die ook gebruikt wordt om gegevens te verzamelen over hoe en wat er wordt gebruikt en de gedragingen. De evaluatie van iedere interventie gebeurt samen met de "jobstudenten", en is zowel collectief als individueel. Jaarlijks worden in de Franse gemeenschap ongeveer 1500 druggebruikers, waaronder vooral intraveneuze gebruikers, bereikt.
- Een ander initiatief dat geklasseerd kan worden onder de risicobeperking is het 'Early Warning System (EWS). De gemeenschap neemt deel aan dit snel waarschuwingssysteem via het testen van pillen.

→ *Deelname aan Europese programma's.*

- Cofinanciering van Europese Interreg-projecten (Interregio's Frankrijk-Wallonië) georiënteerd op de preventie van verslavingen in de regio Henegouwen: grensoverschrijdend platform voor risicogedrag en drugverslavingen (Coördinatie van een grensoverschrijdend netwerk voor preventie, hulp en onderzoek-actie; Sensibilisering van de mantelzorgers en Interventies in uitgaansmilieus).

→ *Ondersteuning van allerhande acties op het vlak van gezondheidsopvoeding en gezondheidspromotie, sector verslavingen*

- Uitgeven van boeken en brochures, waaronder: heruitgave van brochures voor risicobeperking, boeken over gefinancierd onderzoek (zie hoger).

→ *Subsidiëring van sub -focal point EUROTOX.*

- In het kader van de verplichtingen ten opzichte van de opdrachten van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD).

→ *Deelname aan internationale groepen.*

- Een lid van het directoraat-generaal gezondheid van de Franse gemeenschap maakt deel uit van de Raad van beheer van het EWDD, en neemt deel aan de horizontale groep drugs en aan de groep Pompidou.

→ *Medewerking aan Cel " Gezondheidsbeleid Drugs ".*

3.11. Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

3.11.1. Bevoegdheden

De Franse Gemeenschapscommissie is op het vlak van gezondheid bevoegd voor de organisatie van de zorgverlening in en buiten de ziekenhuizen. Het beleid van de FGC ter zake houdt rekening met een zeer ruime definitie van de zorgverlening om zodoende te zorgen voor een continuüm en een optimale efficiëntie van de behandelingen.

3.11.2. Bronnen

- Decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 27 april 1995 betreffende de erkenning en de subsidies van de diensten actief op het gebied van het druggebruik, zoals gewijzigd bij het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 12 juli 2001;
- Besluit van het College van de Franse Gemeenschapscommissie van 18 juli 1996 betreffende de toepassing van het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 27 april 1995 betreffende de erkenning en de subsidies van diensten actief op het gebied van druggebruik, gewijzigd bij de besluiten van het College van de Franse

Gemeenschapscommissie van 6 november 1997, 24 juni 1999, 18 oktober 2001 en 20 februari 2003;

- Decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid;
- Besluit van 4 juli 2009 van het College van de Franse Gemeenschapscommissie houdende toepassing van het Decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid.

3.11.3. Acties

Het decreet dat werd goedgekeurd in 1995, na ruim overleg met de actoren op het terrein, is de uiting van een politieke wil om een stabiel en definitief kader aan te bieden aan de werknemers in de hulp- en zorgsector op het gebied van druggebruik. Dit decreet verleent aan die sector een volwaardige legitimiteit als actoren op het gebied van de volksgezondheid, in tegenstelling met het veiligheidsdomein dat toen een belangrijke ontwikkeling kende.

Dit aanvankelijke wettelijke kader werd tweemaal gewijzigd, namelijk in 2001 en vanaf 1 januari 2010. Beide wijzigingen hebben betrekking op alle door de FGC erkende en gesubsidieerde diensten op het gebied van sociale zaken, gezondheid en gehandicapten. De belangrijkste impact van deze wijzigingen is de erkenning van een coherente ambulante sector die onderworpen is aan gemeenschappelijke regels inzake werking en subsidiëring, waarbij echter de specificiteit van eenieder wordt gerespecteerd. Het oorspronkelijke decreet werd dus als dusdanig geïntegreerd voor wat betreft de definities en de opdrachten en de inhoud wordt hieronder nader toegelicht.

Om de deur voor verdere evolutie open te houden, definieert het decreet druggebruik niet als dusdanig, maar eerder de dienst die actief is op het vlak van druggebruik als “een structuur die door een multidisciplinaire benadering en in samenwerking met andere instellingen en personen die betrokken zijn bij drugproblemen op permanente en bevoorrechte wijze specifieke preventieve, begeleidende of verzorgende acties voert ten aanzien van personen die worden geconfronteerd of die kunnen worden geconfronteerd met een drugprobleem.»

Om als dusdanig te worden erkend, moet de dienst, naast de opvang- en informatieve opdrachten, tenminste twee opdrachten vervullen, waaronder één van de volgende algemene opdrachten: begeleiding, verzorging of preventie. De dienst kan bovendien één of meerdere bijzondere opdrachten vervullen: herintegratie, verbinding en opleiding.

Begeleiding: De dienst verzekert het onthaal van de druggebruikers, hun familie of hun omgeving. Hij begeleidt het verzoek van de consultant⁹ en verzekert intern, door een

⁹ Consultant : elke persoon, groep van personen of instelling die zich richt tot een dienst actief op het gebied van het druggebruik (artikel 2, 3° van het decreet van 27 april 1995)

geïndividualiseerde opvolging, de psychosociale en administratieve begeleiding in overleg met de betrokken personen en instellingen, met name het gezondheids-, sociaal, school- en sociaal-cultureel netwerk. Hij kan vervolgens de consultants in functie van hun noden doorverwijzen of opnieuw doorverwijzen naar beter aangepaste personen of instellingen.

Verzorging: De dienst stelt een diagnose en verzekert de behandeling van de consultants met drugproblemen. De behandeling van deze problemen omvat de medische, psychiatrische en psychologische aspecten. Hij streeft voornamelijk naar de verbetering van het welzijn van de consultants in hun gewone leefomgeving, wat niet noodzakelijk hun ontwenning impliceert. De dienst betreft bij de behandeling van de patiënt, in de mate van het mogelijke, alle beroepsmensen die niet behoren tot het team van de dienst en die tot de behandeling kunnen bijdragen.

Preventie: De dienst organiseert of werkt mee aan de organisatie van preventieve activiteiten, met name aan de preventie tegen schade opgelopen door druggebruikers. Deze preventieve activiteiten kunnen met name omvatten:

- de informatie, de sensibilisering en de opvoeding van de bevolking en van de actoren van het gezondheids-, psychosociaal, school- en sociaal-cultureel netwerk voor wat betreft het druggebruik en de preventie tegen schade opgelopen door druggebruikers;
- bijzondere preventieve tussenkomsten naar doelgroepen toe, met name ten aanzien van personen die worden geconfronteerd of die kunnen worden geconfronteerd met drugproblemen.

Herintegratie: De dienst verricht ondersteunende werkzaamheden die noodzakelijk zijn voor de sociale en familiale herintegratie en deze op het gebied van het onderwijs en op beroepsvlak. Hij werkt samen met de betrokken personen en instellingen, met name het administratief, psychosociaal, school-, professioneel en sociaal-cultureel netwerk.

Verbinding: De dienst voert een verbindingsactie met betrekking tot een netwerk of verbindingswerk van verschillende interveniënten of entiteiten die druggebruikers opvangen. Hij organiseert samenwerkingsverbanden opdat aan de noden van de consultants op aangepaste wijze gehoor zou worden gegeven.

Opleiding: De dienst verzekert de sensibilisering, de opleiding, de voortgezette opleiding of de supervisie van interveniënten die worden geconfronteerd of kunnen worden geconfronteerd met de problemen van druggebruikers.

De sector is met de jaren sterk geëvolueerd, waarbij rekening werd gehouden met de behoeften die werden geïdentificeerd door de actoren op het terrein die werden geraadpleegd via de ambulante afdeling van de Adviesraad voor Gezondheids- en Welzijnszorg en gegroepeerd in een erkend coördinatieorganisme, Fedito. De opdrachten moeten tijdens deze legislatuur worden geëvalueerd.

Zo zijn er momenteel 16 diensten die actief zijn op het gebied van druggebruik erkend en gesubsidieerd. Zij stellen 60 VTE te werk, voor een geraamd budget in 2010 van 4.268 miljoen euro.

Hun doelpubliek is zeer gevarieerd en hangt af van de thematiek die elke dienst heeft ontwikkeld; de actie focust immers op het uitgaansleven, het ziekenhuismilieu, de jeugd, de gevangenen, het werk, de straat, ...waarbij het territorium niet op geografische wijze wordt opgesplitst, maar wel in functie van de behoeften vastgesteld in het ganse Brusselse Hoofdstedelijk Gewest.

De aangewende methodes en de opdrachten die daardoor kunnen worden verzekerd worden aldus uitgevoerd om tegemoet te komen aan de evoluerende noden van de verschillende doelgroepen.

