

FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID



Université  
de Liège



**“DO’S AND DON’TS IN EEN INTEGRAAL EN GEÏNTEGREERD DRUGBELEID”**

**-Samenvatting-**

Coördinator: Prof. Dr. B. De Ruyver (UGent)

Promotoren / Promoteurs: Prof. Dr. A. Lemaître (ULg)

Prof. Dr. M. Born (ULg)

Prof. Dr. Paul Ponsaers (UGent)

Dr. Wouter Vanderplasschen (UGent)

Onderzoekers / Chercheurs: Sara Van Malderen (UGent)

Mathieu Chapeau (ULg)

Filip Cammaert (UGent)

Anne Moës (ULg)

Sofie Vindevogel (UGent)

De studie kadert binnen het “Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs”, in opdracht van en gefinancierd door de POD Wetenschapsbeleid

## **I. INLEIDING**

### **1. Doelstelling**

Met de komst van de Federale Drugnota van 2001 werd een integraal en geïntegreerd drugbeleid geïntroduceerd in België (Federale Regering, 2001). Met deze nota wordt een louter strafrechtelijke aanpak verlaten en gekozen voor een normaliseringsbeleid waarbij het drugprobleem in de eerste plaats wordt beschouwd als een probleem van volksgezondheid. Preventie en hulpverlening zijn prioritair in de aanpak van het drugprobleem met repressie als laatste redmiddel. Met dit onderzoek “Do’s and don’ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid” wordt er nagaan in welke mate er reeds sprake is van een integraal en geïntegreerd drugbeleid met als doel goede praktijken en richtlijnen aan te reiken om dergelijk beleid (verder) uit te bouwen in België.

### **2. Onderzoeksvragen en methodologie**

Om deze doelstelling te bereiken wordt een antwoord geformuleerd op volgende onderzoeksvragen:

*1/ Welke beleidsactoren, bouwstenen en randvoorwaarden zijn noodzakelijk om een effectief integraal en geïntegreerd drugbeleid te implementeren in België?*

Om deze vraag te beantwoorden werd een literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij evaluatiestudies werden geanalyseerd om effectieve vormen of good practices van samenwerking tussen de verschillende beleidssectoren (welzijn – en gezondheidssector, preventie, hulpverlening, politie en justitie) te identificeren.

→ Ten eerste kan op deze wijze worden nagaan ‘wat’ er werkt of *welke interventies effectief zijn* gebleken op basis van bestaande (inter)nationale evaluatiestudies. Ten tweede wordt er een antwoord gegeven op de ‘hoe’ vraag of op *welke wijze een interventie wordt geïmplementeerd* en welke sterke en zwakke punten en randvoorwaarden zijn.

*2/ Zijn deze beleidsactoren, bouwstenen en randvoorwaarden om een effectief integraal en geïntegreerd drugbeleid te implementeren ook aanwezig in België?*

Hiervoor werden actoren, bevoegdheden, overlegfora en samenwerkingsverbanden tussen de beleidssectoren en de verschillende bevoegdheidsniveaus verantwoordelijk voor het drugbeleid geïnventariseerd. Zowel actoren of samenwerkingsverbanden die institutioneel zijn vastgelegd werden in kaart gebracht als overlegorganen en samenwerkingsverbanden tussen actoren actief in het drugbeleid die niet zijn geïnstitutionaliseerd maar wel zijn opgezet in het werkveld.

→ Op basis van deze gegevens wordt nagegaan welke actoren, bevoegdheden en samenwerking er reeds bestaan en welke samenwerkingsverbanden nog mogelijk zijn in het licht van de praktijken die eerder werden geïdentificeerd in het literatuuronderzoek.

*3/Hoe dient een integraal en geïntegreerd drugbeleid te worden opgezet? Wat zijn do’s en don’ts bij het implementeren van samenwerkingsverbanden?*

Met deze onderzoeksvraag worden de mogelijkheden en problemen met de implementatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid in kaart gebracht aan de hand van interviews en focusgroepen.

→ Op deze manier kan worden nagegaan of het haalbaar is om intersectorale interventies te implementeren in de praktijk en wat knelpunten en randvoorwaarden zijn voor de realisatie van een integraal en geïntegreerd drugbeleid.

Op basis van het doorlopen van de onderzoeksfases en het beantwoorden van bovengenoemde onderzoeksvragen worden beleidsaanbevelingen geformuleerd en een draaiboek voor het opzetten van good practices in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid opgemaakt<sup>1</sup>.

*Uitbreiding onderzoek/ Kunnen op basis van sociaalwetenschappelijke criteria van betrouwbaarheid en geldigheid methoden en technieken worden uiteengezet zodat beleidsrichtlijnen kunnen geëvalueerd worden?*

Met deze bijkomende onderzoeksvraag wordt een evaluatiemethodiek ontworpen dat toelaat beleidslijnen, zoals ministeriële richtlijnen, richtlijnen van het College van Procureurs-generaal, de federale beleidsnota en nationale en lokale veiligheidsplannen te evalueren. Hiervoor wordt bestaande (inter)nationale literatuur binnen het domein van het evalueren van het openbaar beleid, geanalyseerd. Nadien wordt een inventaris van de verschillende methoden en technieken opgemaakt die gangbaar zijn in de sociale wetenschappen.

→ Op deze manier wordt een evaluatiemethodiek of draaiboek voor het uitvoeren van evaluaties aangereikt.

## **II. CONCEPTUEEL KADER: NAAR EEN INVULLING VAN EEN INTEGRAAL EN GEÏNTEGREERD DRUGBELEID**

### **1. Begripsomschrijving en afbakening van het onderzoek: naar een invulling van “integraal en geïntegreerd drugbeleid”**

Met de komst van de Federale Drugnota van 2001 werd een integraal en geïntegreerd drugbeleid geïntroduceerd in België (Federale Regering, 2001). Een integrale en geïntegreerde benadering van het drugfenomeen waar een gezondheidsbenadering wordt benadrukt, staat centraal in Belgische beleidsdocumenten en vormt ook het uitgangspunt op Europees niveau (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006, 2007; Raad van de Europese Unie, 2004, 2005).