Er bestaat een complementariteit met partners die gefinancierd worden door andere institutionele niveaus zoals het RIZIV of de Franse Gemeenschap, met de bedoeling de resultaten van de werking van ieder van hen te versterken.

Tot slot werken de door de FGC erkende diensten mee aan de inzameling van de epidemiologische gegevens die gecentraliseerd worden via ADDIBRU, dat institutioneel bicommunautair is.

Een aanvullend budget maakt het ook mogelijk om nieuwe projecten te ondersteunen die al dan niet leiden tot een erkenning in het kader van het decreet.

Anderzijds krijgt het tweedelijns netwerk dat sinds enkele jaren wordt uitgebouwd voortaan een structuur dank zij het decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid en krijgt het dus een permanent karakter binnen een globaal systeem dat alle socio-sanitaire actoren die erkend zijn door de FGC groepeerd. Deze praktijk is tot stand gekomen naar aanleiding van verschillende vaststellingen, zoals de hiernavolgende:

- De toename van het aantal zieken en chronische situaties die een langdurige behandeling vereisen en die het nodig maken om de interventies van verschillende beroepsmensen uit de sector met diverse bevoegdheden en werkzaam in de ziekenhuissector en de ambulante sector te organiseren,
- De behandeling van precare situaties die steeds erger worden, waardoor een sectorale sanitaire en sociale aanpak niet langer mogelijk is en het noodzakelijk is om de grenzen van de respectieve professionele benaderingswijzen te overstijgen. De uitwerking van een « gemeenschappelijk referentiekader » waarbij men tot een akkoord zou kunnen komen over de nadere regels van een echte collectieve aanpak lijkt momenteel absoluut noodzakelijk
- De toename van de institutionele logica's, structuren en procedures die het functioneren van de beroepsmensen uit de gezondheidssector verlamt en het invoeren van een globale en coherente logica bemoeilijkt. De "muren" tussen de instellingen leiden tot een administratieve segmentering die onbegrijpelijk wordt zowel voor de bevolking, onder meer in precare situaties, als voor de beroepsmensen uit de sector. Iedereen is zich steeds meer en meer bewust van de noodzaak van een transversale aanpak van de problemen, waarbij de sociale en sanitaire actoren, de

ambulante en de ziekenhuissector, de openbare en de privésector samen worden betrokken;

- De idee van een gezondheidsbeleid waarbij rekening wordt gehouden met de vele elementen die bepalend zijn voor de gezondheid van de bevolking, wint steeds meer en meer aan gewicht. Het gezondheidssysteem toont immers aan dat het wel degelijk in staat is om ernstige ziekten te genezen. Er bestaat echter een verschil tussen het oplossen van de gezondheidsproblemen van de mensen en het genezen van zieken...Alle inspanningen werden gedurende lange tijd geconcentreerd op de gevolgen van de ziekten en niet op het doen dalen van de oorzaken ervan. De rol van de individuele curatieve geneeskunde (of van de therapeutische aanpak) als quasi exclusief bepalend element van de gezondheid wordt steeds meer en meer in vraag gesteld, onder meer door de WHO.

In die context dringt de uitbouw van netwerken zich op als een vanzelfsprekendheid om werk te maken van de koppeling van de multidisciplinaire vaardigheden van de verschillende actoren uit de gezondheidszorg en de sociale zorgverlening. Dank zij die netwerken moet het mogelijk worden om het gezondheidssysteem beter af te stemmen op de behoeften van de gebruikers en van de bevolking die opnieuw centraal zouden staan.

Van de 14 netwerken die momenteel actief zijn, zijn er 3 gewijd aan aspecten die gelinkt zijn aan de verslavingsproblematiek: de vzw Réseau Hépatite C – Bruxelles ; Réseau Dépendance (pilotproject).

3.12. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie subsidieert de vzw « Overleg Druggebruik – Brussel » teneinde het oorspronkelijke tienpuntenprogramma, daterend van 1992 en intussen aangepast en herleid tot 4 punten uit te voeren.

De vzw bestaat uit vertegenwoordigers van de medische, sociale en juridische interveniënten en heeft meer bepaald als doel een brugfunctie te zijn tussen de beleidsinstanties en de terreinwerkers.

Gelet op de bevoegdheidsverdeling en zijn implicatie voor Brussel wordt binnen de vzw de coördinatie van het beleid (Federaal, Vlaamse en Franse Gemeenschap, Vlaamse en Franse Gemeenschapscommissie, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) en het overleg tussen de verschillende terreinwerkers gefaciliteerd zowel vanuit gezondheid, welzijn, justitie, politie, gevangenissector ...

De volgende accenten worden op dit ogenblik vooral benadrukt :

- het verzamelen van de epidemiologische gegevens : een programma ADDIBRU werd ontwikkeld en garandeert een uniforme gegevensverzameling van alle gespecialiseerde centra en van een deel van de niet gespecialiseerde centra ongeacht hun communautaire aanhorigheid of subsidiërende overheid. De analyse wordt samengebracht in een verslag dat de gegevens 1996-2008 bestrijkt. De gegevens worden geanalyseerd en gepubliceerd op de web-site www.ctb-odb.be
- het leveren van de gegevens in het kader van de Europese verplichtingen (EMCDDA);
- het kadaster van de instellingen en projecten te Brussel teneinde de netwerkvorming te verbeteren (zie eveneens web-site): de gegevens van 17 nederlandstalige en 57 franstalige instellingen worden hier verzameld en bijgehouden. ;
- het overleg, de coördinatie en de ondersteuning van de actoren op het terrein: er werden supervisies georganiseerd voor de huisartsen en voor het personeel van de OCMW's. Er wordt samengewerkt in thematische groepen.

Ook wordt samengewerkt met het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg in het kader van de federale opdracht « zorgcoördinator » Bij deze samenwerking wordt de specificiteit van de sector druggebruik ten aanzien van de sector geestelijke gezondheidszorg gerespecteerd.

3.13 Duitstalige Gemeenschap

3.13.1. Bevoegdheden

De Duitstalige Gemeenschap is op het vlak van de gezondheid bevoegd voor de persoonsgebonden materies. Wat verslavingen betreft, zijn de bevoegdheden onder meer gezondheidspromotie, preventie en behandeling.

3.13.2. Bronnen

- Decreet van 1 juni 2004 betreffende de gezondheidspromotie
- Besluit van de Regering van 7 maart 2006 tot vaststelling van de krachtlijnen inzake gezondheidspromotie voor de jaren 2006 en 2007. De krachtlijnen worden vermeld in termen van doelstellingen, doelpubliek en strategische acties.
- Besluit van de Regering van 23 maart 2006 tot vaststelling van het globaal concept inzake gezondheidspromotie in de Duitstalige Gemeenschap

3.13.3. Acties

Wat verslavingen betreft, zijn de krachtlijnen opgenomen in het besluit van de Regering van 7 maart 2006 onder punt B (geestelijke gezondheid).

Gesubsidieerde organismen die actief zijn op het domein van verslavingen in de Duitstalige Gemeenschap en hun opdrachten

a) Op het gebied van gezondheidspromotie en preventie

Arbeitsgemeinschaft für Sucht und Lebensbewältigung (ASL)- Vereniging ter bestrijding van verslavingen en ter promotie van de levenskwaliteit

Taken op het vlak van verslavingen:

1. Informeren en sensibiliseren van het brede publiek (volwassenen en jongeren) in verband met legale en illegale drugs
2. Zelfhulp- en praatgroep voor familie en naaste vrienden van gebruikers
3. Zelfhulpgroep voor gebruikers
4. Aanbieden van rookstopcursussen
5. Regionale pedagogische projecten

b) Op het gebied van behandeling

1. Psychiatrisch dagziekenhuis Eupen: 8 plaatsen voor volwassenen
2. Psychiatrisch dagziekenhuis St. Vith: 7 plaatsen voor volwassenen, 6 plaatsen voor kinderen en adolescenten
3. Psychiatrische hospitalisatiedienst St. Vith: 30 plaatsen
4. Centrum voor geestelijke gezondheid (Sozial- Psychologisches Zentrum- SPZ)

Taken van het centrum voor geestelijke gezondheid:

1. Ambulante therapie voor elke vorm van verslaving
2. Bemiddeling voor stationnaire therapie
3. Bemiddeling voor zelfhulpgroepen
4. Methadonprogramma voor heroïneverslaafden
5. REITOX: medewerking aan de gegevensbank over verslavingen REITOX
6. Hulplijn 108: biedt 24u/24u steun aan personen in moeilijkheden
7. Zelfhulpgroep voor ouders van jonge drugsverslaafden

Door haar taalkundige specificiteit werkt de Duitstalige Gemeenschap nauw samen met de ziekenhuizen in Duitsland. Zo worden tal van patiënten opgenomen in de ziekenhuizen van Aken, Daun,... Ook de samenwerking met Belgische instellingen zoals de Clinique des Frères Alexiens te Henri- Chapelle, het Centre Hospitalier Psychiatrique te Luik verloopt zeer efficiënt.