Toch heeft in de (wetenschappelijke) literatuur een “*integraal en geïntegreerd drugbeleid*” als concept eerder de status van een containerbegrip. Het is een modeterm die willekeurig wordt gehanteerd zonder dat de precieze invulling helemaal duidelijk is.

In dit onderzoek verwijst “*integraal*” naar ‘allesomvattend’, ‘volledig’. Het drugfenomeen is een multidimensionaal gegeven dat bestaat uit verschillende dimensies en bijgevolg ook in al haar facetten moet worden aangepakt. Het drugfenomeen heeft betrekking op gezondheidsaspecten, (sociaal)-economische- veiligheid- en internationale aspecten waar zowel de vraag- als de aanbodzijde deel uitmaken van het beleid (De Pauw, 2007; De Ruyver, 2007; De Ruyver, Casselman, Meuwissen, Bullens, & Van Impe, 2000; Decorte et al., 2004). Waar de reductie van de vraagzijde bestaat uit interventies met als doel de persoonlijke weerstand ten aanzien van druggebruik te verhogen, is de reductie van de aanbodzijde gericht naar interventies met als doel de toegang tot en gebruik van drugs te reduceren (Pentz, 2003). Een integraal drugbeleid bestaat daarom uit verschillende beleidssectoren waardoor zowel welzijn- en gezondheids, preventieve als hulpverlenende en repressieve elementen worden samengebracht.

“*Geïntegreerd*” houdt direct verband met een integrale benadering. Een aanpak waarbij er wordt ingewerkt op alle aspecten van het drugfenomeen (integraal) vereist de betrokkenheid van alle relevante actoren en diensten die de verschillende sectoren vertegenwoordigen (geïntegreerd). Samenwerking en afstemming tussen actoren is dan ook noodzakelijk (Heed, 2006). Zowel een horizontale afstemming tussen sectoren als een verticale afstemming tussen alle bevoegdheidsniveaus is vereist om het drugfenomeen vanuit verschillende invalshoeken aan te pakken. De diverse bevoegdheidsdomeinen (welzijn, volksgezondheid, politie en justitie, ruimtelijke ordening, sociale

---

<sup>1</sup> De beleidsaanbevelingen kunnen geraadpleegd worden in het eindrapport.

Het ‘Draaiboek voor het opzetten van good practices in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid’ is te vinden als bijlage van het onderzoek op de website van het Federaal wetenschapsbeleid: [www.belspo.be](http://www.belspo.be)

zaken,...) betrokken bij de aanpak van het drugfenomeen situeren zich immers zowel op federaal, gewestelijk- en gemeenschapsniveau als op provinciaal en lokaal niveau.

In dit onderzoek verwijzen we naar “*drugbeleid*” als de aanpak van het drugfenomeen ongeacht het gaat om illegale of legale drugs. In alle EU lidstaten is het drugbeleid in eerste instantie immers een gezondheidsbeleid waarbij het onderscheid legale vs. illegale drugs enkel juridisch-criminologisch relevant is (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006).

Algemeen kan gesteld worden dat een integraal en geïntegreerd drugbeleid niet eenzijdig is gericht naar één welbepaald aspect, maar waar verschillende domeinen, beleidssectoren en bijgevolg verschillende actoren actief in deze domeinen worden verenigd (Coppel, 2008). Een integraal en geïntegreerd drugbeleid moet dan ook kaderen in een algemeen sociaal en welzijnsbevorderend beleid (Roose, 2004; Van Cauwenberghe, 2004; Vandenberghe, 1998; Vlaamse overheid). De drugproblematiek is immers een volksgezondheidsprobleem. De objectieven van de verschillende beleidssectoren zijn echter wel divers en onderling verschillend. Een integraal en geïntegreerd drugbeleid gaat dan ook niet alleen over de objectieven van een drugbeleid maar evenzeer over de wijze waarop het drugbeleid de verschillende objectieven wil bereiken. De doelstellingen worden bereikt via een integrale en geïntegreerde methode.

## 2. Identificatie van sectoren

Aangezien een integraal en geïntegreerd drugbeleid verschillende domeinen bestrijkt worden in dit onderzoek vier *sectoren* gehanteerd. Deze classificatie weerspiegelt de verschillende sectoren betrokken in het drugbeleid (cf. onderstaande tabel) .

Sectoren en subcategorieën				
Sector	Welzijn- en gezondheid	Preventie	Hulpverlening	Veiligheid
Subcategorie	Niet-drugspecifiek	Drugspecifiek Harm reduction Vroeginterventie	Drugspecifiek	Drugspecifiek (interventies die zich situeren op de verschillende echelons van de strafrechtsbedeling)
Aangrijpingspunt	Vraagzijde			Aanbodzijde

Op basis van voorgaande invulling van “integraal en geïntegreerd drugbeleid” is de betrokkenheid van minimaal twee sectoren vereist. De nadruk ligt op intersectorale interventies, interventies tussen verschillende sectoren betrokken in het drugbeleid.

## III. RESULTATEN PER ONDERZOEKSFASE

### 1. Literatuurstudie

Interventies waar verschillende sectoren samenwerken en dus verschillende beleidsdoelstellingen worden nagestreefd zijn het meest belovend en meest effectief (Kibel & Holder, 2003). Verscheidene intersectorale interventies kunnen geïdentificeerd worden als good practices. Hieronder worden deze kort besproken.