Specifieke actieprojecten in het kader van de gezondheidspromotie op het vlak van verslavingen (tabak, alcohol, illegale drugs).

- Van 2004 tot 2008: Project « 0 Promille unter 16 », een project ter bestrijding van alcoholgebruik bij min 16-jarigen
- Van 2006 tot 2007: Project « Naar een rookvrije school »
- Sinds 2005: regionaal pedagogisch project « Klettern statt kiffen »

Medewerking van de Duitstalige Gemeenschap aan internationale groepen:

1. Regionale groep die 9 partners groepeerd in Duitsland, België en Nederland
Groep van Mondorf: samenwerking en ideeënuitswisseling over het thema verslavingen met Saarland, Lotharingen, Rijnland Palts en Luxemburg.
2. Mondorf Groep : samenwerking en uitwisselingen rond het thema verslavingen met Sarre, Lorraine, Rhénanie Palatine en Luxembourg.

3.14. Waals Gewest

3.14.1. Bevoegdheden

Het Waals Gewest is op het vlak van gezondheid bevoegd voor de organisatie van zorgen in ziekenhuizen en op ambulante basis.

Aan het gewestelijke beleid betreffende verslavingen liggen vijf beleidslijnen ten grondslag: de hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen, de diensten voor geestelijke gezondheidszorg die een bijzonder initiatief inzake verslavingen ontwikkelen, het Plan voor Maatschappelijke Cohesie nr. 3 met toevoeging van bijkomende middelen voor nieuwe acties inzake verslavingen, het Waals Plan “Sans Tabac”, het Plan voor maatschappelijke cohesie van de steden en gemeenten.

3.14.2. Bronnen

- Decreet van het Waals Gewest van 27 november 2003 betreffende de erkenning en de subsidiëring van de hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen
- Besluit van de Waalse Regering van 3 juni 2004 tot uitvoering van het decreet van het Waals Gewest van 27 november 2003 betreffende de erkenning en de subsidiëring van de hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen
- Decreet van 30 april 2009 betreffende de erkenning met het oog op de toekenning van subsidies en de toekenning van subsidies aan de zorg- en hulpverleningsnetwerken gespecialiseerd in verslavingen, alsook de erkenning met het oog op de toekenning van subsidies en de toekenning van subsidies aan hun federaties

3.14.3. Acties

3.14.3.1. *De hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen*

Deze bevoegdheid wordt uitgeoefend om het aanbod aan gespecialiseerde diensten en zorgverlening ten behoeve van de betrokken gebruikers, patiënten en omgeving, te integreren en te organiseren, binnen twaalf zones waarin het Franse taalgebied in het Waals Gewest is opgesplitst.

Binnenkort zal een nieuwe regeling het licht zien – het decreet van 30 april 2009. Deze hervorming van de wetgeving heeft tot doel de kwaliteit van de opvang te verbeteren via de versterking van een echte multidisciplinaire aanpak van deze complexe problematieken, zowel op ambulante vlak als in overleg met de actoren van de ziekenhuissector en de residentiële sector.

Ter herinnering: in het decreet van 27 november 2003 waren de voornaamste doelstellingen:

- het versterken van de samenhang van de uitgevoerde acties in het kader van een netwerklogica waarbij alle betrokken actoren worden samengebracht;
- het geven van een permanent karakter aan de diensten gespecialiseerd in verslavingen die een in het netwerk geïntegreerde actie uitvoeren;
- het zorgen voor een betere kwaliteit en toegankelijkheid van de verleende diensten, met name door een betere geografische afbakening.

Na vijf jaar konden slechts twee van 12 netwerken op deze basis erkend worden, wat geleid heeft tot de hervorming die tijdens de voorgaande legislatuur gelanceerd is.

In de memorie van toelichting van het decreet van 30 april 2009 worden de moeilijkheden uiteengezet van deze regeling die onvoldoende beantwoordde aan de noden van de sector: de perceptie van het onder toezicht stellen van bepaalde diensten ten aanzien van de lokale overheden, de onuitvoerbaarheid en de lange duur van de erkenningsprocedures, de nood aan coördinatie met de overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg, de inachtneming van de bijzondere kenmerken van de opdrachten tussen netwerken (organisatie van het aanbod, methodologische ondersteuning) en diensten (klinische dimensie), met name wat betreft intervisie van werknemers, erkenning van territorialiteit maar ook van acties die transversaal worden uitgevoerd en van “transterritorialiteit”, de nood aan indexering van de subsidies en verhoging van de middelen, de differentiatie van de nadere regelen voor de financiering van de netwerken en diensten, de bedoeling om gemeenschappelijke criteria vast te leggen voor de uitgevoerde activiteiten.

Het nastreven van doeltreffendheid en doelmatigheid, in de huidige context van administratieve vereenvoudiging, is een van de andere beoogde doelstellingen: dit nieuwe decreet verplicht elke actor die de erkenning aanvraagt, om een actieplan in te dienen. Dit plan omvat de doelstellingen, de nadere regelen voor de verwezenlijking van de doelstellingen en de zelfevaluatie. Het is het beheersinstrument van het netwerk of de

dienst, zorgt voor actualisering in de loop van de tijd en de acties en maakt het mogelijk om een erkenning voor onbepaalde duur toe te kennen.

Onder verslavingen wordt verstaan *afhankelijkheid en gewenning wegens misbruik van legale of illegale psychotrope producten, alcohol of tabak, of spelen*.

Onder *netwerk* wordt verstaan het geheel van de instellingen gespecialiseerd in verslavingen in het bijzonder, en inzake hulp- en zorgverlening in het algemeen, die gelijktijdig of achtereenvolgend tussenkomen ten gunste van de personen die aan verslavingen lijden of van hun entourage, in de vorm van institutioneel overleg, opdat de vakmensen kunnen samenwerken.

De opdrachten van het netwerk betreffen de inventarisering van het aanbod op zijn grondgebied, het institutioneel overleg betreffende de verdeling van de taken onder de leden van het netwerk, inclusief de behandeling van crisis- en noodtoestanden, de methodologische ondersteuning van de actoren uit het netwerk, de samenwerking met het overlegplatform betreffende geestelijke gezondheidszorg en de organisatie van de intervisie op verzoek van de leden van het netwerk.

De gespecialiseerde dienst- en zorgverlening wordt uitgeoefend door *diensten* die, behalve onthaal en informatieverstrekking, de volgende functies vervullen: psychosociale begeleiding, psychotherapeutische en medische behandeling, de zorgverlening, onder andere minstens de vervangingsbehandeling, de ontwenningkuren, de residentiële behandeling of de behandeling in een ziekenhuis, de vermindering van de risico's.

Die opdrachten worden uitgeoefend in het kader van het multidisciplinair overleg, dat de evaluatie beoogt van de behoeften van de begunstigde van de interventie, de evolutie ervan, de beschikbare hulpmiddelen binnen de dienst, in of buiten het netwerk om het meest geschikte antwoord te geven. Deze interventie is het voorwerp van de instemming van de begunstigde, bij voorkeur schriftelijk en elk ogenblik herroepbaar.

De dienst kan in de vorm van een bijkomende opdracht en op verzoek zorgen voor de supervisie en de intervisie van het personeel van instellingen die deel uitmaken van het netwerk.

De opdrachten worden op ambulante wijze uitgeoefend.

Dit decreet zou op 1 januari 2010 in werking moeten treden.

Ondertussen werden zeven netwerken erkend; voor twee andere is de procedure aan de gang. Momenteel zijn er zestien diensten erkend. Erkenning brengt subsidiëring met zich mee.

Het voorziene budget voor het boekjaar 2010 bedraagt 1.441.000 €.

3.14.3.2. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg die een bijzonder initiatief inzake verslavingen ontwikkelen

Een erkende dienst voor geestelijke gezondheidszorg is gerechtigd om een aanvraag tot psychotherapeutische behandeling te krijgen, ongeacht de aard ervan. Zeven onder hen hebben evenwel een bijzonder initiatief ontwikkeld ten behoeve van mensen die met verslaving kampen (twee in Luik, Herstal, Charleroi, Waremme, Verviers en Doornik). De multidisciplinaire manier van werken ervan (psychologisch, sociaal en psychiatrisch) is bijzonder geschikt.

Daartoe krijgen ze een aangepaste bijkomende financiering.

3.14.3.3. Het Plan voor Maatschappelijke Cohesie nr. 3 – Programma met betrekking tot verslavingen

Naast het gereguleerde stelsel heeft het Plan voor Maatschappelijke Cohesie nr. 3 de sector van de verslavingen versterkt via twee projectoproepen in 2008 (1.200.000 €) en 2009 (1.250.000 €); een derde oproep is voorzien in 2010 en gaat gepaard met een bedrag van 1.250.000 €.