#### *- Intersectorale interventies in kader van de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie:*

Evaluatiestudies tonen ook aan dat de oriëntatie van druggebruikers die in contact komen met politie of justitie op elk echelon van de strafrechtsbedeling een effectieve praktijk is in het verminderen van druggebruik en druggerelateerde criminaliteit (Barton, 1999a; De Ruyver, Ponsaers et al., 2007; Holloway, Bennett, & Farrington, 2005; Institute for Criminal Policy Research, 2007; Koeter & Bakker, 2007; Mazerolle et al., 2007; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004; Seeling,

King, Metcalfe, Tober, & Bates, 2001; Skodbo et al., 2007; Stevens. et al., 2005; van Ooyen-Houben, 2008). Voorbeelden van good practices zijn “arrest referral schemes”, “Proefzorg”, “drug courts”, “Prison Throughcare Project”, “CARAT”.

Langs de kant van de hulpverlening is een onvoldoende toereikend en afgestemd hulpverleningsaanbod de grootste valkuil. Deze praktijken betekenen een extra instroom van cliënteel met als gevolg een grotere druk op hulpverleningscentra. Om dit te ondervangen en de doelstelling en samenwerking niet te ondermijnen, moet het aanbod worden aangepast door meer plaatsen te creëren en afgestemd op de doelgroep.

Studies tonen aan dat terugvalpreventie groter is indien niet enkel de drugproblematiek wordt aangepakt maar er ook gewerkt wordt rond een verbetering op de andere levensdomeinen: woon- en werksituatie, vrijetijdsbesteding.

#### ***- Intersectorale interventies in het kader van de toeleiding naar arbeid***

Deze hebben als doel een hulpverleningsprogramma op te starten om te werken aan de individuele drugproblematiek om vervolgens te werken aan de verbetering van andere levensdomeinen door middel van arbeidstoeleiding. Hier kan het “Arbeidstoeleidingsproject voor mensen met een verslavingsachtergrond” in Nederland worden vermeld. Als grootse knelpunt wordt gewezen op de matige inbedding in de verslavingszorg van het project.

#### ***- Intersectorale interventies in het kader van de dag- en nachtopvang en toeleiding naar woonprojecten***

In het kader van dag- en nachtopvang is het de bedoeling om dakloze druggebruikers een alternatieve dagbesteding aan te bieden in de plaats van drugs te gebruiken op straat. Met deze opvang worden (basis)voorzieningen aangeboden. Deze praktijk zorgt voor een vermindering van overlast op straat, een daling van het heroïnegebruik ten gunste van methadongebruik met als gevolg een verbetering op de levensdomeinen en een reductie van druggerelateerde criminaliteit (Coppel, 2008; Wits, Biesma, Garretsen, & Bieleman, 1999).

In het kader van woonprojecten voor druggebruikers wordt er gezorgd voor een woonst maar er wordt ook hulpverlening aangeboden om te werken aan de drugproblematiek om in een volgende stap ondersteuning te beiden in de zoektocht naar werk.

#### ***- Intersectorale interventies in het kader van harm reduction: gebruikersruimten***

Deze praktijk komt tot stand om drugsoverlast aan te pakken en de gezondheidssituatie van de druggebruiker te verbeteren door druggebruikers minder aanwezig te laten zijn in het straatbeeld en door zorgvoorzieningen aan te bieden met de installatie van gebruikersruimten. Druggebruikers kunnen beroep doen op algemene medische voorzieningen maar ook drughulpverlening zoals substitutiebehandeling en begeleidende gesprekken. Gebruikersruimten zijn belovend om drugoverlast aan te pakken en dragen bij aan een gezondheidsverbetering van druggebruikers en schadebeperking (Spijkerman et al, 2002; van der Poel et al, 2003; Zurhold, 2003; Bieleman, et al, 2007) .

De weerstand van omwonenden kan de installatie of voortbestaan van gebruikersruimten verhinderen. Niettemin is aanvaarding door buurtbewoners mogelijk indien ook voor hen de voordelen van gebruikersruimten wordt ervaren (reductie drugoverlast in de openbare ruimte).

#### ***- Intersectorale interventies in het kader van preventie en vroeginterventie***

Hier zijn het “Communities that Care” project en het “FreD goes net” project voorbeelden van good practices. Dergelijke praktijken vetrekken vanuit het groeiend geloof in de criminologische wetenschappen dat de aanpak van risico- en beschermende factoren de beste manier is om toekomstige sociale problemen waaronder (problematisch) druggebruik te voorkomen. Aan de hand van school surveys en andere registraties worden risico- en beschermende factoren in kaart gebracht en een profiel opgemaakt van deze factoren om hier praktijken met partners rond op te zetten.

#### ***- Intersectorale interventies met de betrokkenheid van sectoren uit andere domeinen***

Naast de ‘klassieke’ sectoren betrokken in het drugbeleid zijn ook andere sectoren uit andere domeinen belangrijke partner om een integrale en geïntegreerde aanpak van het drugfenomeen te realiseren. Zo is bijvoorbeeld de vastgoedsector een belangrijke partner in de aanpak van drugsoverlast (J. Snippe, Bieleman, Kruize, & Naayer, 2005; J Snippe, Naayer, & Bieleman, 2006). Ruimtelijke (her)ordening van plaatsen waar (drugs)overlast wordt gesignaleerd kan immers een daling van de overlast en een verminderde onveiligheidsbeleving met zich meebrengen. Naast repressieve acties ten aanzien van overlastgevend drughandelaars- en gebruikers moet ook de bestuurlijke overheid betrokken worden. Administratieve sancties zijn een middel verloedering tegen te gaan of overlastgevend panden te sluiten (Mazerolle et al., 2007) .

### ***-Intersectorale interventies in het kader van beleidsontwikkeling- en afstemming***

Deze studies bieden richtlijnen aan voor de uitbouw van een lokaal, integraal en geïntegreerd drugbeleid ongeacht het type van samenwerkingsverbanden er worden aangegaan. Verschillende stappen (identificatie partners drugbeleid, installatie stuurgroep, lokale probleemanalyse, uitbouw lokale strategie en actieplan, evaluatie) moeten gevolgd worden opdat een integraal en geïntegreerd beleid kan worden ontwikkeld en interventies die hieruit voortvloeien de meeste kans op slagen hebben (Connolly, 2002; Coppel, 2008; De Ruyver et al., 2006; Doherty, 2007; Schardt, 2001)

## **2. Inventarisering actoren en bevoegdheden**

### ***2.1 Institutioneel kader***

Verscheidene ministers zijn bevoegd voor deelaspecten van het drugbeleid, zowel op federaal als regionaal niveau. De Minister van Volksgezondheid heeft belangrijke bevoegdheden in het drugbeleid. Op (inter)nationaal vlak is het drugbeleid immers in de eerste plaats een gezondheidsbeleid, maar ook andere Ministers zijn verantwoordelijk voor de aanpak van (deel)aspecten van het drugfenomeen.

Op federaal niveau zijn volgende Ministers belangrijke actoren in het drugbeleid (De Ruyver et al., 2004; De Ruyver, Pelc et al., 2007): Minister van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; Minister van Binnenlandse zaken, Minister van Justitie, Minister van Sociale Zaken, Minister van Grote Steden, Minister van Maatschappelijke Integratie, Minister van Mobiliteit en Vervoer (verkeersveiligheid) en het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid<sup>2</sup>, Minister van Economie.

Deze federale Ministers samen met de Ministers op regionaal niveau en andere beleidsactoren verenigen zich ook in overleg of samenwerking. De Algemene Cel Drugbeleid, de Cel Gezondheidsbeleid en de Centrale Stuurgroep Drugs zijn organen waar het beleid ‘gemaakt’ wordt.

De Algemene Cel Drugbeleid bestaat uit vertegenwoordigers van het federale, gemeenschaps- en gewestniveau en ondersteunt de Interministeriële Conferentie (IMC). Deze IMC verenigt alle ministers van verschillende beleidsniveaus bevoegd voor (deel)aspecten waaruit het drugfenomeen bestaat met als doel te komen tot gemeenschappelijke beleidsdoelstellingen- en afstemming. De Algemene Cel Drugbeleid is opgericht in 2002 maar zal pas in 2009 operationeel worden.

In afwachting is de Cel Gezondheidsbeleid opgericht en operationeel (Ministerie van Sociale Zaken Volksgezondheid en Leefmilieu, 2001). De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) behandelt gezondheidsmateries, waaronder het beleid inzake (il)legale drugs. Waar de Algemene Cel Drugbeleid is gericht naar alle aspecten van het drugfenomeen, is de Cel Gezondheidsbeleid Drugs gericht naar het gezondheidsaspect.

Met de oprichting van de Centrale Stuurgroep Drugbeleid in 2006 wordt het objectief van een integraal en geïntegreerd drugbeleid in de gevangnissen met nadruk op preventie, hulpverlening en repressie nagestreefd (Ministerie van Justitie, 2006) De Stuurgroep heeft tot doel de installatie van

---

<sup>2</sup> Het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid leunt aan bij de FOD Mobiliteit en Vervoer maar valt niet rechtstreeks onder haar bevoegdheid

dergelijk drugbeleid in alle gevangenissen (d.m.v Lokale Stuurgroep Drugs in elke gevangenis) en bestaat uit vertegenwoordigers van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn en Volksgezondheid en Gezin en de Federale Overheid, FOD Justitie en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD).

Op regionaal niveau heeft ook de Minister van Volksgezondheid belangrijke bevoegdheden in het drugbeleid naast andere Ministers bevoegd voor deelaspecten van het drugbeleid zoals de Minister voor Onderwijs en de Minister van Jeugd. De gemeenschappen- en gewesten werken ook samen met partnerorganisaties zoals de VAD voor de Vlaamse Gemeenschap, Eurotox voor de Franse Gemeenschap of Fedito wallonne voor het Waals Gewest.

Op basis van bovengenoemd overleg- en samenwerkingsorganen wordt vastgesteld dat het federale en regionale niveau samenkomt om een verticale en horizontale beleidsafstemming te realiseren.

Ook het provinciale en lokale niveau zijn betrokken in het drugbeleid. Een integraal en geïntegreerd drugbeleid concretiseert zich immers op lokaal niveau waar het provinciaal niveau faciliterend kan optreden als platform om actoren samen te brengen en good practices uit te wisselen.

Op provinciaal niveau valt het thema middelengebruik onder de bevoegdheid van de gedeputeerde voor welzijn en gezondheid. In iedere provincie is een dienst welzijn en gezondheid geïnstalleerd waarlangs initiatieven lopen die kaderen in dit beleid. Voor Brussel lopen dergelijke initiatieven via de tweetalige vereniging Overleg druggebruik Brussel, actief op vlak van de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie. Het provinciale drugbeleid is onderdeel van het provinciale gezondheidsbeleid. Toch zijn drugbeleidsinitiatieven en accenten die worden gelegd heel verschillend tussen provincies.

Er zijn twee overlegorganen geïnstitutionaliseerd, namelijk het Provinciaal Preventieplatform Middelengebruik (in iedere Vlaamse provincie) en het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg (Vlaamse en Waalse provincies, Brussels Hoofdstedelijk gebied, Duitstalige gemeenschap). Hier worden lokale en provinciale actoren samengebracht om te komen tot overleg op provinciaal niveau. De overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg hebben afstemming van het zorgaanbod als voornaamste doel. Binnen de Overlegplatforms loopt ook het federaal pilootproject 'Zorgcoördinatie middelenmisbruik'.