Het plan 2008 was gericht op de volgende aandachtspunten:

- verbeteren van de behandeling van verslaafden en de begeleiding van hun ouders door de gespecialiseerde diensten en de residentiële diensten;
- beantwoorden aan de nieuwe geïdentificeerde behoeften;
- globaal versterken van de sector.

De financiële middelen werden verdeeld volgens twee assen: de eerste was gewijd aan het belang van kennisontwikkeling in het kader van verslavingen en de tweede aan de ontwikkeling van nieuwe initiatieven binnen de sector.

Op die manier werden projecten toegestaan op de volgende gebieden: risicobeperking tijdens festiviteiten (illegale drugs en alcohol), het labelen van de plaatsen van festiviteiten, de verbetering van de ambulante aanpak van verslavingsproblemen of de verbetering van de omstandigheden inzake terugkeer van een patiënt die voor een verslavingsprobleem in een instelling verbleven is, de al dan niet therapeutische begeleiding van de lijdende ouders. Andere meer specifieke innoverende initiatieven konden ook worden ingediend.

Het plan 2009 is gebaseerd op de volgende krachtlijnen: de projecten met betrekking tot de soorten risicogedrag bij jongeren, de behandeling en de begeleiding van mensen met problemen inzake verslaving aan of overmatig gebruik van alcohol, de problematiek van risicobeperking in geval van afhankelijkheid aan injecteerbare drugs, de versterking en de uitbreiding van de in 2008 geselecteerde projecten en van andere innoverende projecten die niet beantwoorden aan al deze criteria.

De evaluatie met betrekking tot de projecten 2008 wordt momenteel afgerond.

De projecten 2009 zijn in uitvoering. Er zal ook een evaluatie volgen.

De methodes en de opdrachten die ze tot stand kunnen brengen, worden zo aangewend dat ze tegemoetkomen aan de steeds veranderende verwachtingen van uiteenlopende doelgroepen.

Complementariteiten bestaan en worden nagestreefd met partners die gefinancierd worden door andere institutionele niveaus zoals het RIZIV of de Franse Gemeenschap, teneinde de effecten van eenieders actie te versterken.

Tot slot dragen de erkende diensten, net als de diensten voor geestelijke gezondheidszorg die een bijzonder initiatief betreffende verslavingen ontwikkelen, bij tot het door EUROTOX gecentraliseerd vergaren van epidemiologische gegevens, de TDI, met de bedoeling om in 2010 onze partners in staat te stellen de gegevens in te voeren op een virtueel formulier, waarbij de veiligheid en het behoud van de toe-eigening van de gegevens gegarandeerd worden.

3.14.3.4. Het Waals Plan "Sans Tabac"

Het Waals Gewest ondersteunt eveneens de actie van beroepsbeoefenaars die met tabak geconfronteerd worden in het kader van het Waals Plan "Sans Tabac".

Het Waals Plan « Sans Tabac » steunde in het begin op bestaande structuren en instrumenten. Het werd ontwikkeld in samenwerking met verschillende actoren op het terrein, zodat het een realistisch en toepasbaar voorstel vormt.

De doelstellingen van het Plan bestaan erin de gezondheidsbeoefenaars te sensibiliseren, te mobiliseren, uit te rusten en te ondersteunen zodat ze in staat zijn om een aangepaste hulpverlening te bieden en te beantwoorden aan de noden van de bevolking teneinde problematisch gedrag betreffende gebruik en verslaving te voorkomen.

Hiervoor wordt op verschillende interventieniveaus gewerkt:

1. structureren van de verschillende hulpverleningsinstanties in netwerken en stevig uitbouwen van netwerken
2. basisopleiding van de gezondheidswerkers van de eerste lijn, aanpak in globale context
3. gespecialiseerde opleiding tabacologie voor gezondheidswerkers
4. bewustmaking van de gebruiker (risico's van gecombineerde consumptie inbegrepen)
5. strategieën ter ondersteuning van tabaksontwenning en consolidering
6. uitwerking van pilotprojecten bestemd voor specifieke doelgroepen op basis van uitwisselingsplatformen (progressieve integratie van het decreet "Verslavingen – Zorgzones")
7. evaluatie en aanpassing.

Het eerste plan (2004 – 2005) had betrekking op de volgende aspecten: het betrekken van de gezondheidswerkers en meer in het bijzonder van de huisartsen in het proces, de opleiding van de lokale netwerken, en het aanzetten tot onderzoek, evaluatie en opleiding in het Waals Gewest (Franstalig grondgebied).

Met dit eerste Waalse Plan heeft men de gezondheidswerkers nog meer kunnen mobiliseren rond de problematiek van het roken, ten voordele van de hele bevolking. Er werden pilootprojecten gevoerd om nieuwe aanpakken uit te proberen bij specifieke doelgroepen zoals jongeren (op school), zwangere vrouwen, kansarme bevolkingsgroepen, werknemers op hun werkplek, in ziekenhuizen, enz. Daarnaast had het mobiliseren van de gezondheidswerkers tot gevolg dat er praktijkervaringen werden uitgewisseld en heeft men door het aanbod van basis- en voortgezette opleidingen de begeleiding toegankelijker kunnen maken en dichterbij kunnen brengen, met het oog op een rookbeleid dat rekening houdt met de behoeften op het terrein. Door de ervaring die de partners hebben kunnen opdoen, zowel qua overleg als bij het werk op het terrein, heeft men een expertise kunnen opbouwen die past bij de bevoegdheden van het Waals Gewest.

Bij het tweede Waalse Plan (2006 – 2007) heeft men de netwerkdynamiek uit het eerste Plan overgenomen en de opgezette acties verder uitgebouwd door ze verder uit te diepen en ze aan te vullen. Zo werd duidelijk dat men bepaalde instrumenten nodig had. De actie werd ondersteund door vijf actiepijlers: de actoren van het Plan vormen het Waalse platform voor overleg en voor de uitwerking van strategieën, zij werken verder aan het mobiliseren van onder andere de huisartsen, ze betrekken andere gezondheidsbeoefenaars in het proces dat is opgestart, ze ontwikkelen communicatiedragers en zorgen er voor dat het Waals netwerk stevig wordt uitgebouwd wat de ondersteuning van gezondheidswerkers betreft.

Aan het eind van dat tweede Plan waren in het Waals Gewest verschillende complementaire manieren van interventie ontwikkeld die ertoe aanzetten de acties en het partnerschap voort te zetten.

Het derde Plan (2008-2009) werkte verder op de doelstellingen van het tweede.

Aan het eind van dit derde Waalse Plan “Sans Tabac” kunnen we stellen dat er talrijke stappen werden genomen en dat vele projecten de Waalse gezondheidswerkers mobiliseren, zowel wat opleidingen als wat betrokkenheid op het terrein betreft.

De verschillende actoren van de stuurgroep gaan nauwer samenwerken, wat duidelijk ten goede komt van de acties op het terrein wat de begeleiding om te stoppen met roken betreft. De apothekers, gynaecologen en pediaters worden nu ook betrokken en bovendien gaat men nog meer een beroep doen op de verpleegkundigen, zowel op het niveau van de opleiding als voor de mobilisering binnen ziekenhuisstructuren (kraamafdelingen, verschillende diensten van de Rookvrije Ziekenhuizen).

Toch worden de actoren “Verslavingen” nog te weinig betrokken en moeten er nog ontmoetingen plaatsvinden waarbij men competenties kan uitwisselen en de zaken vanuit verschillende invalshoeken kan bekijken, onder meer vanuit andere instanties dan de

zorgzones die hulp bieden bij verslavingen en hun netwerken, zoals het Waalse Fédito of het netwerk "Alto".

Over het vierde Plan (2010-2011) moeten nog beslissingen worden genomen. Afhankelijk van de behoefte van de actoren zou men in dit plan niet alleen de dynamieken uit de vorige Waalse plannen willen behouden maar zou het ook de bedoeling zijn om die verder uit te bouwen door de betrokkenheid van tussenpersonen betreffende verslaving in de Stuurgroep en in het kader van pilootacties te stimuleren. Daarnaast zal de nadruk worden gelegd op de dynamieken die men wil teweegbrengen bij jonge rokers, onder meer aan de hand van "motivatieworkshops" waarmee men jonge rokers ertoe wil aanzetten om hun gedrag te veranderen en anders met hun consumptie in de ruime zin van het woord om te gaan.

In 2009 werd een jaarbudget van bijna € 125.000 aan dit Plan besteed.

De belangrijkste actoren die door de FARES in de Stuurgroep worden gecoördineerd, zijn de *Fédération des Maisons médicales*, de *Société scientifique de Médecine générale*, de faculteiten geneeskunde en de *Service d'Étude et de Prévention du Tabagisme*.

3.14.3.5. De Plannen voor maatschappelijke cohesie

Alle maatregelen werden in 2005 onderzocht door een college van experts aangewezen door de Waalse Regering, dat aanbevelingen heeft geformuleerd in verband met de algemene aanpak van de problematiek, en met name over acties die betrekking hebben op de sociale determinanten (werk, huisvesting, opleiding, enz.).