Als hoofd van het lokale bestuur is de burgemeester met de schepenen bevoegd voor gezondheidszorg, welzijn, jeugd, onderwijs en de schepenen bevoegd voor sociale zaken, die tegelijkertijd ook als OCMW voorzitter fungeert, betrokken partners in het drugbeleid. Aangezien het drugbeleid gestalte krijgt op lokaal niveau is het ook hier dat zich de meeste diensten situeren. Deze diensten gaan bijvoorbeeld van straathoekwerk, preventiediensten, Medisch Sociale Opvangcentra, kuur en post-kuurcentra voor druggebruikers tot actoren en diensten op de verschillende echelons van de strafrechtsbedeling.

## ***2.2 Inventarisatie bestaande overlegplatforms en samenwerkingsverbanden***

Niettemin er reeds enkele praktijken bestaan betreffende de doorverwijzing vanuit politie en justitie naar de hulpverlening op ieder echelon van de strafrechtsbedeling, is de uitbreiding hiervan wenselijk, gelet op de bewezen effectiviteit. Hierbij is ook de betrokkenheid van de welzijn- en gezondheidssector cruciaal. Een meervoudige aanpak waarbij rond de drugproblematiek en naar de verbetering van de diverse levensdomeinen wordt toegewerkt is immers het meest succesvol.

Er bestaan wel wat initiatieven gericht naar het verschaffen van informatie rond drugs voor (risico)jongeren in de schoolcontext. Het is vooral politie die de informatielessen verzorgt. Niettemin kan politie een relevante partner zijn in het uitbouwen van een drugbeleid op school maar wetenschappelijk onderzoek toont echter aan dat het geven van informatie door politie niet effectief is.

Gelet op het gegeven dat vroeginterventie en interventies gericht naar het aanleren van sociale- en leefvaardigheden als effectief worden beschouwd is het wenselijk dergelijke interventies verder uit te bouwen. Bovendien is het belangrijk om steeds in de kindertijd te werken rond sociale vaardigheden

gezien het effect van dergelijke interventies gunstiger lijkt te zijn naargelang men vroeger ingrijpt in de ontwikkeling.

De drugproblematiek is een multidimensionele problematiek en blijkt ook uit de geïnventariseerde interventies. Er worden samenwerkingsverbanden aangegaan rond de drugproblematiek en sociaal-economische aspecten zoals kansarmoede, dakloosheid. In het licht van effectieve praktijken is de uitbouw van dergelijke initiatieven wenselijk.

Op basis van de inventaris werd er niet talrijk gerapporteerd over substitutiebehandeling of de systematisch verstrekking van methadon. Substitutiebehandeling heeft alleszins zijn effectiviteit bewezen in termen van een reductie van druggebruik en recidive. Op basis van effectstudies is het wenselijk om substitutiebehandeling te integreren in een ruimer zorgvoorzieningsaanbod met aandacht voor psycho-sociale begeleiding en er toegang is tot medische en sociale voorzieningen.

Tenslotte is de uitbouw van een lokaal integraal en geïntegreerd drugbeleid noodzakelijk om de lokale drugproblematiek aan te pakken. Lokale adviesraden en stuurgroepen worden soms geïnstalleerd.

### **3. Haalbaarheidstudie**

De haalbaarheidsstudie wordt uitgevoerd aan de hand van interviews en focusgroepen door te peilen naar mogelijkheden en knelpunten voor de implementatie van good practices in kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Hier worden de voornaamste zaken opgesomd.

#### ***3.1 Do's en don'ts en randvoorwaarden per type samenwerkingsverband***

##### Samenwerking in kader van het Pilotproject "Proefzorg" en Pilotproject "Praetoriaanse probatie"

- Installatie figuur die fungeert als tussenschakel tussen de sector veiligheid en de hulpverlening
- Respecteren van en afspraken rond het beroepsgeheim
- Nood aan voldoende en afgestemd hulpverleningsaanbod met betrokkenheid van de welzijn- en gezondheidssector

##### Samenwerking in het kader van hulpverlening aan gedetineerden

- Gebrek aan hulpverlening tijdens de detentie
- Noodzaak aan aanbod afgestemd op de doelgroep

##### Samenwerking in het kader van vroeginterventie

- Nood aan een afgestemd aanbod en overleg tussen sectoren die zich profileren rond vroeginterventie

##### Samenwerking in het kader van de ontwikkeling van een lokaal integraal en geïntegreerd drugbeleid

- Ontwikkelen van een strategisch- of actieplan met betrokkenheid van alle partners
- Noodzaak van een mandaat

#### ***3.2 Sectoroverschrijdende do's en don'ts en randvoorwaarden gemeen aan alle samenwerkingsverbanden***

- Gebrek aan financiering is een terugkerend knelpunt
- Teneinde intersectorale samenwerking te bevorderen is het noodzakelijk om intrasectoraal overleg te organiseren
- Een duidelijke taakverdeling is een terugkerende randvoorwaarde om samenwerking mogelijk te maken en te bevorderen
- Coördinatie is een randvoorwaarde voor de continuatie van de samenwerking

## **IV. OVERKOEPELENDE CONCLUSIE**

Er kan gesteld worden dat België op weg is om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren.



### *Installatie van een coördinatie- en beslissingsorgaan...*

De installatie van een coördinatie- en beslissingsorgaan dat voorziet in een verticale en horizontale beleidsafstemming is een randvoorwaarde om een effectief integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren (Kenis, 2006). In 2003 werd de Algemene Cel Drugbeleid opgericht zoals aanbevolen in de federale drugnota van 2001. Als deze Cel de werkzaamheden aanvangt kan er sprake zijn van een gecoördineerd, coherent integraal en geïntegreerd drugbeleid voor België en blijft het niet bij geïsoleerde initiatieven op de verschillende bevoegdheidsniveaus. Met het operationeel worden van de Cel in 2009 kan België ook werkelijk het objectief van een integraal en geïntegreerd drugbeleid nastreven.

### *...en de realisatie van een verticale en horizontale beleidsafstemming waarbij het beleid zowel “top-down” als “bottom-up” tot stand komt*

De Algemene Cel Drugs voorziet in de verticale beleidsafstemming gerealiseerd door de vertegenwoordiging van de Ministers van de federale en regionale overheden die verantwoordelijk zijn voor deelaspecten van het drugbeleid. De horizontale beleidsafstemming wordt gegarandeerd door een beleid uit te werken waarbij er wordt ingewerkt op vraag- als aanbodzijde en waar tezelfdertijd rekening wordt gehouden met de verschillende finaliteit van de diverse sectoren en dus vooral de comptabiliteit van alle sectoren wordt nagestreefd.

Horizontale afstemming is noodzakelijk op elk bevoegdheidsniveau (federaal, regionaal, provinciaal, lokaal). Daarbij gebeurt de input van het beleid van onderuit (bottom-up). Bovendien wordt het beleid ‘gemaakt’ door de federale en regionale overheden maar moet zich concretiseren op het lokale niveau. Het beleid moet dan ook bottom-up tot stand komen.

Op heden kunnen de federale en regionale overheden zich beroepen op koepelorganisaties, platforms of actoren die vanuit het provinciale niveau in verbinding staan met het lokale niveau. In dit verband kan er bijvoorbeeld worden verwezen naar de zorgcoördinatoren of de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg. De VAD als koepelorganisatie bijvoorbeeld is partnerorganisatie van de Vlaamse Gemeenschap en maakt deel uit van de Provinciale Preventieplatforms Middelengebruik geïnstalleerd in iedere Vlaamse provincie. Op basis van deze structuren kunnen nieuwe ontwikkelingen op het terrein doorstromen naar de hogere overheden. Toch zijn dit signalen van enkele partners in het drugbeleid die slechts een deel van de sectoren vertegenwoordigen. Er is geen orgaan dat alle sectoren vertegenwoordigt. Dergelijk platform met vertegenwoordiging van alle sectoren in functie van de federale en regionale overheden is nochtans zinvol in het kader van een drugbeleid dat bottom-up tot stand komt. De installatie van dergelijk platform kan bijgevolg bijdragen aan een doorgedreven horizontale beleidsafstemming waarbij rekening wordt gehouden met ontwikkelingen op het terrein voor de beleidsontwikkeling op bovenlokaal niveau.

Op lokaal niveau wordt er al wel geïnvesteerd om structuren te installeren in het kader van beleidsontwikkeling- en afstemming zoals overlegplatforms, stuurgroepen drugs en adviesraden. Dergelijke platforms waar sectoren elkaar kunnen ontmoeten is immers randvoorwaarde om te komen tot intersectorale samenwerking. De kleinere gemeenten hebben soms meer moeilijkheden om een lokaal integraal en geïntegreerd drugbeleid uit te bouwen. Een gebrek aan middelen of afwezigheid van bepaalde noodzakelijke voorzieningen liggen hier vaak ten grondslag. Om hier aan tegemoet te komen worden intergemeentelijke drugoverlegraden opgericht om de mogelijkheden te vergroten.

### *Intrasectorale organisatie als faciliterende factor voor intersectorale samenwerking*

Niet enkel intersectoraal maar ook intrasectoraal organiseren sectoren zich. De mate waarin een sector is georganiseerd is bovendien een sterke en faciliterende factor voor de ontwikkeling van intersectorale samenwerking. Op deze manier kunnen zowel andere organisaties die tot de sector behoren als de achterban van organisaties worden geïnformeerd en betrokken bij de samenwerking die er bestaat tussen andere sectoren. De intersectorale samenwerking kan rekenen op een groter draagvlak en sectoroverschrijdende werken wordt gestimuleerd.

*Behoeftte aan beter georganiseerd, structureel overleg en samenwerking met aandacht voor coördinatie*

Op het terrein is er geen uitdrukkelijke behoefte om meer overlegorganen te installeren maar wel aan een betere organisatie en meer structurele overlegorganen en structurele en systematische samenwerkingsverbanden tussen sectoren. Het is niet voldoende sectoren louter samen te brengen maar er is nood aan structurele samenwerkingsverbanden. Coördinatie is aldus een randvoorwaarde. Er zijn wel reeds aanzetten tot coördinatie maar nog onvoldoende. Vooral in het Franstalige landsgedeelte zijn er duidelijk minder provinciale en lokale drugcoördinatoren.

#### *Formaliseren van de samenwerking*

Een duidelijke taakverdeling is een terugkerende randvoorwaarde om samenwerking mogelijk te maken en te bevorderen. Het is wenselijk om de rol en verantwoordelijkheid alsook de samenwerkingsprocedure te formaliseren. Het is een houvast en nuttig instrument waardoor de finaliteit, grenzen en mogelijkheden van iedere partner kunnen bewaakt worden.

#### *Gebrek aan duurzame en structurele financieringskanalen en onevenwichtige verdeling van middelen voor alle beleidssectoren*

Een wederkerend knelpunt is het gebrek aan duurzame en structurele financieringskanalen. Tot op heden zijn deze ontbrekend maar noodzakelijk voor de uitbouw van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. Dit heeft zijn implicaties voor een aanpak op lange termijn en limiteert de hypothekeert de ontwikkeling van interventies tussen sectoren. Een tekort aan middelen is een bedreiging voor de continuïteit van samenwerkingsverbanden tussen sectoren.