Zo wordt maatschappelijke cohesie in het decreet van 6 november 2008¹⁰ betreffende het plan voor maatschappelijke cohesie in de steden en gemeenten van Wallonië voor wat betreft de aangelegenheden waarvan de uitoefening van de Franse Gemeenschap is overgeheveld, omschreven als alle processen die ertoe bijdragen dat alle individuen en groepen van individuen gelijke kansen en voorwaarden krijgen, alsook een daadwerkelijke toegang tot de fundamentele rechten en het economisch, sociaal en cultureel welzijn, ongeacht de nationale of etnische oorsprong, de culturele, godsdienstige of filosofische overtuiging, het maatschappelijk statuut, het sociaaleconomisch niveau, de leeftijd, de seksuele geaardheid, de gezondheid of de handicap.

Om maatschappelijke cohesie concreet te bevorderen ondersteunt het Waals Gewest de implementatie van een plan voor maatschappelijke cohesie op gemeentelijk niveau. De twee doelstellingen van het plan voor maatschappelijke cohesie zijn: de maatschappelijke ontwikkeling van de wijken en de bestrijding van alle vormen van bestaansonzekerheid, armoede en onveiligheid. Om deze twee doelstellingen te bereiken, resulteert het plan in gecoördineerde acties die streven naar een verbetering van de toestand van de bevolking

¹⁰ De plannen voor maatschappelijke cohesie vervangen van nu af aan de plannen voor buurtpreventie waarvan de pijler "verslavingen" onder de preventie viel. Om de verdeling van de bevoegdheden te respecteren heeft men het decreet van 6 november 2008 gebaseerd op de therapeutische aanpak en de benadering van de gezondheid in zijn geheel, binnen het grondgebied van de gemeente.

wat de *toegang tot de gezondheid en de behandeling van de verslavingen* betreft en verder ook wat de inschakeling in het maatschappelijk en het beroepsleven en het opnieuw aanhalen van de maatschappelijke banden en de banden tussen de generaties en de culturen betreft. Sommige gemeenten hebben dan ook projecten hierrond ingediend in 2009, overeenkomstig de inwerkingtreding van de regeling.

3.14.3.6. *Varia*

Daarnaast:

- neemt het Waals Gewest deel aan de Algemene Cel Drugsbeleid en aan de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Het Waals Gewest draagt bij tot de cofinanciering;
- werkt het Waals Gewest mee aan de Europese programma's Interreg II, III et nu IV, en ondersteunt het in het bijzonder het project "Grensoverschrijdend platform van drugsgebruiken en andere risicodragende gedragen", waardoor het op die manier met Frankrijk samenwerkt;
- wordt het zorgaanbod aangevuld met "facultatieve" subsidies die niet onder bovenvermelde programma's vallen; die zullen eventueel worden opgenomen in het gereguleerde systeem van de hulp- en zorgverleningsnetwerken en -diensten die gespecialiseerd zijn in verslavingen, of hebben betrekking op meer specifieke aspecten.

4. Principes en operationalisatie

4.1. Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid

De Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie Drugs zijn bevoegd voor het beleid inzake tabak, alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie. Deze groep van stoffen wordt verder 'drugs' genoemd.

De Cel en de Conferentie beschouwen het gebruik van drugs prioritair als een volksgezondheidsfenomeen. Niettemin moet een goed begrip van dit gebruik in een globale context worden gezien met inbegrip van essentiële domeinen zoals onderwijs, welzijn, maatschappelijke integratie, veiligheid en justitie, en andere domeinen zoals economie. Deze inclusie van alle relevante domeinen in een beleid, waarin tevens alle acties op elkaar afgestemd worden, wordt een 'globaal en geïntegreerd beleid' genoemd. Dit concept vormt de kern van het Belgisch drugsbeleid.

Een globaal en geïntegreerd beleid heeft nood aan preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, hulpverlening met inbegrip van risicobeperking, en repressie. Repressie ten aanzien van de gebruiker is een ultimum remedium.

Dit beleid baseert zich maximaal op objectieve en wetenschappelijke gegevens, die voldoende verankerd en teruggekoppeld zijn in de praktijk.

Het Belgisch drugsbeleid schakelt zich tevens in in de internationale verdragen en beleidsplannen.

De Algemene Cel Drugsbeleid, en haar werkcellen 'gezondheidsbeleid drugs', 'controle' en 'internationale samenwerking', en de Interministeriële Conferentie Drugs zijn de coördinatie- en overlegfora voor de operationalisatie van het globaal en geïntegreerd drugsbeleid en van deze Gemeenschappelijke Verklaring.

4.2. Preventie

Het preventiebeleid bestaat uit twee luiken, met name (a) preventie op het vlak van gezondheid en (b) preventie van druggerelateerde maatschappelijke overlast.

4.2.1. Preventie op het vlak van de gezondheid

Het **uitgangspunt** van preventie op het vlak van gezondheid is dat gebruik van psychoactieve stoffen vooreerst een volksgezondheidsprobleem is. De uitdaging voor beleid is bijgevolg het vermijden en indien mogelijk terugdringen van gezondheidsschade. Hiervoor is een globaal en geïntegreerd beleid nodig.

Belangrijk hierin is een duidelijke boodschap dat tabak, alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie gezondheidsschade kunnen veroorzaken (incl. de zogenaamde "softdrugs").

De **doelstelling** is een ontradingsbeleid te voeren ten aanzien van de niet-gebruikers en de gebruikers.

Voor de realisatie van deze doelstelling is het noodzakelijk de middelen, de randvoorwaarden, de strategieën, de sectoren en de doelgroepen af te bakenen.

De **middelen** zijn:

- Voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol te gebruiken of illegale drugs te nemen;
- De beginleeftijd van het beoogde gebruik uitstellen;
- Verantwoordelijk gedrag bevorderen door middel van het aanleren van vaardigheden in het maken van keuzes, onder meer door een beleid te voeren inzake risicobeperking;
- Vroegtijdige aanpak van het probleem stimuleren;
- Het aanbieden van psychosociale en medische hulp (in risicobeperking, vroeginterventie, doorverwijzing naar de hulpverlening en in de terugvalpreventie);
- Een gezonde leefomgeving nastreven (een rookvrije omgeving, een maximum alcohollimiet in het verkeer, het geven van duidelijke en aan de doelgroep aangepaste boodschappen, en dit zowel wat betreft de legale als illegale drugs).

De **randvoorwaarden** zijn:

- Afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden door de preventie- en zorgactoren te specificeren;
- De capaciteit voor uitvoering op het terrein optimaal en doelmatig aanwenden;
- Investeren in gevalideerde registratie, monitoring en proces- en effectevaluatie.

De **strategieën** zijn:

- Impact van de bestaande preventieve acties verbeteren door netwerking en overleg op lokaal, regionaal, gemeenschaps- en internationaal niveau te stimuleren ;
- Opleiden van volwassenen (al dan niet professionelen) die in nauw contact staan met verschillende levensdomeinen van jongeren;
- Methodieken integreren voor de verschillende producten (of productgroepen);
- Uitbouwen van rookstopbegeleiding;
- Vroegdetectie en vroeginterventie stimuleren;
- Systematische aandacht hebben voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden, gedetineerden) en genderverschillen.
- Uitvoeren van risicobeperkende initiatieven met het oog op het beperken van de overdracht van ziekten (HIV, hepatitis C), op het responsabiliseren van de gebruikers op het vlak van hun gezondheid, en op het geïnformeerd blijven over de praktijken in functie van het aanpassen van strategieën.

De **sectoren** zijn:

- De school
- De werkplek
- De vrije tijd (jeugdhuizen, uitgaansmilieu, discotheken, sportclubs, ...)
- De gevangenissen
- De voorzieningen van Bijzondere Jeugdzorg en de instellingen voor personen met een handicap

De **doelgroepen** zijn:

- De algemene bevolking
- De gezinnen
- De ouders van druggebruikers
- ...

De welzijns- en gezondheids- en sociale werkers die in contact staan met de jongeren, en de lokale overheden, en de gezinnen hebben een bijzondere rol te vervullen in de preventie op het vlak van gezondheid.

4.2.2. Sociale preventie : werk

4.2.2.1. Tabaksbeleid

De wet van 22 december 2009 betreffende een algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook voorziet een rookverbod vanaf 1 januari 2010 in alle afgesloten publieke ruimtes, de werkplaats en restaurants. Enkel de drankgelegenheden waar geen voedingswaar opgediend wordt en de speelhallen van type I zullen nog een rookzone kunnen installeren. Een wet die deze uitzonderingen ten laatste op 1 juli 2014 afschaft werd eveneens gepubliceerd op 29 december 2009. Zij laat bovendien de mogelijkheid om deze eerder af te schaffen bij Koninklijk Besluit.

4.2.2.2. Alcohol- en drugbeleid

Op het gebied van alcohol- en drugbeleid op het werk wenst de Minister van werk haar beleid op twee vlakken toe te spitsen.