Naast de noodzaak aan duurzame en structurele financieringskanalen moeten de beleidsintenties (cf. federale beleidsnota) ook zichtbaar worden in de financieringskanalen. Als preventie bovenaan de agenda staat moeten in de eerste plaats hier middelen voor worden vrijgemaakt. Op basis van onderzoek naar overheidsuitgaven in het drugbeleid kan worden vastgesteld dat het minst wordt geïnvesteerd in de sector preventie en dat de meeste overheidsuitgaven de sector veiligheid toekomen (De Ruyver et al., 2004; De Ruyver, Pelc et al., 2007). Bovendien brengt de bevoegdheidsverdeling met zich mee dat ieder bevoegdheidsniveau ook verantwoordelijk is voor de financiering van die beleidsaspecten waarvoor het bevoegd is. Nochtans wordt vastgesteld dat de huidige financiering deze logica niet altijd volgt.

#### *Intersectorale samenwerking*

Een aanpak waarbij wordt ingewerkt op alle aspecten van het drugfenomeen (integraal) vereist de betrokkenheid van alle relevante actoren en diensten die de verschillende sectoren vertegenwoordigen (geïntegreerd). Samenwerking en afstemming is noodzakelijk. Interventies waar verschillende sectoren samenwerken en dus verschillende beleidsdoelstellingen worden nagestreefd zijn het meest belovend en meest effectief (Kibel & Holder, 2003). Het onderzoek toont dat sectoren samenwerkingsverbanden aangaan vanuit uiteenlopende doelstellingen. Sectoren werken samen rond specifieke thema's waar een goede doorverwijzing naar elkaar maar ook het opnemen van ieders verantwoordelijkheid vanuit de finaliteit van elke sector de grondslag is van de samenwerking en randvoorwaarde om de doelstellingen te bereiken.

#### *Oriëntatie naar de hulpverlening vanuit de diverse echelons van de strafrechtsbedeling*

Oriëntatie naar de hulpverlening van druggebruikers die in contact komen met politie of justitie is een effectieve praktijk in het verminderen van druggebruik en druggerelateerde criminaliteit (Barton, 1999a; De Ruyver, Ponsaers et al., 2007; Holloway et al., 2005; Institute for Criminal Policy Research, 2007; Koeter & Bakker, 2007; Mazerolle et al., 2007; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004; Seeling et al., 2001; Skodbo et al., 2007; Stevens. et al., 2005; van Ooyen-Houben, 2008). Deze praktijk wint aan belang binnen en buiten Europa en wordt ook vaker geïmplementeerd (Beynon et al., 2006; Hunter et al., 2005). Ook in België krijgt de samenwerking tussen hulpverlening, politie en justitie meer aandacht. Naast de verschillende mogelijkheden op de diverse echelons van de strafrechtsbedeling om een alternatieve afdoening te realiseren, worden in België enkele samenwerkingsverbanden opgezet om systematische, structurele samenwerking tussen de hulpverlening en politie en justitie uit te bouwen.

De praktijk waar politie en hulpverleners samen ‘outreaching’ te werk gaan om reeds op het politiebureau een intakegesprek aan druggebruikers voor te stellen, is wenselijk. Zo kan een grotere doelgroep worden bereikt en bovendien neemt de kans op recidive af indien reeds in een vroeg stadium wordt geïntervenieerd Hunter et al., 2005; Scottish Executive Effective Interventions Unit, 2004; Seeling et al., 2001).

Gelet op de effectiviteit van de oriëntatie naar de hulpverlening op de verschillende echelons van de strafrechtsbedeling is de uitbreiding hiervan wenselijk maar moet ook de welzijn- en gezondheidssector systematisch worden betrokken als volwaardige, derde partner. Effectiviteitsstudies tonen immers aan dat een meervoudige aanpak waarbij rond de drugproblematiek en naar de verbetering van de diverse levensdomeinen wordt toegewerkt het meest succesvol is. Er dient dus geïnvesteerd te worden in het systematisch betrekken van de welzijn- en gezondheidssector als partner in praktijken waarbij een doorverwijzing naar de hulpverlening wordt geïnitieerd vanuit justitie. Er zou sprake moeten zijn van een systematische tweede doorverwijzing vanuit de hulpverlening naar welzijn- en gezondheidsvoorzieningen om te voorzien in arbeidstoeleiding of huisvesting.

Dezelfde opmerking geldt des te meer voor de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit het gevangeniswezen om het objectief van sociale reïntegratie en nazorg te bereiken.

In dit verband is een initiatief als het ‘Centraal Aanmeldingspunt’ toe te juichen maar ook een systematische samenwerking met bijvoorbeeld arbeidsbureau of aansluiting met wooninitiatieven is wenselijk. Bovendien is de installatie van een Centraal Aanmeldingspunt ook nog niet gerealiseerd in alle Belgische gevangenissen. Een ander hiaat is het beperkt hulpverleningsaanbod tijdens de detentie gelet op de aanwezigheid van een drugproblematiek in de gevangenissen. Bovendien scheidt de detentietijd een opportuniteit om te werken rond de drugproblematiek en draagt bij tot het objectief van sociale reïntegratie.

#### *Dag- en nachtopvang*

De installatie van een dag- en nachtopvang zorgen voor een vermindering van overlast op straat, een reductie van druggerelateerde criminaliteit en een daling van het heroïnegebruik ten gunste van methadongebruik met als gevolg een verbetering op de levensdomeinen (Coppel, 2008; Wits et al., 1999). Dergelijke initiatieven zijn nochtans schaars in België.

#### *Vroeginterventie*

Gelet op het gegeven dat vroeginterventie en interventies gericht naar het aanleren van sociale- en leefvaardigheden effectief zijn (Arthur et al., 2003), is het wenselijk deze verder uit te bouwen. Bovendien is het belangrijk om steeds in de kindertijd te werken rond sociale vaardigheden gezien het effect gunstiger lijkt te zijn naargelang men vroeger ingrijpt in de ontwikkeling. Vroeginterventie is een concept dat aan belang wint in België. Er kan worden gewerkt aan de afstemming van het bestaande aanbod of aan nieuwe initiatieven.

België is op weg om een integraal en geïntegreerd drugbeleid te realiseren maar toch is er (nog maar) sprake van een eerste aanzet of stap in die richting. Er is immers eerder sprake van ‘meewerken’ dan ‘samenwerken’. Er is al sprake van afstemming van initiatieven en doorverwijzing maar er dient nog sterk te worden geïnvesteerd in structurele en systematisch samenwerkingsverbanden waar vanuit een gemeenschappelijke, gedeelde doelstelling een gemeenschappelijke actie wordt opgezet.

## **V. UITBREIDING**

### **1. Inleiding en probleemstelling**

Deze uitbreiding wordt binnen het onderzoek “Do’s and don’ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid” gesitueerd. De doelstelling is het aanreiken van een evaluatiemethodiek om beleidsrichtlijnen drugbeleid te evalueren, volgens de probleemstelling ‘*Kan de wetenschap op basis van sociaal-wetenschappelijke criteria van betrouwbaarheid en geldigheid methoden en technieken aanreiken zodat beleidsrichtlijnen, kunnen geëvalueerd worden?*

De ontwikkeling van een dergelijk methode vult een hiaat op dat al langer bestaat, namelijk de poging een enkele methode te ontwikkelen en indien dit niet lukt, dit wetenschappelijk trachten te falsifiëren. Hieruit volgt de algemene onderzoeksvraag: “Is het mogelijk een algemene methodiek als raamwerk aan te bieden om beleidsrichtlijnen te evalueren?”

Bij deze algemene onderzoeksvraag worden enkele deelvragen gesteld:

- Wat zijn criteria waaraan richtlijnen moeten voldoen om evalueerbaar te zijn?
- Welke methoden en technieken zijn beschikbaar voor de evaluatie van richtlijnen?
- Welke methoden uit het methodologisch atelier zijn bruikbaar of niet – en waarom niet – voor de evaluatie van beleidsrichtlijnen?
- Wat is de exacte definitie van de in de opdracht gebruikte formulering ‘*evaluatie van een drugrichtlijn*’?
- Zijn in de verschillende drugrichtlijnen gelijke constitutieve elementen te onderscheiden die het mogelijk maken centrale begrippen uit de richtlijn te conceptualiseren en dus over te gaan tot de operationalisering van drugrichtlijnen?

## 2. Methodologie

Aanvankelijk, werd gezocht naar drugrichtlijnen en evaluaties van drugrichtlijnen. Vervolgens werd een maximum aan informatie verzameld over bestaande literatuur betreffende evaluatie van publiek beleid dat zowel in België en het buitenland wordt vermeld. Nadat evaluaties van Belgische richtlijnen werden beoordeeld, moest besloten worden dat er zeer weinig evaluaties zijn en dat geen enkele beantwoordt aan de beschrijving van een evaluatie zoals voor ogen voor huidig onderzoek.

Toen werd beslist de aanvankelijke opzet van deze studie in overweging te nemen. Alvorens de verkenning van methoden en indicatoren, relevant voor de evaluatie van Belgische drugrichtlijnen, voort te zetten, werd gekeken naar het falen van het Belgische drugbeleid in het doorvoeren van evaluaties. De doelstelling was het formuleren van aanbevelingen nuttig voor toekomstige evaluaties. Nadien wordt een inventaris van de verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden en technieken gemaakt gangbaar in de sociale wetenschappen om te kijken wat goed was, wat goed is, en wat beter kan. Ten slotte wordt gekeken naar welke manier van evalueren men niet of wel kan toepassen gegeven een bepaalde richtlijn.

## 3. Resultaten en aanbevelingen

### Aanbevelingen wat de voorafgaande vereisten van de evaluatie betreft

Het is allereerst belangrijk om zeker te zijn van:

- **intrinsieke kwaliteiten** van de richtlijn (zijn de inhoud en doelstellingen duidelijk, precies, beknopt?)
- **uitvoerbaarheid** (rekening houdend met de beschikbare tijd, beschikbare middelen, werkelijkheid van het terrein)
- **gegrondheid** van de **maatregelen** en de **procedures** voorzien in de richtlijn (dit laatste punt vergt een doorgedreven kennis van het terrein en grote precisie in de beschrijving van de te volgen procedures)
- volledigheid van de beoogde **doelgroep**
- **zichtbaarheid** en **verspreiding** van de richtlijn (om toegepast te kunnen worden moet de richtlijn bekend zijn bij het beoogde publiek, ook bij de druggebruikers)
- **geldigheid** van de beschikbare **statistische gegevens** (men kan nooit genoeg op dit punt hameren)

Verder is het essentieel om:

- voordeel uit de **ervaring** en de kennis van de professionelen in dit domein te halen en
- zich te verzekeren van een **onpartijdige deskundige** om de evaluatie te verwezenlijken.

Ten slotte,

moet er rekening gehouden worden met de evaluatie van de richtlijn vanaf het moment waarop de richtlijn wordt opgesteld om zo de toekomstige evaluatie te kunnen garanderen.

### Aanbevelingen: indicatoren en methoden

- Evalueren zien als **cyclisch proces** en er wordt dan ook aanbevolen dat men gebruik maakt van het aangeboden raamwerk voor de evaluatie van richtlijnen.

- De keuze van de indicator voor de evaluatie van richtlijnen laten bepalen door de principes van **geldigheid** en **betrouwbaarheid**.
  - Indicator kiezen die voldoende **sensitief, specifiek, beschikbaar** en **acceptabel** is.
  - Grondige evaluatie maken van **verschillende bruikbare designs** en de keuze hierop baseren.
  - Gedegen voorkennis hebben van mogelijkheden en beperkingen van verschillende **(Quasi-)experimentele designs**. Bij voorkeur triangulatie (het gebruiken van meerdere methoden).
- De discussie van de evaluatie kan en mag men niet loskoppelen van het onderzoek naar de **validiteit** van de **aangewende data** of **databanken**.