Het gaat om enerzijds de verplichting voor iedere werkgever om een alcohol- en drugbeleid te voeren uit te breiden tot de overheidswerkgevers. Een CAO van de Nationale Arbeidsraad is enkel geldig voor de privé sector.

Anderzijds is het nodig om de invoering van een dergelijke verplichting te implementeren door het begeleiden van werkgevers, werknemers en preventiedeskundigen en door het toezicht op de naleving ervan te verzekeren. In de sensibilisatieplanning voor 2010 wordt voorzien:

- Het verspreiden van de brochure van de NAR: "Een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming. In overleg werken aan preventie".
- De realisatie van een brochure over goede praktijken op het vlak van preventie (praktijkgerichte aanpak).
- Een affichecampagne
- Infosessies voor leden van de hiërarchische lijn over de nieuwe CAO en het opstellen van een preventiebeleid
- Het Nationaal Opleidingscentrum zal in het voorjaar van 2010 een studienamiddag organiseren over alcohol en drugs op het werk. (nieuwe CAO)
- De volgende provinciale comités voor de bevordering van de arbeid zullen infosessies organiseren over een preventief alcohol- en drugsbeleid in de onderneming: Vlaams Brabant (voorjaar 2010), West-Vlaanderen (Hoever staat het met de preventie één jaar na de invoering van CAO 100 ?), Actiecomité voor de bevordering van de arbeid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (voorjaar 2010, in het Nederlands en in het Frans)
- In het ESF-project 'psychosociale risico's' zal expliciete aandacht besteed worden aan problematische alcohol- en drugsgebruik. Bijvoorbeeld: in het kader van de activiteit over "werkhervatting na lange afwezigheid". Het betreft hier personen die na lange

afwezigheid wegens burn-out, depressie (al dan niet ten gevolge van pesterijen), alcoholproblemen, een arbeidsongeval,... het werk hervatten en geconfronteerd worden met materiële en relationele problemen bij de herintegratie in het werksmilieu.

- Bovendien zal ook in de toekomst de nodige aandacht besteed worden aan deze problematiek via het verspreiden van nuttige informatie via de website www.werk.belgie.be, www.beswic.be en www.respectophetwerk.be

4.2.3. Preventie van druggerelateerde maatschappelijke overlast

Deze preventie omvat volgende beleidsdoelstellingen:

- Het systematisch en globaal in kaart brengen en analyseren van druggerelateerde maatschappelijke overlast-, criminaliteits- en onveiligheidsfenomenen op lokaal en supralokaal niveau, en dit in samenwerking met alle betrokken actoren.
- Het uitoefenen van structureel toezicht op en het evalueren van de tenuitvoerlegging van overeenkomsten en verbintenissen afgesloten met bestuurlijke overheden en politionele instanties in het kader van de aanpak van druggerelateerde maatschappelijke overlast-, criminaliteits- en onveiligheidsfenomenen.
- Het nemen van structurele initiatieven tot het inventariseren en doorlichten van de subsidiestromen ter financiering van werkingen en projecten ontwikkeld in het kader van de aanpak van de drugproblematiek vanuit de verschillende bevoegde overheden, met het oog op het meer transparant maken en rationaliseren van de bestaande financieringskanalen.
- Bestuurlijke overheden en politionele instanties ondersteunen bij het voorkomen, vaststellen en verminderen van druggerelateerde maatschappelijke overlast-, criminaliteits- en onveiligheidsfenomenen door het afsluiten van overeenkomsten en verbintenissen. In deze overeenkomsten worden enerzijds preventieacties ontwikkeld gericht op het informeren en sensibiliseren omtrent het bestuurlijk en politioneel beleid ter beteugeling van misdrijven met betrekking tot legale en illegale verdovende middelen en druggerelateerde maatschappelijke overlast, en anderzijds het psychosociaal begeleiden en maatschappelijk reïntegreren van probleemgebruikers, met bijzondere aandacht voor risicogroepen.
- Het initiëren en bevorderen van de ontwikkeling een lokaal integraal drugbeleid dat wordt tot stand gebracht door bestuurlijke overheden en politionele instanties, via begeleiding van lokale en supralokale projecten en processen, het aanreiken van goede methodes en werkpraktijken, het stimuleren van lokale en supralokale samenwerkingsverbanden en het aanbieden van adviezen en maatregelen inzake horizontale en verticale beleidsafstemming.

Voor de realisatie van deze beleidsdoelstellingen zullen de nodige middelen voorzien worden.

4.3. Hulpverlening

- Gegeven de complexiteit van de problemen (op het vlak van gezondheid, sociaal en economisch functioneren, veiligheid, schade aan de leefomgeving, criminaliteit) die met middelengebruik gepaard kunnen gaan is er nood aan een integrale hulpverleningsstrategie die vertrekt van een gezondheidsbenadering maar ook de andere dimensies – welzijn, maatschappelijke integratie – integreert.

Daarvoor is nodig dat alle relevante sectoren – horizontaal – geïntegreerd samenwerken en dat de bevoegde beleidsniveaus – verticaal – hun acties op elkaar afstemmen.

- Het hulpverleningsaanbod aan probleemgebruikers moet dermate gediversifieerd uitgebouwd zijn dat het zowel behandeling (cure), zorg (care) als begeleiding toelaat. Dit impliceert een brede waaier van zowel middelenspecifieke voorzieningen als meer algemene gezondheids- en welzijnszorgvoorzieningen. Een evenwichtige geografische spreiding is onontbeerlijk en moet onderzocht worden door rekening te houden met een schatting van de behoeften in functie van sociale, economische en culturele parameters van de grondgebieden.

Inhoudelijk wordt er voorzien in volgende hulpverleningsvormen die zowel ambulante als residentiële worden aangeboden: drugvrije behandeling, ontwenningbehandeling, behandeling door middel van vervangingsmiddelen, harm reduction, reïntegratie en nazorg, ... De behandelingen moeten in hun globaliteit opgevat worden, rekening houdend met andere factoren dan de drugproblematiek zelf.

Bijvoorbeeld: op individueel niveau moeten de meervoudige problematieken (dubbele diagnose, ...) in rekening genomen worden, alsook de problematieken die raken aan andere levensdomeinen : werk, huur, strafrechtelijke rehabilitatie, psychosociale problemen, ...

- De optimalisering van het hulpverleningsaanbod vereist overleg, samenwerking en coördinatie tussen alle niveaus en betrokkenen. Netwerkvorming leidt tot een kwantitatieve en kwalitatieve versterking van het aanbod. In het netwerk hoort zowel een algemeen als een specifiek aanbod thuis (met name gespecialiseerde behandeling, medische zorgen en meer algemene begeleiding).

Dit kan uitmonden in zorgcircuits waarbij, onder impuls van de zorgcoördinatoren, een geheel van zorgprogramma's en zorgtrajecten worden aangeboden aan bepaalde doelgroepen of aan de creatie van pluridisciplinaire netwerken van actoren, die door één bepaald thema worden gemobiliseerd, met het optimaliseren van hun praktijken als doelstelling. Deze praktijken moeten voortdurend aangepast worden aan de evoluerende behoeften. Dit alles faciliteert in fine de doorverwijzing van de doelgroepen in functie van een méér efficiënte begeleiding van de individuen die zij samenstellen.

- De zorg voor personen met een drugprobleem vraagt een bijzondere bekwaamheid langs de ene kant en creëert, langs de andere kant, een moeilijkheid zoals het tekort

aan professionals of de behoeften die niet vervuld worden (wachlijsten). Men moet de vorming van zorgverstrekkers aanmoedigen.

- Het case-management dient gestimuleerd, inzonderheid voor specifieke doelgroepen.

Deze methodiek zorgt voor een geïndividualiseerde hulpverlening en voor een betere opvolging, het versterkt de afstemming tussen de hulpverleningsvoorzieningen en vergemakkelijkt de integrale aanpak waarbij gerelateerde problemen (huisvesting, tewerkstelling).

- Er is in de drughulpverlening nood aan een grote toegankelijkheid, met een bijzondere aandacht voor doelgroepen die vooralsnog onvoldoende worden bereikt en/of waarvoor geen specifiek uitgewerkte hulpverleningsstrategie voorhanden is: dubbele diagnosepatiënten, probleemgebruikers - ouders, gedetineerden, illegalen, etnische minderheden, daklozen, gezinsleden van probleemgebruikers.
- Gegeven de vaststelling dat de strafrechtsbedeling niet is toegerust voor het oplossen van individuele drugsproblemen dient de samenwerking tussen justitie en de drughulpverlening verder gestimuleerd, dit op basis van een wederzijds respect voor elkaars – verschillende – finaliteit, en met inachtnaam van de essentiële randvoorwaarden, waaronder een absoluut respect voor het beroepsgeheim.
- Evidence-based praktijken dienen gestimuleerd en verspreid te worden. Het evaluatie-onderzoek moet verder worden gestimuleerd en uitgebouwd zodat ook effect- en follow-up onderzoek mogelijk worden. Het dient de basis te vormen van de strategische keuzes die inzake het hulpverleningsaanbod inzake middelengebruik dienen gemaakt.
- De realisatie van een globaal en geïntegreerd hulpverleningsaanbod dat voldoende capaciteit heeft en beantwoordt aan de kwaliteitsnormen, vergt onverminderde budgettaire inspanningen. De bevoegde overheden dienen, niet alleen op de onderscheiden beleidsniveaus maar ook in het kader van een optimale verticale afstemming van het drugsbeleid, ten volle hun financiële verantwoordelijkheid te nemen.
- De verschillende bevoegde overheden, vertegenwoordigd in de AC, schakelen zich in, ook op het vlak van het terugdringen van de vraag en de uitbouw van het hulpverleningsaanbod, in het Drugs Actie Plan (2009-2012) van de EU.

4.4. Repressie

4.4.1. Justitie wil zich verder inschrijven in een globaal en geïntegreerd drugsbeleid, gericht op effectieve ontrading via preventie, hulpverlening en repressie.

Aandacht dient besteed aan een betere en vernieuwde communicatie naar de bevolking.

In die optiek lijkt het aangewezen om af te stappen van het vaak verkeerd geïnterpreteerde begrip 'gedoogbeleid' en te bespreken over een consequent ontradingsbeleid.

Het globale beleid van de verschillende bij het beleid betrokken overheden moet consequent zijn, met respect van elkaars eigenheid en finaliteit.

Strafbaarstelling is een essentieel bestanddeel van het preventiebeleid, als signaal dat de overheid drugsgebruik niet aanvaardt.

Voor justitie is het een permanente zorg dat een evenwicht bewaard wordt tussen de normstelling in de wet en toepassing ervan in de maatschappelijke context.

Het is van wezenlijk belang dat de acties die ondernomen worden om drugsgebruikers te helpen of risico's te verminderen systematisch geëvalueerd worden wat betreft hun invloed op de aanbodmarkt en wat betreft hun negatieve effecten.

4.4.2. Justitie moet gepast en gedoseerd reageren op strafbare feiten.

Wat de controle van het drugsaanbod betreft kiezen we voor een versterkt repressief beleid.

De strijd tegen de drugsproductie en -handel vormt de eerste prioriteit van elk strafrechtelijk beleid dat een beperking van het drugsgebruik en drugsgerelateerde delinquentie beoogt.

Deze strijd dient ondersteund te worden door een beleid dat georiënteerd is op de reductie van de vraag.

4.4.3. De inspanningen om het aanbod te doen afnemen dienen opgevoerd met name door een betere synergie tussen de plannen van de verschillende departementen.

Dit zal bevorderd worden door het opstellen van een kadernota inzake integrale veiligheid waarbij extra aandacht zal worden besteed aan de veiligheidsketen.

De gemaakte keuzes dienen gesteund op objectieve gegevens.

Het Nationaal Veiligheidsplan en de actieplannen van het Openbaar Ministerie (o.m. College van Procureurs-generaal, Federaal Parket, parketten) dienen rekening te houden met de krachtlijnen van deze kadernota.

4.4.4. In afwachting hiervan wordt werk gemaakt van het opstellen van concrete geïntegreerde actieplannen, inzonderheid tussen de justitiële en politionele overheden, in uitvoering van het Nationaal Veiligheidsplan 2008-2011.

De acties van binnenlandse zaken afhangende overheden, de inzet van personeel en opsporingsmiddelen en -methodes dienen afgestemd met de justitiële autoriteiten om op deze manier te leiden naar een consequent opsporing- en vervolgingsbeleid.

De verschillende drugsfenomenen/prioriteiten dienen op een gestructureerde wijze te worden aangepakt, gericht op het in beeld brengen van de volledig criminele drugsketen, inclusief het onderzoek naar de herkomst van de drugs, de opdrachtgevers en top van de organisatie, de afzetmarkt, de criminele opbrengsten,...

Bijzondere aandacht dient besteed aan beeldvorming van het fenomeen en informatiedoorstroming.

4.4.5. Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van de financiële middelen die door Federaal Wetenschapsbeleid ter beschikking worden gesteld. Dankzij deze middelen kunnen de gepaste onderzoeksprojecten opgestart worden en de resultaten van de onderzoeksprojecten op de meest efficiënte wijze geëxploiteerd worden.

4.4.6. Justitie schakelt zich verder in in het drugsbeleid uitgetekend door de Verenigde Naties en de Europese Unie.

Conform de Schengen Uitvoeringsovereenkomst mag ons land geen nadelige effecten ondervinden van het gevoerde drugsbeleid van de buurlanden.

De veranderingen in het drugsbeleid van de buurlanden zullen systematisch geëvalueerd worden wat betreft hun impact op het aanbod van illegale drugs of overlast in België. Omgekeerd zullen de maatregelen om het aanbod in België te verminderen eveneens bekeken worden op regionaal en/of internationaal niveau.

De politionele en justitiële samenwerking en overleg met de aangrenzende landen zal geïntensiveerd worden, zodat deze een structureel karakter krijgen opdat de grensoverschrijdende drugscriminaliteit efficiënter kan bestreden worden, de gegevens maximaal uitgewisseld worden, rechtshulpverzoeken adequaat worden opgevolgd en uitgevoerd,...

4.4.7. Wat betreft de aanpak van drugsgebruikers en verslaafden gaan we hier ook verder op de ingeslagen weg.

Voor deze groep willen we alternatieven voor een gerechtelijke sanctie stimuleren en een maximale doorverwijzing naar de hulpverlening, dit op alle echelons van de strafrechtelijke keten (parket, probatie, bemiddeling in strafzaken, strafuitvoering,...)

Het is belangrijk dat de actoren hun vertrouwd actiedomein kunnen overschrijden en achterhalen hoe ze kunnen bijdragen tot de doelstellingen van andere sectoren inzake drugsbeleid.

De samenwerking tussen justitie en hulpverlening dient verder uitgebouwd, uitgaande van de mogelijkheid van hulpverlening voor personen onder drang en het bewerkstellingen van brugfuncties onder de vorm van casemanagement.

De subsidiering van de alternatieve maatregelen via Globaal Plan aan FOD Justitie inzake drugsbegeleiding dient herbekeken. Justitie moet ondanks de drang kunnen beroep doen op het hulpaanbod van Volksgezondheid om zodoende de continuïteit in behandelingsprogramma's te garanderen.

4.5. Wetenschappelijk onderzoek

Het samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid geeft een bijzondere plaats aan 'het verkrijgen van een globaal en geïntegreerd drugsbeleid geeft een bijzondere plaats aan 'het verkrijgen van een globaal inzicht in alle aspecten van de drugproblematiek, rekening houdend met persoonsgebonden, nationale, culturele en andere eigenheden' (artikel 1, alinea 1). Deze transversale doelstelling vereist, onder andere, het ontwikkelen en mobiliseren van noodzakelijke wetenschappelijke kennis in functie van een globaal en geïntegreerd drugsbeleid in België.

Binnen het kader van haar bevoegdheden wenst Federaal Wetenschapsbeleid deze uitdaging aan te gaan door middel van een onderzoeksprogramma dat een financiering toelaat, op jaarbasis, van onderzoeksprojecten.

De principes van het programma zijn :

- De wetenschappelijke uitnemendheid en de integratie op het internationale niveau ;
- De bundeling, met respect van de bevoegdheden van de betrokken partijen, van sleutelvragen die meerdere bevoegdheidsdomeinen omvatten. Deze bundeling biedt tevens een coherent kader dat de fragmentatie van onderzoeken beperkt. De onderzoeksthema's zullen zich baseren op de strategische oriëntaties van het Belgisch drugsbeleid, zoals aanvaard door de Interministeriële Conferenties Drugs.
- Het toevlucht tot een pallet aan financieringsschema's die een flexibele samenwerking toelaten met andere entiteiten (andere federale departementen, gemeenschaps- en gewestelijke overheden, internationale organisaties en andere landen).

De rol van Federaal Wetenschapsbeleid zal, onder meer, liggen in het aanleveren van een erkende deskundigheid op het vlak van het beheer van programma's en onderzoeksprojecten.

Een dergelijk programma, dat ten dienste van allen staat, vereist eveneens de medewerking van éénieder. De complementariteit tussen de onderzoeken die door Federaal Wetenschapsbeleid gefinancierd worden en deze die door andere overheden worden gefinancierd kan immers uitsluitend gagarandeerd worden door het regelmatig samenbrengen van de beschikbare informatie. Federaal Wetenschapsbeleid wenst hieraan bij te dragen in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en haar partners, met name de subfocal points in de gefedereerde entiteiten.

De Algemene Cel Drugsbeleid neemt de wetenschappelijke kennis in rekening bij het bepalen van haar beleid. Ze consulteert hiertoe de actoren, ondermeer via ad-hoc werkgroepen.

De Algemene Cel Drugsbeleid steunt het wetenschappelijk onderzoek naar drugs en druggebruik zoals het al wordt uitgevoerd door diverse actoren waaronder onder de federale overheid, Gemeenschappen en Gewesten, elk met inhoudelijk uiteenlopende expertise. Het betreft ondermeer de universitaire onderzoeksgroepen, het Belgisch nationaal focal point voor het EMCDDA (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, de Vereniging voor Alcohol en andere Drugsproblemen, CTB-ODB, Eurotox, SPZ), de onderzoeksafdelingen van behandelingscentra, de federale politie.

Het wetenschappelijk onderzoek betreft enerzijds onderzoek naar aspecten van het aanbod, zoals productie, prijs en beschikbaarheid. Het betreft anderzijds onderzoek naar aspecten van de vraag naar illegale drugs, meer bepaald op het vlak van de preventie en behandeling van gebruik, en op het vlak van de epidemiologie van drugs en druggebruik.

Het onderzoek naar het aanbod en het epidemiologisch onderzoek zullen beiden dienen te beantwoorden aan de zich wijzigende eisen van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD), zowel wat betreft methode als inhoud. Momenteel kunnen 6 thema's worden onderscheiden. Ten eerste, de (monitoring van de) samenstelling van de in omloop zijnde nieuwe en gevaarlijke substanties, zowel op het niveau van de gebruikers als de groothandel (Early Warning System). Dit dient te gebeuren in samenwerking met de EWS-systemen van de Vlaamse en Franse Gemeenschap, de federale politie en alle gespecialiseerde laboratoria. Ten tweede, het intensief, problematisch druggebruik van heroïne, cocaïne, amfetamine en cannabis, door diverse groepen zoals gevangenen, vrouwelijke sex werkers, jongeren en het uitgaansmilieu. Ten derde, de infectieuze aandoeningen gerelateerd aan injecterend druggebruik. Ten vierde, de druggereleerde sterfte in de algemene bevolking en bij problematische, intensieve gebruikers. Ten vijfde, de beschrijving van de vraag naar een behandeling voor drug- of alcoholgebruik. Ten zesde, het druggebruik in de algemene bevolking.

De Algemene Cel Drugsbeleid zal adviseren aangaande de onderzoeksprioriteiten na overleg met de onderzoeksinstellingen en de diensten actief met betrekking tot preventie en hulpverlening.

4.6. Internationaal

Het globaal en geïntegreerd drugsbeleid schrijft zich in een externe dimensie in door zijn materiële realiteit (evolutie van het drugfenomeen op wereldvlak), door zijn theoretische en juridische basis (Europese Drugsstrategie, Verdragen van de Verenigde Naties) en door zijn uitdrukking (multilaterale ruimtes, bilaterale relaties, ...). Het is deze externe dimensie die de aandacht zal krijgen van de Cel Internationale Samenwerking van de ACD.

Onder dit oogpunt zou de Algemene Cel Drugsbeleid, en meer bepaald de Cel Internationale Samenwerking, in lijn met zijn algemene functie, moeten opgevat worden als een bevoorrecht instrument van coherentie in het beheer van de externe dimensie van het globaal en geïntegreerd drugsbeleid. Om dubbelgebruik te vermijden, zal het belangrijk zijn dat de Cel zich strikt houdt aan zijn mandaat, met name het garanderen van de coherentie in het Belgisch drugsbeleid, in voorkomend geval voor wat betreft zijn externe dimensie. De strikt operationele elementen zullen dus slechts door de Cel behandeld worden in de mate dat ze raken aan de coherentie in dit beleid.

De Cel Internationale Samenwerking van de ACD zal de bestaande coördinatiemechanismen voor de Belgische positie of vertegenwoordiging, zoals deze werden opgesteld door diverse Belgische instellingen in het kader van hun bevoegdheden (FOD Volksgezondheid, FOD Justitie, gemeenschappen, Federale Politie, ...), niet vervangen. Zij zal ten aanzien van deze bestaande systemen van coördinatie of vertegenwoordiging een complementaire en ondersteunende bijdrage leveren.

In deze rol zal de Cel diverse middelen gebruiken, waaronder vooral de informele coördinatie, ongeacht de formele coördinatie, en de uitwisseling van informatie.

De relevante internationale documenten voor de realisatie van dit beleid zijn :

- EU Drugs strategy 2005-2012
- EU Drugs action plan 2009-2012
- WHO Framework Convention on Tobacco Control
- Framework for alcohol policy in the WHO European Region
- EU Strategy to support Member States in reducing alcohol related harm
- United Nations Single Convention on Narcotic Drugs, 1961
- United Nations Convention on Psychotropic Substances, 1971
- United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances, 1988

Ook Defensie heeft een rol met betrekking tot de internationale dimensie door de inzet van militaire middelen teneinde de productie of het transport van drugs te voorkomen.

Pour l'Etat fédéral,
Voor de Federale Staat,

Laurette Onkelinx,
Vice-première Ministre et Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,
chargée de l'Intégration Sociale
Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Maatschappelijke Integratie

Yves Leterme,
Eerste Minister,
belast met de Coördinatie van het Migratie- en asielbeleid
Premier Ministre,
chargé de la Coordination de la Politique de migration et d'asile

Joëlle Milquet,
Vice-Première Ministre et Ministre de l'Emploi et de l'Egalité des chances,
chargée de la Politique de migration et d'asile
Vice-Eerste Minister en Minister van Werk en Gelijke Kansen,
belast met het Migratie- en asielbeleid

Steven Vanackere,
Vice-Eerste Minister en Minister van Buitenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen
Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires étrangères et des Réformes institutionnelles

Didier Reynders,
Vice-Premier Ministre et Ministre des Finances et des Réformes institutionnelles
Vice-Eerste Minister en Minister van Financiën en Institutionele Hervormingen,

Stefaan De Clerck,
Minister van Justitie
Ministre de la Justice

Annemie Turtelboom,
Minister van Binnenlandse Zaken
Ministre de l'Intérieur

Sabine Laruelle,
Ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique
Minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid

Pieter De Crem,
Minister van Landsverdediging
Ministre de la Défense

Vincent Van Quickenborne,
Minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen
Ministre pour l'Entreprise et la Simplification

Michel Daerden,
Ministre des Pensions et des Grandes villes
Minister van Pensioenen en Grote Steden

Melchior Wathelet,
Secrétaire d'Etat au Budget, adjoint au Ministre du Budget,
Secrétaire d'Etat à la Politique de migration et d'asile, adjoint à la Ministre chargée de la Politique de migration
et d'asile, et en ce qui concerne la Coordination de la Politique de migration et d'asile,
adjoint au Premier Ministre,
Secrétaire d'Etat à la Politique des familles, adjoint à la Ministre de l'Emploi, et en ce qui concerne les aspects du
droit des personnes et de la famille, adjoint au Ministre de la Justice, et
Secrétaire d'Etat aux Institutions culturelles fédérales, adjoint au Premier Ministre
Staatssecretaris voor Begroting, toegevoegd aan de Minister van Begroting
Staatssecretaris voor Migratie-en asielbeleid, toegevoegd aan de Minister belast met Migratie- en asielbeleid, en
wat de Coördinatie van het Migratie- en asielbeleid betreft, toegevoegd
aan de Eerste Minister
Staatssecretaris voor Gezinsbeleid, toegevoegd aan de Minister van Werk, en wat de aspecten inzake personen-
en familierecht betreft, toegevoegd aan de Minister van Justitie
Staatssecretaris voor de Federale Culturele Instellingen, toegevoegd aan de Eerste Minister

Etienne Schouppe

Staatssecretaris voor Mobiliteit, toegevoegd aan de Eerste Minister
Secrétaire d'Etat à la Mobilité, adjoint au Premier Ministre

Philippe Courard

Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjoint à la Ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale
Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de Minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie

Pour la Région Wallonne,
Voor het Waals Gewest,

Paul Furlan,

Ministre des Pouvoirs locaux, de la Ville et du Tourisme

Eliane Tillieux,

Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,
Pour la communauté flamande et la Région flamande.

Jo Vandeurzen

Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Communauté Française,
Voor de Franse Gemeenschap.

André Antoine,

Vice-Président,

Ministre du Budget, des Finances, de l'Emploi, de la Formation, des Sports et de la politique aéroportuaire

Fadila Laanan,

Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des chances

Pour la Région de Bruxelles-capitale,
Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Charles Picqué,

Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles Capitale
Minister-president van de Regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Pour la Communauté germanophone,
Für der Deutschsprachige Gemeinschaft,

Harald Mollers,
Minister für Familie, Gesundheit und Soziales,
Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales,

Pour la Commission Communautaire Commune,
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie,

Benoît Cerexhe,
Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), belast met Gezondheidsbeleid en Openbaar Ambt

Jean-Luc Vanraes,
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM), belast met Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen
Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures

Pour la Commission Communautaire Française,
Voor de Franse Gemeenschapscommissie,

Benoît Cerexhe,
Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargé de la Fonction publique, de la Politique de la Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes

