

DIENTEN VAN DE EERSTE MINISTER

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

**EVALUATIE VAN DE
MEDISCH-SOCIALE OPVANGCENTRA
VOOR DRUGGEBRUIKERS
ANTWERPEN - GENK/LIMBURG**

DEELRAPPORT

Promotor: Prof. Dr. Joris CASSELMAN

Onderzoeker: Karolien MEUWISSEN

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID
AFDELING STRAFRECHT, STRAFVORDERING EN CRIMINOLOGIE
ONDERZOEKSGROEP GERECHTELIJKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Augustus 2001

INHOUDSTABEL

INLEIDING	1
DEEL I : <u>HET ONDERZOEK</u>	3
I. VOORGESCHIEDENIS VAN HET ONDERZOEK	3
II. ONDERZOEKSDOELSTELLING	4
1. BELANG VAN EEN ONDUBBELZINNIGE DOELSTELLING	4
2. EXPLICIETE DOELSTELLING	4
3. IMPLICIETE DOELSTELLING	5
III. DE ONDERZOEKSOPDRACHT	5
1. TAKEN VOLGENS DE ONDERZOEKSOVEREENKOMST	5
2. ENKELE VOORAFGAANDE BEMERKINGEN BIJ DE OPDRACHT	6
2.1 Piloot- en haalbaarheidsstudie	6
2.2 Proces- en effectevaluatie	7
2.3 Tweeledige onderzoeksopdracht	7
IV. METHODIEK	8
1. HET EVALUATIEONDERZOEK ALS PARTICIPATIEF ONDERZOEK	8
2. METHODEN	9
2.1 De globale methodiek: Rapid Situation Assessment	9
2.2 Specifieke methoden per onderzoeksopdracht	10
2.2.1 Afbakening van de onderzoeksregio's	10
2.2.2 Beschrijving van het problematisch druggebruik in de regio's van de MSOC's	10
2.2.3 Beschrijving van het hulpverleningsaanbod in de regio's van de MSOC's	10
2.2.4 Proces- en effectevaluatie van de interne werking van de MSOC's	10
2.2.5 Proces- en effectevaluatie van de participatie van de MSOC's aan het netwerk	12
2.2.6 Algemeen : literatuurstudie en studiedagen	14
V. BESLUIT	14
VI. AANBEVELINGEN	14
DEEL II : <u>ALGEMENE OMSCHRIJVING VAN DE MSOC's EN DE OPDRACHTBEPALINGEN</u>	15
I. INLEIDING	15
II. BELEIDSONTWIKKELINGEN DIE GELEID HEBBEN TOT DE OPRICHTING VAN DE MSOC's	15
1. Actieplan Toxicomanie-Drugs (1995)	15
2. Parlementaire werkgroep Drugs (1997)	16
III. OPRICHTING VAN DE MSOC's	17
IV. OPDRACHTBEPALINGEN IN DE RIZIV-CONVENTIES	18
1. Doel op het niveau van de inrichting	18

2. Doel op het niveau van de cliënt	18
3. Doel op het niveau van het netwerk	19
4. Kritische analyse van de opdracht	19
V. OMGEVINGSFACTOREN DIE DE WERKING VAN EEN MSOC BEÏNVLOEDEN	20
VI. BESLUIT	22
VII. AANBEVELINGEN	22
 DEEL III : <u>AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO</u>	23
I. INLEIDING	23
II. WERKWIJZE	23
III AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO's	23
1. MSOC ANTWERPEN	23
1.1. Regionale spreiding van de cliënten	23
1.2. Afbakening van de onderzoeksregio	24
2. MSOC LIMBURG	25
2.1. Regionale spreiding van de cliënten	25
2.2. Afbakening van de onderzoeksregio	26
IV. BESLUIT	26
 DEEL IV: <u>BESCHRIJVING VAN HET DRUGGEBRUIK EN HET HULP- VERLENINGSAANBOD IN DE ONDERZOEKSREGIO's</u>	27
I. HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK	27
1. ALGEMENE BEMERKINGEN OMTRENT EPIDEMIOLOGIE	27
1.1. Inleiding	27
1.2. Bronnen	28
1.3. Inventaris van de bronnen op internationaal, nationaal en Vlaams niveau	29
2. INSCHATTING VAN HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE PROVINCIE / STAD ANTWERPEN	30
2.1. Methodiek	30
2.2. Inventaris van bestaande data	31
2.2.1. <i>Overzicht van de geraadpleegde bronnen</i>	31
2.2.2. <i>Bespreking</i>	31
2.3. Kwalitatieve informatie via interviews	40
2.3.1. <i>Stad Antwerpen</i>	40
2.3.2. <i>Rest van de provincie Antwerpen</i>	40
3. INSCHATTING VAN HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE PROVINCIE LIMBURG	44
3.1. Methodiek	44
3.2. Inventaris van bestaande data	45
3.2.1. <i>Overzicht van de geraadpleegde bronnen</i>	45
3.2.2. <i>Bespreking</i>	46

3.3.	Kwalitatieve informatie via interviews	51
3.3.1.	<i>Algemene populatie van druggebruikers</i>	51
3.3.2.	<i>MSOC-cliënteel</i>	52
4.	CONCLUSIES	53
5.	AANBEVELINGEN	53
II.	ANALYSE VAN HET HULPVERLENINGSAANBOD	55
1.	INLEIDING	55
1.1.	Algemeen	55
1.2.	Methode	55
1.2.1.	<i>Inventaris aan de hand van een dubbel criterium</i>	55
1.2.2.	<i>Kwalitatieve informatie via interviews</i>	57
2.	HET HULPVERLENINGAANBOD T.A.V. DRUGGEBRUIKERS IN DE PROVINCIE ANTWERPEN	57
2.1.	Inventaris	57
2.2.	Analyse	61
2.2.1.	<i>Stad Antwerpen</i>	61
2.2.2.	<i>Rest van de provincie Antwerpen</i>	63
3.	HET HULPVERLENINGSAANBOD T.A.V. DRUGGEBRUIKERS IN DE PROVINCIE LIMBURG	64
3.1.	Inventaris	64
3.2.	Analyse	66
3.2.1.	<i>Leemtes in het hulpverleningsaanbod</i>	66
3.2.2.	<i>Groepen van gebruikers die onvoldoende worden bereikt door de hulpverlening</i>	67
4.	CONCLUSIES	67
5.	AANBEVELINGEN	67
	<u>DEEL V : PROCES- EN EFFECTEVALUATIE VAN DE MSOC's</u>	69
	HOOFDSTUK I : INTERNE WERKING	71
1.	VOORGESCHIEDENIS	71
1.1.	MSOC Antwerpen	71
1.2.	MSOC Genk/Limburg	71
1.3.	Vershil in werking vóór en na de erkenning als MSOC	72
1.3.1.	<i>MSOC Antwerpen</i>	72
1.3.2.	<i>MSOC Genk/Limburg</i>	73
2.	FINANCIERING	74
2.1.	Wijze van financiering	74
2.2.	De RIZIV-financiering	74
2.2.1.	<i>De revalidatieactiviteiten van de inrichting</i>	74
2.2.2.	<i>Normale en maximale facturatiecapaciteit</i>	75
2.2.3.	<i>De vergoedbare revalidatieprestaties</i>	75
2.2.4.	<i>De prijs van de revalidatieprestaties</i>	76
2.2.5.	<i>Voorwaarde van sociale verzekering</i>	76

2.2.6. Registratie	76
2.3. Gevolgen van de financiering	77
2.3.1. <i>Eis van sociale verzekering</i>	77
2.3.2. <i>Capaciteitsprobleem</i>	77
2.4. MSOC Antwerpen	77
2.5. MSOC Genk/Limburg	79
3. PERSONEEL	80
4. INTERNE PROCEDURES	81
4.1. MSOC Antwerpen	81
4.2. MSOC Limburg	82
5. REGISTRATIE	84
5.1. MSOC Antwerpen	84
5.2. MSOC Limburg	85
6. EVALUATIE-INSTRUMENTEN	85
7. CONCLUSIES	85
8. AANBEVELINGEN	86
 HOOFDSTUK II : LAAGDREMPELIGE WERKING	 88
1. LAAGDREMPELIGHEID ALS RODE DRAAD	88
1.1. Inleiding	88
1.2. De vier niveaus van laagdrempeligheid	88
2. LAAGDREMPELIGHEID IN DE RUIMTE	88
2.1. INLEIDING	88
2.2. PROCESEVALUATIE	89
2.2.1. De geografische spreiding van het problematisch druggebruik en van het aanbod van drughulpverlening	89
2.2.1.1. <i>MSOC van Antwerpen</i>	89
2.2.1.2. <i>MSOC van Genk/Limburg</i>	91
2.3. EFFECTEVALUATIE	92
2.3.1. Effecten op de cliënten	92
2.3.2. Effecten op het netwerk	93
2.4. CONCLUSIES	93
2.5. AANBEVELINGEN	94
3. LAAGDREMPELIGHEID IN DE CONTACTNAME	94
3.1. INLEIDING	94
3.2. PROCESEVALUATIE	95
3.2.1. MSOC Antwerpen	95
3.2.2. MSOC Genk/Limburg	96
3.2.3. Partners in het werkveld	97
3.3. BEREIKTE POPULATIE DOOR DE MSOC's	98
3.3.1. MSOC Antwerpen	98
3.3.1.1. <i>Aantal cliënten</i>	98
3.3.1.2. <i>Geslacht</i>	98
3.3.1.3. <i>Gemiddelde leeftijd</i>	99
3.3.1.4. <i>Contactratio</i>	99
3.3.1.5. <i>Nationaliteit</i>	99
3.3.1.6. <i>Opleidingsniveau</i>	100

3.3.1.7. <i>Inkomstenbron</i>	100
3.3.1.8. <i>Middelengebruik</i>	101
3.3.1.9. <i>Injecterende gebruikers</i>	101
3.3.2. MSOC Limburg	101
3.3.2.1. <i>Aantal cliënten</i>	101
3.3.2.2. <i>Geslacht</i>	102
3.3.2.3. <i>Gemiddelde leeftijd</i>	102
3.3.2.4. <i>Nationaliteit</i>	103
3.3.2.5. <i>Opleidingsniveau</i>	103
3.3.2.6. <i>Inkomstenbron</i>	103
3.3.2.7. <i>Middelengebruik</i>	104
3.3.2.8. <i>Injecterende druggebruikers</i>	104
3.4. ONVOLDOENDE BEREIKTE POPULATIE	104
3.5. EFFECT OP HET NETWERK	105
3.6. EFFECTEN OP CLIËNTEN	106
3.7. CONCLUSIES	106
3.8. AANBEVELINGEN	106
4. LAAGDREMPELIGHEID IN DE REVALIDATIE	107
4.1. THEORETISCH KADER	107
4.1.1. <i>Inleiding</i>	107
4.1.2. <i>Harm reduction</i>	108
4.1.3. <i>Flexibiliteit versus formele regels</i>	108
4.1.4. <i>Behandeling versus begeleiding</i>	109
4.2. PRAKTISCHE INVULLING	110
4.2.1. MSOC Antwerpen	110
4.2.2. MSOC Limburg	111
4.3. AANBOD VAN LAAGDREMPELIGE REVALIDATIEACTIVITEITEN	112
4.3.1. <i>Substitutiebehandelingen</i>	112
4.3.1.1. <i>Percentage methadoncliënten</i>	113
4.3.1.2. <i>Plaats van verstrekking</i>	113
4.3.2. <i>Verhouding tussen medische en psycho-sociale begeleiding</i>	114
4.3.3. <i>Toeleiding naar de hulpverlening</i>	115
4.3.3.1. <i>Doorverwijzingen naar het MSOC</i>	115
4.3.3.2. <i>Doorverwijzingen vanuit het MSOC</i>	116
4.4. EFFECTEVALUATIE VAN DE CLIËNTEN	117
4.4.1. MSOC Antwerpen	117
4.4.1.1. <i>Algemene tevredenheid</i>	117
4.4.1.2. <i>Belang van de verschillende revalidatieaspecten</i>	118
4.4.1.3. <i>Effectevaluatie op verschillende levensdomeinen</i>	118
4.4.1.4. <i>Verwachtingen ten aanzien van het MSOC</i>	119
4.4.1.5. <i>Evaluatie van het MSOC</i>	119
4.4.2. MSOC Limburg	120
4.4.2.1. <i>Algemene tevredenheid</i>	120
4.4.2.2. <i>Belang van de verschillende revalidatieaspecten</i>	120
4.4.2.3. <i>Effectevaluatie op verschillende levensdomeinen</i>	121
4.4.2.4. <i>Verwachtingen ten aanzien van het MSOC</i>	121

4.4.2.5. <i>Evaluatie van het MSOC</i>	122
4.5. CONCLUSIES	122
4.6. AANBEVELINGEN	123
5. LAAGDREMPELIGHEID IN DE TIJD	123
5.1. INLEIDING	123
5.2. PROCESEVALUATIE	124
5.2.1. MSOC Antwerpen	124
5.2.2. MSOC Genk/Limburg	124
5.3. EFFECTEVALUATIE	125
5.3.1. Effect op de cliënten	125
5.3.2. Effect op het netwerk	125
5.4. CONCLUSIES	125
 HOOFDSTUK III : PARTICIPATIE VAN DE MSOC's AAN HET REGIONALE NETWERK	 126
1. INLEIDING	126
2. BESCHRIJVING VAN HET BESTAANDE HULPVERLENINGS- AANBOD T.A.V. DRUGGEBRUIKERS	126
3. PROCESEVALUATIE	126
3.1. Enkele voorafgaande bemerkingen	126
3.2. Inventaris van overleg- en coördinatiestructuren op cliëntoverstijgend niveau	127
3.2.1. <i>MSOC Antwerpen</i>	127
3.2.2. <i>MSOC Limburg</i>	128
3.3. Inventaris van diensten op cliëntniveau	128
3.3.1. <i>MSOC Antwerpen</i>	128
3.3.2. <i>MSOC Limburg</i>	129
4. EFFECTEVALUATIE	130
4.1. Effecten op het personeel	130
4.1.1. <i>MSOC Antwerpen</i>	130
4.1.2. <i>MSOC Limburg</i>	131
4.2. Effecten op het netwerk	132
4.2.1. <i>MSOC Antwerpen</i>	132
4.2.2. <i>MSOC Limburg</i>	132
4.3. Effecten op de cliënten	132
5. CONCLUSIES	133
6. AANBEVELINGEN	133
 DEEL VI : <u>ALGEMENE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</u>	 135
I. HET ONDERZOEK	135
II. DE MSOC's EN DE OPDRACHTBEPALINGEN	135
III. AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO's	136

IV. BESCHRIJVING VAN HET DRUGGEBRUIK EN HET HULPVERLENINGSAANBOD IN DE ONDERZOEKSREGIO's	136
- Aard en omvang van het problematisch druggebruik	136
- Spreiding en analyse van het hulpverleningsaanbod	137
V. PROCES- EN EFFECTEVALUATIE	139
Hoofdstuk I : Interne werking	139
Hoofdstuk II : Laagdrempelige werking	140
- Laagdrempeligheid in de ruimte	140
- Laagdrempeligheid in de contactname	141
- Laagdrempeligheid in de begeleiding	142
- Laagdrempeligheid in de tijd	142
Hoofdstuk III : Participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk	143
BIBLIOGRAFIE	145

LIJST MET TABELLEN EN FIGUREN

Schema 1 : Bevraagde externe actoren in provincie Antwerpen	12
Schema 2 : Bronnen op internationaal, nationaal en Vlaams niveau	28
Schema 3 : Bronnen op het niveau van de provincie Antwerpen	30
Schema 4 : Bronnen op het niveau van de provincie Limburg	44
Schema 5 : Drughulpverleningsaanbod provincie Antwerpen	57
Schema 6 : Drughulpverleningsaanbod provincie Limburg	63
Schema 7 : Diensten waarmee het MSOC Antwerpen samenwerkt op cliëntniveau	128
Schema 8 : Diensten waarmee het MSOC Limburg samenwerkt op cliëntniveau	128
 Figuur 1 : Omgevingsfactoren die de werking van een MSOC beïnvloeden	 19
 Tabel 1 : Herkomst van de cliënten van het MSOC Antwerpen	 23
Tabel 2 : Herkomst van de cliënten van het MSOC Limburg	24
Tabel 3 : Aantal behandelingsweken per jaar in het MSOC Antwerpen	76
Tabel 4 : Aantal behandelingsweken per jaar in het MSOC Limburg	78
Tabel 5 : Aantal cliënten van het MSOC Antwerpen	97
Tabel 6 : Geslacht van de cliënten van het MSOC Antwerpen	97
Tabel 7 : Gemiddelde leeftijd van de cliënten van het MSOC Antwerpen	98
Tabel 8 : Gemiddeld aantal jaren contact van gekende cliënten met het MSOC Antwerpen	98
Tabel 9 : Nationaliteit van de cliënten van het MSOC Antwerpen	98
Tabel 10 : Opleidingsniveau van de cliënten van het MSOC Antwerpen	99
Tabel 11 : Inkomstenbron van de cliënten van het MSOC Antwerpen	99
Tabel 12 : Aantal cliënten van het MSOC Limburg	100
Tabel 13 : Aantal cliënten van het MSOC Limburg, per antenne	101
Tabel 14 : Geslacht van de cliënten van het MSOC Limburg	101
Tabel 15 : Gemiddelde leeftijd van de cliënten van het MSOC Limburg	101
Tabel 16 : Nationaliteit van de cliënten van het MSOC Limburg	102
Tabel 17 : Opleidingsniveau van de cliënten van het MSOC Limburg	102
Tabel 18 : Inkomstenbron van de cliënten van het MSOC Limburg	102
Tabel 19 : Substitutiebehandelingen in het MSOC Antwerpen	112
Tabel 20 : Substitutiebehandelingen in het MSOC Limburg	112
Tabel 21 : Plaats van verstrekking voor methadoncliënten van MSOC Antwerpen	112
Tabel 22 : Plaats van verstrekking voor methadoncliënten van MSOC Limburg	113
Tabel 23 : Medische en psycho-sociale begeleidingen in het MSOC Antwerpen	113
Tabel 24 : Medische en psycho-sociale begeleidingen in het MSOC Limburg	114
Tabel 25 : Doorverwijzingen naar het MSOC Antwerpen	114
Tabel 26 : Doorverwijzingen naar het MSOC Limburg	115
Tabel 27 : Algemene tevredenheid van de cliënten van het MSOC Antwerpen	116
Tabel 28 : Belangrijke aspecten in de revalidatie voor de cliënten van het MSOC Antwerpen	117
Tabel 29 : Effect van de revalidatie van het MSOC Antwerpen op de verschillende levensdomeinen	117
Tabel 30 : Algemene tevredenheid van de cliënten van het MSOC Limburg	119
Tabel 31 : Belangrijke aspecten in de revalidatie voor de cliënten van het MSOC Limburg	119
Tabel 32 : Effect van de revalidatie van het MSOC Limburg op de verschillende levensdomeinen	120

INLEIDING

Onderhavig verslag betreft het evaluatierapport in het kader van het project "*Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers (MSOC) van Antwerpen en Genk/Limburg*". Dit onderzoek werd gevoerd in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (DWTC), door de Katholieke Universiteit Leuven, onder leiding van Prof. Dr. J. Casselman. De onderzoekstermijn liep van 1 april 1999 tot 31 maart 2001.

Dit onderzoek maakte deel uit van het interuniversitair onderzoek "*Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers (MSOC)*", een evaluatieonderzoek van alle Belgische MSOC's, uitgevoerd door de Universiteit van Gent, de Université Libre de Bruxelles, de Université de Liège en de Katholieke Universiteit van Leuven.

Dit deelrapport werd opgesteld in overeenkomst met de MSOC's van Antwerpen en Limburg en dient steeds gelezen te worden in samenhang met en als aanvulling op het algemeen eindverslag van het globale project.

De twee eerste delen van dit verslag zijn *algemeen*, dit wil zeggen dat ze betrekking hebben op het globale project en op alle MSOC's. Na een inleidend deel betreffende het algemeen opzet van het onderzoek, volgt in een tweede deel de algemene omschrijving van de MSOC's en de opdrachtbepalingen.

De delen die daarop volgen, hebben betrekking op de *specifieke situaties van de MSOC's van Antwerpen en Limburg*. Deel III betreft de afbakening van de onderzoeksregio's. In een vierde deel beschrijven we de respectieve onderzoeksregio's, op het vlak van de aard en de omvang van het druggebruik enerzijds en op het vlak van de spreiding van het hulpverleningsaanbod anderzijds. Deel V bevat de proces- en effectevaluatie van de MSOC's van Antwerpen en Limburg, op het vlak van de interne werking enerzijds en op het vlak van de participatie aan de bestaande netwerken anderzijds. In een laatste deel worden de conclusies en aanbevelingen omtrent de MSOC's van Antwerpen en Limburg geformuleerd.

DEEL I : HET ONDERZOEK

I. VOORGESCHIEDENIS VAN HET ONDERZOEK

Het Actieplan Toxicomanie-Drugs voorzag niet alleen in de oprichting van de "sociaal-sanitaire opvangcentra voor drugverslaafden" (de latere "Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers", afgekort MSOC's) maar bepaalde ook dat de regering een studie zou uitvoeren met het oog op het evalueren van de werking van deze opvangcentra en het bepalen en het analyseren van de vastgestelde effecten, in de negen stadscentra, op het vlak van de evolutie van de algemene problematiek inzake drugverslaving.¹

Gezien de laattijdige oprichting van de MSOC's liep de voorziene evaluatiestudie eveneens vertraging op.² Bovendien had zich in functie van de evaluatiestudie de noodzaak opgedrongen om voor de negen opvangcentra voorafgaandelijk een identieke methodologie en evaluatiecriteria uit te werken.³ De Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (DWTC) schreven om die reden een voorbereidende studie uit.

De voorbereidende studie werd in 1997 gevoerd. Het onderzoek behelsde een zogenaamde 'feasibility study'. Dit betekent dat de mogelijkheden en beperkingen van een evaluatie van de MSOC's werden onderzocht. Het voorbereidend onderzoek resulteerde in een handleiding voor de toekomstige evaluatie van alle MSOC's waarbij gestreefd werd om een eenvormige methodologie en evaluatiecriteria uit te werken.⁴

Onderhavig evaluatieonderzoek is gebaseerd op de handleiding voor de evaluatie van de MSOC's. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de DWTC. De opdracht werd toegewezen aan een consortium van vier universiteiten. De ULB⁵ evalueerde de MSOC's van Charleroi en Mons; de UG⁶ evalueerde de MSOC's van Gent en Oostende; de ULg⁷ evalueerde het MSOC van Liège en de KUL⁸ evalueerde de MSOC's van Antwerpen en Genk/Limburg. De onderzoekstermijn liep van 1 april 1999 tot 31 maart 2001.

¹ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Algemene Beleidsverklaring inzake Drugs en Toxicomanie*, Brussel, 8 maart 1995; KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, Brussel, 2 februari 1995.

² Verduidelijking van de onderzoeksopdracht door Minister Ylief: YLIEF, Y., Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, *Gedr. St. Kamer*, 1996-97, 1062/1, 860.

³ *Ibid.*

⁴ VAN DAELE, L. en MANFREDINI, T., *Handleiding voor de evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC's) voor druggebruikers*, o.l.v. Prof. Dr. B. De Ruyver en Prof. Dr. A. Noirfalise, i.o.v. DWTC, Gent, UG - Luik, ULg, 1997.

⁵ Université Libre de Bruxelles. Promotor is Prof. Dr. I. Pelc; onderzoekers zijn Léon From en Pablo Nicaise.

⁶ Universiteit Gent. Promotor is Prof. Dr. B. De Ruyver; onderzoekers zijn Frederik Bullens en Guy Bosman; assistente is Freya Vander Laenen.

⁷ Université de Liège. Promotoren zijn Prof. Dr. C. Macquet en Prof. Dr. A. Noirfalise; onderzoeker is Olivier Warland.

⁸ Katholieke Universiteit Leuven. Promotor is Prof. Dr. J. Casselman; onderzoekster is Karolien Meuwissen.

Het algemene eindverslag dateert van juli 2001 en bevat de algemene conclusies en aanbevelingen betreffende het globale project 'MSOC'⁹.

Daarnaast publiceert elke universiteit een deelrapport waarin de specifieke resultaten van de evaluatie van de respectieve MSOC's aan bod komen.

Dit is het evaluatierapport van de MSOC's van **ANTWERPEN** en **GENK/LIMBURG**.

II. ONDERZOEKSDOELSTELLING

1. BELANG VAN EEN ONDUBBELZINNIGE DOELSTELLING

In onze huidige maatschappij worden instrumenten als management, responsabilisering en evaluatie, zowel binnen de private als binnen de publieke sector, steeds frequenter gehanteerd. Nochtans zijn deze termen niet neutraal en roepen zij onmiddellijk reacties op.

Een evaluatieonderzoek wordt door de band beschouwd als een controle op de werking die het verder bestaan van de geëvalueerde dienst kan bedreigen. Hoewel vragen omtrent de effectiviteit van sociale instituties niet mogen worden verward met vragen omtrent hun legitimiteit, blijken zij in de praktijk toch sterk verweven: aantonen dat iets ineffectief is vormt een sterk argument om ook de legitimiteit ervan onderuit te halen.¹⁰ Het is daarom noodzakelijk van bij de aanvang van het onderzoek duidelijk en ondubbelzinnig de doelstellingen naar voren te brengen.

2. EXPLICIETE DOELSTELLING

In het geval van de MSOC's is de legitimiteit niet ter discussie: het tienpuntenactieplan van de federale regering (1995) en de parlementaire werkgroep (1997) hebben de nood aan een laagdrempelige drughulpverlening zoals die momenteel door de MSOC's wordt geleverd, duidelijk aangetoond. Het is dan ook de bedoeling van het onderhavig onderzoek **de functie van de MSOC's in het kader van een algemene beleidsstrategie van hulpverlening ten aanzien van druggebruikers te optimaliseren**.¹¹ In de mate waarin de MSOC's kunnen participeren aan de bestaande netwerken van hulpverlening aan druggebruikers, is de optimalisering van de werking van de MSOC's als onderdeel van het regionaal netwerk van de hulpverlening een bijkomende doelstelling.¹² Het is in het licht hiervan dat de evaluatie verricht werd en de conclusies werden geformuleerd.

⁹ Zie PELC, I., DE RUYVER, B., CASSELMAN, J., NOIRFALISE, A., MACQUET, C., BOSMAN, G., BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P. en WARLAND, O., *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers. Algemeen rapport*, Brussel, DWTC, 2001.

¹⁰ RAES, K., *Het recht van de samenleving*, 1999, VUBPRESS, Brussel, 176-177.

¹¹ Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

¹² Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

3. IMPLICIETE DOELSTELLING

Volgens het **EU-actieplan 2000-2004** dient evaluatie een geïntegreerd onderdeel te zijn van de Europese aanpak van de drugbestrijding. Regelmatige evaluatie van de resultaten van de initiatieven, programma's en beleidsmaatregelen die worden geïnitieerd of voortgezet in de periode 2000-2004, zal echter van essentieel belang zijn en er zal in de toekomst duidelijk meer aandacht moeten geschonken worden aan deze activiteiten.¹³

De gezamenlijk door de WHO, UNDCP en EMCDDA uitgewerkte '**Workbooks Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder**' onderlijnen eveneens het belang van een correcte installatie van een positieve evaluatiecultuur. Er wordt benadrukt dat het belangrijk is te realiseren dat evaluatie van hulpverlening meer is dan een geheel van procedures. Evaluatie is een houding van zich voortdurend vragen stellen en informatie vergaren. Feedback over alle aspecten van het programma wordt gegeven en gebruikt, zelfs wanneer het minder positief is dan verwacht werd.¹⁴

Tot dusver genoot evaluatie echter weinig aandacht binnen de lidstaten van Europese Unie. Onderzoek naar de pragmatische effecten van wetgeving en beleid (*policy analysis*) of van de hulpverlening is ook in België een bijna onontgonnen terrein.¹⁵ Dit geldt evenzeer voor de evaluatie van initiatieven inzake de aanpak van de drugproblematiek.

In navolging van het Europees Actieplan wordt in de **federale drugnota** de uitbouw van een evaluatief instrumentarium als een prioritaire nood omschreven.¹⁶ Het MSOC-evaluatieonderzoek kan en moet dan ook als een duidelijk signaal beschouwd worden voor de installatie van een evaluatiecultuur. **De installatie van een evaluatiecultuur in België is bijgevolg een impliciete doelstelling van het evaluatieonderzoek.**

III. DE ONDERZOEKSOPDRACHT

1. TAKEN VOLGENS DE ONDERZOEKSOVEREENKOMST

De specifieke taken van het project worden in de onderzoeksovereenkomst in drie luiken onderverdeeld, met name:¹⁷

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

¹³ Mededeling van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement betreffende een actieplan van de Europese Unie inzake drugbestrijding (2000-2004), 7.

¹⁴ WHO, UNDCP, EMCDDA, *Workbooks Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder*, Framework, 4.

¹⁵ RAES, K., o.c., 176-177.

¹⁶ Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek, 28 oktober 2000, 7.

¹⁷ Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1-3.

De onderzoeksovereenkomst specificeert de luiken als volgt:

A. Luik piloot- en haalbaarheidsstudie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. ENKELE VOORAFGAANDE BEMERKINGEN BIJ DE OPDRACHT

2.1. Piloot- en haalbaarheidsstudie

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

2.2. Proces- en effectevaluatie

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

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

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

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

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

Deze omschrijvingen zijn theoretisch, in die zin dat er pas tijdens het onderzoek gebleken is in welke mate zulke proces- en effectevaluatie ook praktisch haalbaar was. Zo bleek de objectieve effectevaluatie¹⁸ ten aanzien van de cliënten zoals hierboven omschreven niet uitvoerbaar, hoewel een beperkt instrument bestaat dat veranderingen bij cliënten kan meten, zoals de ASI-vragenlijst. De onderzoekers waren echter niet in de mogelijkheid om dit meetinstrument te gebruiken, aangezien een minderheid van de MSOC's dit instrument aanwendt en het zelfs dan niet eenvormig toepast.

2.3. Tweeledige onderzoeksopdracht

Het evaluatieonderzoek heeft een tweeledige opdracht.

De eerste opdracht behelst de kritische evaluatie van **de ontwikkelingen en resultaten** van de MSOC's.¹⁹ Dit heeft betrekking op de wijze waarop de MSOC's zijn geïmplementeerd en opgestart. Er wordt eveneens onderzocht hoe de MSOC's hun **interne werking** hebben uitgebouwd. Wat de resultaten betreft, wordt rekening gehouden met alle beïnvloedende omgevingsfactoren.

De tweede opdracht behelst de evaluatie van de **plaats van de MSOC's binnen hun specifieke regionale netwerken van de hulpverlening**.²⁰ Het MSOC wordt namelijk niet alleen als instelling bekeken maar ook de plaats van het MSOC in het (drug)hulpverleningsnetwerk wordt onder de loep genomen. Het MSOC heeft immers als

¹⁸ Een subjectieve effectevaluatie was wel mogelijk via een cliëntenenquête en via Focus Groups. Wanneer de cliënten bevraagd worden over de mate waarin zij het programma een hulp vinden bij het oplossen van hun problemen, dan is dit een "proxy outcome measure". Zie: WHO, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Client Satisfaction Evaluations*, Workbook 6, s.l., 1998, 3.

¹⁹ Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

²⁰ Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

taak om samen te werken met andere actoren van de drugsector en zich te integreren in de regionale netwerken van hulpverlening aan druggebruikers. Er wordt onderzocht in welke mate de MSOC's samenwerken met andere actoren en participeren in de netwerken van hulpverlening aan druggebruikers. De aanwezigheid van netwerken en andere actoren is daarbij een cruciale omgevingsfactor. Om die reden wordt ook onderzocht in hoeverre er voldoende andere actoren aanwezig zijn in de doelregio's van de MSOC's, in hoeverre er netwerken voorhanden waren bij de start van de MSOC's, in welke mate zich eventueel netwerken hebben ontwikkeld sinds de oprichting van de MSOC's en in hoeverre andere partners van het netwerk hun werking aanpasten door de komst van de MSOC's.

IV. METHODIEK

1. HET EVALUATIEONDERZOEK ALS PARTICIPATIEF ONDERZOEK

Het lijkt geen twijfel dat binnen een reflexieve praktijk- en theorieontwikkeling, gebaseerd op deskundigheid en respect voor de gevoeligheden van de diverse betrokkenen, een wetenschappelijk onderzoek een belangrijke stimulus kan zijn.²¹ Even duidelijk is echter het feit dat een samenwerking met de MSOC-equipen al net zo noodzakelijk is. De personeelsleden van de MSOC's hebben immers een rijke kennis over hun werkplaats en in hun particuliere organisatorische situatie zijn zij meer expert dan onderzoekers ooit kunnen zijn.²² Daarom wordt in kwalitatief onderzoek ook de onderzochte of de informant beschouwd als iemand die duidingen en verklaringen kan leveren die ook voor de onderzoeker bevredigend zouden kunnen zijn en deel kunnen gaan uitmaken van de uiteindelijke verklaringen die de onderzoeker formuleert.²³

Onderhevig evaluatieonderzoek wordt dan ook omschreven als een **participatief actiegericht onderzoek**²⁴. In participatief of coöperatief onderzoek is de onderzoeker betrokken bij en in interactie met de sociale realiteit die men wil bestuderen. De afstand tussen onderzoeker en subject wordt kleiner en alle deelnemers aan het onderzoek zijn 'co-researcher' of 'co-subject'. Voor onderzoek met betrekking tot organisaties impliceert dit dat men samenwerkt met de leden van die organisatie en hen beschouwd als 'co-learners'²⁵. Er is met andere woorden sprake van een nauwe samenwerking en communicatie met de MSOC's. Beide partners hebben een unieke en waardevolle inbreng. De onderzoekers brengen hun wetenschappelijke expertise binnen het MSOC, de MSOC's toetsen deze in communicatie met de onderzoekers aan de praktijk. Een

²¹ BOUVERNE-DE BIE, M., *Forensisch welzijnswerk*, Gent, Academia Press, 1999, 71.

²² SIPS, K., *Participative Action Research : the role of researcher, organisation and external consultant*, paper presented at the Conference on Learning and Research in Working Life, Londen, Sweden, june 20-23, 1994, 3.

²³ SMALING, A., "Argumentatie, coöperatie en caritas in kwalitatief onderzoek", in: SMALING, A. en HIJMAN, E. (red.), *Kwalitatief onderzoek en levensbeschouwing*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 1997, 206.

²⁴ REASON, P. en ROWAN, J. (ed.), *Human Inquiry : a sourcebook of new paradigm research*, New York, Wiley, 1981, 530 p.; SELENER, D., *Participatory Action Research and Social Change*, New York, Ithaca, 1997, 384 p.; WHYTE, W.F. (ed.), *Participatory Action Research*, Newbury Park, Sage Publications, 1991, 247 p.

²⁵ ELDEN, M. en LEVIN, M., 'Cognitive Learning : Bringing Participation into Action Research', in WHYTE, W.F. (ed.), *Participatory Action Research*, Londen, Sage Publications, 1991, 127-142.

dergelijke samenwerking lijkt uiteindelijk de meeste waarborgen te bieden om een proces- en effectevaluatie op een kwalitatieve wijze te kunnen volbrengen.

Ook is het belangrijk het onderscheid te maken tussen een ‘wetenschapsgerichte’ invulling van kwalitatief onderzoek (waarbij weliswaar toegang gezocht wordt tot de eigen interpretaties en het perspectief van de betrokkenen, maar waarbij het verzamelde materiaal vervolgens zodanig bewerkt wordt dat de resultaten zich als objectieve, wetenschappelijke verantwoorde kennis laten presenteren) en handelings- of actiegerichte vormen van kwalitatief onderzoek. Deze laatste invulling wordt in Nederland bijvoorbeeld bepleit door Harry Coenen en werd in het Angelsaksisch taalgebied onder meer door Guba en Lincoln ontwikkeld.²⁶

In een **actiegericht kwalitatief onderzoek** wordt het perspectief van de betrokkenen centraal gesteld en wordt het onderzoek op normatieve gronden in dienst gesteld van de behoeften en prioriteiten die in de betrokken praktijk aangetroffen worden.²⁷

2. METHODEN

2.1. De globale methodiek : Rapid Situation Assessment

De Rapid Situation Assessment - aanpak werd als rode draad doorheen het evaluatieonderzoek gehanteerd. Rapid Situation Assessment (RSA) refereert aan een onderzoeksbenadering waarbij verschillende **kwantitatieve** en **kwalitatieve** methoden en technieken worden gecombineerd om gegevens te verzamelen.²⁸ De Rapid Situation Assessment -benadering erkent dat kwantitatieve gegevens op zich te weinig zeggen over de problematiek. Een kwalitatieve aanpak, die rekening houdt met de diverse omgevingsfactoren, levert een noodzakelijke aanvulling.²⁹ Rapid Assessment heeft daarbij het voordeel dat ze sneller pragmatische onderzoeksresultaten oplevert voor het beleid dan conventionele onderzoeksbenaderingen.³⁰

Er bestaan verschillende types Rapid Situation Assessment. Een continuum van korte schattingen van de drugproblematiek tot uitgebreide projectontwikkelde Rapid Situation Assessments kunnen onderscheiden worden. Tevens kan de evaluatie van een drughulpverleningsprogramma een integraal onderdeel uitmaken van een Rapid Situation Assessment.³¹ Het is dit laatste type dat in dit onderzoek aangewend werd. In het luik

²⁶ Ibid en ook: LINCOLN, S.Y. en GUBA, E.G., *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, Sage Publications, 1998.

²⁷ KUNNEMAN, H., "Een postmoderne hermeneutiek als wetenschapstheoretisch kader voor kwalitatief onderzoek", in: SMALING, A. en HIJMANS, E. (red.), o.c., 206.

²⁸ UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, Vienna, maart 1999, voorwoord; QUALITATIVE EUROPEAN DRUG RESEARCH NETWORK, *Workgroup review of qualitative research on the health risks associated with injecting drug use, Co-ordination of working groups of qualitative researchers to analyse different drug use patterns for public health strategies and prevention* (CT97.EP.01), URL: www.qed.org.uk/european.html

²⁹ RHODES, T., STIMSON, G., FITCH, C., BALL, A. en RENTON, A., "Rapid assessment, injecting drug use and public health", *The Lancet*, Vol. 354, 1999, 65; RHODES, T., STIMSON, G., CROFTS, N., BALL, A., DEHNE, K. en KHODAKEVICH, L., "Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response", *AIDS*, 1999, 13 (suppl A): S267.

³⁰ RHODES, T., STIMSON, G., FITCH, C., BALL, A. en RENTON, A., o.c., 66.

³¹ UNDCP, o.c., 6.

epidemiologie worden de vergaarde kwantitatieve en kwalitatieve data aan elkaar gelinkt. Op die wijze was het mogelijk om tot een inschatting te komen van de aard en de omvang van het problematisch druggebruik waarbinnen de werking van de MSOC's dient gesitueerd te worden. Bovendien werden ook andere omgevingsfactoren (bijvoorbeeld de omvang van het drughulpverleningsaanbod) in rekening gebracht.

2.2. Specifieke methoden per onderzoeksopdracht

2.2.1. Afbakening van de onderzoeksregio's

Het afbakenen van de onderzoeksregio gebeurde aan de hand van het geografisch attractiegebied (GAG) van het MSOC, met name de cijfergegevens betreffende de woonplaats van de cliënten van het MSOC.

2.2.2. Beschrijving van het problematisch druggebruik in de regio's van de MSOC's

De schaarse bestaande kwantitatieve gegevens op vlak van de aard en de omvang van het problematisch druggebruik werden in de loop van het onderzoek geïventariseerd en geanalyseerd. Het gaat meer bepaald om registraties vanuit diverse diensten betrokken bij de drugproblematiek en wetenschappelijke studies in het domein van de drugproblematiek.

Deze gegevens werden aangevuld met kwalitatieve informatie via interviews met sleutelfiguren in de sector.

2.2.3. Beschrijving van het hulpverleningsaanbod in de regio's van de MSOC's

De beschrijving van het bestaande aanbod aan drughulpverlening in de MSOC-regio's gebeurde aan de hand van een dubbel criterium, namelijk het criterium van de echelonnering enerzijds (of de afstand tussen cliënt en hulpverlener) en het criterium van de functie anderzijds (of het soort hulp dat geboden wordt).

Deze beschrijving werd aangevuld door interviews met sleutelfiguren in de sector waarbij eventuele leemtes in het hulpverleningsaanbod naar boven kwamen.

2.2.4. Proces- en effectevaluatie van de interne werking van de MSOC's

De interne werking werd in de eerste plaats bekeken aan de hand van bestaande gegevens, zoals de RIZIV-conventies, interne documenten, jaarverslagen van de MSOC's, enz.

Daarnaast werden door het onderzoek bijkomende data gecreëerd, via verschillende methodes:

- "Participerende" observatie:

De onderzoekers waren regelmatig aanwezig in de MSOC's. Aangezien er deelgenomen werd aan teamvergaderingen en interne discussies, kan de observatie als "participerende observatie op het niveau van de inrichting" omschreven worden.

- Interviews met de personeelsleden:

Aan de hand van een open-vragenlijst werden er semi-gestructureerde mondelinge interviews afgenomen van zoveel MSOC-personeelsleden als mogelijk³². Hierbij kwamen ondermeer de volgende vragen aan bod. Hoe hebben de MSOC's hun laagdrempelige werking uitgebouwd? Bereiken zij hun doelpubliek? Hoe wordt er gewerkt met de cliënten? Hoe verloopt de samenwerking met de overige (drug)hulpverlening?

In het MSOC van **ANTWERPEN** werden **9** personeelsleden bevraagd: 4 psycho-sociale begeleiders, 2 onthaalmedewerkers, 2 directeurs, 1 verpleegkundige en 1 teamcoördinator. De gemiddelde anciënniteit van de personeelsleden in het MSOC en ervoor in Free Clinic bedraagt 6 jaar en 3 maanden (range: 1,5 jaar - 15 jaar).

In het MSOC **LIMBURG** werden **15** personeelsleden bevraagd: 7 drughulpverleners, 2 directeurs, 2 maatschappelijk assistenten, 1 verpleegkundige, 1 administratief medewerker, 1 straathoekwerker en 1 coördinator. De gemiddelde anciënniteit van deze personeelsleden in het MSOC en ervoor in het CAD bedraagt 5 jaar en 10 maanden (range: 4 maanden - 18 jaar).

Naast de gestructureerde interviews werden eveneens regelmatig informele gesprekken gehouden met de personeelsleden van de beide MSOC's.

- Client Satisfaction Questionnaire:

De evaluatie van de tevredenheid van cliënten is een uitstekende mogelijkheid om cliënten te betrekken bij de evaluatie van het MSOC³³ en het consumentenperspectief mee in de evaluatie van het MSOC te betrekken.³⁴

Gedurende het evaluatieonderzoek werd dan ook een schriftelijke vragenlijst aan de cliënten overhandigd (Client Satisfaction Questionnaire). Bij de opstelling van de vragenlijst baseerden we ons op het werkboek "Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment".^{35 36}

De Client Satisfaction Questionnaire ligt ergens tussen proces- en effectevaluatie. Wanneer het gaat om vragen over de processen binnen een dienst, dan is er sprake van procesevaluatie. Wanneer de cliënten bevraagd worden over de mate waarin zij het programma een hulp vinden bij het oplossen van hun problemen, dan is de Client

³² Voor de vragenlijst t.a.v. het personeel: zie bijlage 1.

³³ WHO, UNDCP, EMCDDA, o.c., Workbook 6, 3.

³⁴ *Ibid.*, 4.

³⁵ *Ibid.*, 56 p.

³⁶ Voor de tevredenheidsenquête t.a.v. cliënten: zie bijlage 2.

Satisfaction Questionnaire een “proxy outcome measure”.³⁷ Een positieve evaluatie door cliënten, is op zich echter niet voldoende om de effectiviteit van een begeleiding / behandeling te meten.

De vragenlijsten werden binnen de MSOC's gedeponeerd. Personeelsleden van de MSOC's stimuleerden de cliënten om de vragenlijsten in te vullen en verschaften uitleg aangaande het hoe en waarom van de vragenlijsten.

De CSQ's kunnen als een succes beschouwd worden. Globaal genomen zijn de vragenlijsten volledig ingevuld.

In het MSOC van **ANTWERPEN** werden **53** enquêtes ingevuld, waarvan 33 mannen en 17 vrouwen³⁸ en waarvan de gemiddelde leeftijd 33,9 jaar bedraagt³⁹. 44 van de 53 respondenten hebben de Belgische nationaliteit⁴⁰. Wat de gebruikte producten betreft, geeft het merendeel aan methadon te gebruiken (41/53). Cannabis en benzo's/medicatie komen op de tweede plaats (telkens 30/53); op de derde plaats cocaïne (21/53) en alcohol (20/53). 17 personen hebben heroïne als product aangekruist.

In het MSOC van **LIMBURG** werden **31** enquêtes ingevuld, waarvan 22 mannen en 9 vrouwen⁴¹ en waarvan de gemiddelde leeftijd 29 jaar bedraagt⁴². 21 van de 31 respondenten hebben de Belgische nationaliteit. Methadon is het meest vermelde product (25/31), gevolgd door heroïne en cannabis (telkens 13/31). Ook alcohol wordt nog in bijna 1/3 van de gevallen vermeld (9/31).

'Meervoudig druggebruik' wordt dezer dagen snel in de mond genomen. De meeste respondenten van deze enquêtes kruisten 2 of 3 producten aan, waaronder vaak cannabis en/of alcohol. Het gebruik van meer dan 3 producten komt blijkbaar veel minder voor. Zonder ons uit te spreken over de representativiteit van deze enquêtes, mogen we misschien dit meervoudig druggebruik relativeren, temeer daar uit zulke cijfergegevens niet kan opgemaakt worden in welke mate deze producten gebruikt worden.

2.2.5. Proces- en effectevaluatie van de participatie van de MSOC's aan het netwerk

Ook wat de externe werking betreft werd er een combinatie gemaakt van bestaande documenten enerzijds en interviews met sleutelfiguren anderzijds.

³⁷ WHO, UNDCP, EMCDDA, o.c., Workbook 6, 3.

³⁸ 3 respondenten hebben hun geslacht niet vermeld. Verhoudingsgewijs hebben er meer vrouwen deelgenomen aan de enquête dan er vrouwelijke cliënten in behandeling zijn in het MSOC.

³⁹ Deze gemiddelde leeftijd ligt iets hoger dan de gemiddelde leeftijd van de totale populatie van MSOC-clieënten.

⁴⁰ Vergeleken met de totale cliëntenpopulatie van het MSOC hebben er verhoudingsgewijs meer Belgen de enquête ingevuld. Dit is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat de enquête in het Nederlands was opgesteld, wat een drempel kan betekenen voor anderstalige cliënten.

⁴¹ Verhoudingsgewijs hebben er meer vrouwen deelgenomen aan de enquête dan er vrouwelijke cliënten in behandeling zijn in het MSOC.

⁴² Dit komt overeen met de totale populatie van het MSOC-clienteel, waar de meerderheid van de cliënten (<40%) zich bevindt in de leeftijdscategorie 25-34 jaar.

- Interviews met externe actoren:

Aan de hand van een open-vragenlijst werden er semi-gestructureerde mondelinge interviews afgenomen van een breed gamma van personen werkzaam in de drughulpverlening⁴³. Maar ook werden er gesprekken gevoerd met mensen uit de welzijnssector, meer bepaald die diensten die geen specifiek aanbod hebben ten aanzien van (problematische) druggebruikers, maar die wel met de doelgroep van de MSOC's (gedeeltelijk) in contact komen. Daarnaast werden beleidsmensen bevestigd, personen van politieke en justitiële instanties en buurtbewoners.

Hierbij werd bestudeerd hoe de overige (drug)hulpverlening (gezondheidszorg en welzijnszorg) reageerde op de komst van de nieuwe drughulpverleningsinstellingen. Werden er samenwerkingsverbanden georganiseerd? Hoe verloopt de samenwerking en/of doorverwijzing van cliënten? Ontwikkelde zich een netwerk voor druggebruikers? Hoe percipiëren de andere (drug)hulpverleningsinstellingen de werking van de MSOC's? Bereiken de MSOC's volgens hen de vooropgestelde doelgroep? Hoe wordt het problematisch druggebruik in de regio ingeschat? Hoe wordt de werkwijze van de MSOC's beoordeeld?

Naast de semi-gestructureerde interviews werden eveneens regelmatig informele gesprekken gehouden met diverse actoren.

Voor de regio **ANTWERPEN** werden **24** mensen geïnterviewd, vanuit verschillende sectoren.

Schema 1 : Bevestigde externe actoren in provincie Antwerpen

Sector	Aantal respondenten
Categoriale drughulpverlening	3
CGG's	2
Algemeen welzijnswerk	6
Straathoekwerk	1
Druggebruikers	1
Apothekers & huisartsen	2
Psychiatrie	1
Koepelorganisaties	2
Politie & justitie	5
Buurtbewoners	1
Totaal	24

Voor de regio **LIMBURG** werden er **3** personen geïnterviewd, waarvan 1 vanuit de categoriale drughulpverlening, 1 vanuit de psychiatrische sector en 1 vanuit politie. Aan dit aspect van het onderzoek werd voor het MSOC Limburg minder aandacht besteed, ten voordele van de analyse van de gedecentraliseerde werking.

⁴³ Voor de vragenlijst t.a.v. externe actoren: zie bijlage 3.

2.2.6. Algemeen: literatuurstudie en studiedagen

Teneinde de onderzoeksresultaten in de correcte wetenschappelijke context te plaatsen werd de nationale en internationale literatuur bestudeerd en werd er deelgenomen aan studiedagen die in het kader van de drugproblematiek werden georganiseerd.

V. BESLUIT

Rond het opzet van het onderzoek kunnen we besluiten dat er een combinatie werd gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodes, teneinde aan de tweevoudige onderzoeksopdracht tegemoet te komen. De kwalitatieve component werd voornamelijk vertaald in het afnemen van interviews. Hierbij werd het project MSOC bekeken vanuit verschillende invalshoeken: niet enkel vanuit de invalshoek van de MSOC's zelf, maar ook van de overige categoriale hulpverlening, van de niet-categoriale hulpverlening, van politie en justitie en tenslotte van de druggebruikers zelf.

VI. AANBEVELINGEN

De aanbevelingen betreffende het onderzoek en de methodologie zoals ze geformuleerd worden in het algemeen eindverslag, kunnen hier overgenomen worden:

- **Installatie van een evaluatiecultuur**

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

- **Ontwikkelen van evaluatiecriteria**

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

Om evoluties bij de cliënten na te gaan, kan - in afwachting van beter ontwikkelde evaluatie-instrumenten - het gebruik van de ASI-vragenlijst in alle drughulpverleningsinstellingen aangemoedigd worden.

- **Combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methodes**

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

DEEL II : ALGEMENE OMSCHRIJVING VAN DE MSOC's EN DE OPDRACHTBEPALINGEN

I. INLEIDING

Vanaf 1997 werden in enkele Belgische stedelijke agglomeraties de Medisch-Sociale OpvangCentra voor druggebruikers (MSOC)⁴⁴ opgericht. Het zijn laagdrempelige ambulante centra die zich richten tot de meest gemarginaliseerde gebruikers van illegale drugs. De substitutiebehandelingen (voornamelijk met methadon) maken een belangrijk deel van de werking van deze centra uit, doch de MSOC's zijn veel meer dan methadonprogramma's alleen. Zij bieden eveneens individuele psychologische en sociale hulp in een multidisciplinair kader, naast groepsactiviteiten.

In de drughulpverlening is de laatste decennia in Vlaanderen en België een evolutie merkbaar van hoogdrempelige residentiële hulpverlening gericht op ontwenning naar meer laagdrempelige ambulante hulpverlening vanuit een *harm reduction*-perspectief⁴⁵. Na de komst van de dagcentra zijn de MSOC's een volgende stap in deze evolutie⁴⁶. Deze centra willen inspelen op enkele leemtes in het drughulpverleningsaanbod in België die reeds in het begin van de jaren '90 vanuit de hulpverlening werden geformuleerd. Er was o.a. sprake van een gebrekkige functionele differentiëring. Het aspect 'behandelen' was oververtegenwoordigd, ten nadele van het aspect 'medisch-sociale verzorging'. Bovendien waren de meeste initiatieven bijna uitsluitend gericht op het realiseren van één doelstelling, namelijk herstel en genezing van de drugafhankelijkheid. Voorzieningen waarbij ook druggebruikers terecht konden die niet gemotiveerd waren tot totale ontwenning waren nagenoeg onbestaande⁴⁷. De MSOC's beogen een soort 'restcategorie' van gebruikers van illegale drugs te bereiken die door de bestaande hulpverleningsinstellingen niet (meer) of onvoldoende bereikt worden. De focus hierbij ligt niet zozeer op het druggebruik, maar vooral op de achterliggende problemen (op psychologisch, sociaal en medisch vlak).

II. BELEIDSONTWIKKELINGEN DIE GELEID HEBBEN TOT DE OPRICHTING VAN DE MSOC'S

1. Actieplan Toxicomanie-Drugs (1995)

In 1995 gaf de federale regering door middel van het Actieplan Toxicomanie-Drugs haar voornemen te kennen om een aantal initiatieven op te zetten en te bevorderen die een antwoord bieden op het complexe, veelzijdige en evolutieve fenomeen dat de

⁴⁴ In Wallonië en Brussel dragen deze centra de naam 'Maisons Socio-Sanitaires pour usagers de drogues (MASS)'.

⁴⁵ *Harm reduction* wijst op een reactie op druggebruik waarbij niet het druggebruik zelf centraal staat, maar waarbij men de schade wil beperken die met het gebruik van drugs kan gepaard gaan: TODTS, S., "Harm reduction als vorm van drugsbeleid", *Welzijnsgids* 1998, afl. 28, 41-65.

⁴⁶ Zie KEYMEULEN, R. en MAERTENS, J., 'Dagcentra voor druggebruikers in Vlaanderen', *Handboek Verslaving*, B 5130, 3-5.

⁴⁷ VAN DEUN, P., 'Hulpverlening aan drugsverslaafden : van verscheidenheid naar continuïteit', in DE RUYVER, B. en DE LEENHEER, A., *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu – Brussel, Bruylant, 1994, 208-210.

drugproblematiek is⁴⁸. Het Actieplan bevat een weinig samenhangende opsomming van tien punten aan de hand waarvan deze algemene doelstelling geconcretiseerd wordt. De oprichting van de MSOC's wordt aangekondigd, naast andere initiatieven zoals bijvoorbeeld de verbetering van de opleiding van het gevangenispersoneel m.b.t. de problematiek van de drugverslaving, het opzetten van een uitwisselingsprogramma voor injectiespuiten en de bestemming voor het RIZIV⁴⁹ van de opbrengst van de tegeldemaking van vermogensvoordelen die in beslag werden genomen bij de strijd tegen de drughandel.

Volgens het Actieplan situeert de opdracht van de MSOC's zich op twee gebieden. Op **medisch** gebied zullen de MSOC's de kwaliteit van het leven van de druggebruiker trachten te verbeteren door aan hun behoeften inzake behandeling te beantwoorden, 1) door de schade die het druggebruik betekent voor de volksgezondheid (aids, hepatitis), te verminderen en 2) door het voorschrijven van substitutiebehandelingen, vaak de meest aangewezen therapie voor cliënten die aan heroïne verslaafd zijn en vaak tot de meest marginalen behoren. Op **sociaal** gebied bestaat het doel van de MSOC's hierin dat ze de druggebruikers opnieuw in de maatschappij trachten in te passen en hen weer trachten op te nemen in het beroepsleven (i.e. hulp op het vlak van schulden, loonbeheer, huisvesting, sociale dekking, het zoeken naar een baan, enz.). Uiteindelijk beoogt men de deelneming aan langdurige therapeutische programma's te bevorderen, die moeten leiden tot het stoppen met het druggebruik. Anderzijds kan worden gehoopt dat de verbetering van sociale en medische levensomstandigheden van de druggebruikers zal bijdragen tot een vermindering van het eventuele misdadige gedrag.

2. Parlementaire werkgroep Drugs (1997)

In 1997 stelde de parlementaire werkgroep Drugs haar verslag voor⁵⁰, dat het resultaat was van anderhalf jaar hoorzittingen en vergaderingen, waarbij zowel beleidsmensen als mensen van het werkveld, academici en gebruikers betrokken werden. Het was de eerste keer dat de drugproblematiek in een parlementair document op globale wijze benaderd werd, vanuit de optiek dat het beleid zich niet enkel dient te richten op de middelen en het middelengebruik, maar op de gehele sociale context. Op het ogenblik van het neerleggen van het verslag (juni 1997) was de oprichting van enkele MSOC's reeds een feit. Het verslag van de parlementaire werkgroep Drugs kan strikt genomen dus niet beschouwd worden als een beleidsdocument dat geleid heeft tot de oprichting van de Medisch-Sociale Opvangcentra. Nochtans is het belangrijk enkele inhoudelijke aspecten ervan toe te lichten in deze bijdrage, aangezien er naast preventie, wetenschappelijk onderzoek en repressie zeer nadrukkelijk aandacht besteed wordt aan (laagdrempelige) hulpverlening en de verdere uitbouw en ondersteuning van harm reduction initiatieven zoals de MSOC's.

Men stelt vast dat de hulpverlening vooral op de nulde en de eerste lijn nog hiaten vertoont, die moeten opgevuld worden door een betere ondersteuning van de initiatieven inzake harm reduction en straathoekwerk. Een soepele financiering van deze

⁴⁸ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, Brussel, 2 februari 1995.

⁴⁹ RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering.

⁵⁰ Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, *Parl. St.* Kamer 1996-97, nr. 1062/3.

laagdrempelige hulpverlening moet ervoor zorgen dat de doelgroep ('gemarginaliseerde harddruggebruikers, die bovendien vaak niet verzekerd zijn') bereikt wordt. Harm-reduction moet niet alleen gericht zijn op het medisch aspect van het druggebruik, maar moet tevens pogen de sociale reïntegratie te bevorderen. Bij de methadon- of andere substitutiebehandelingen dienen hulpverleners van de eerste lijn (huisartsen, psychiaters, apothekers en gezondheidscentra) te worden betrokken op voorwaarde dat artsen een degelijke vorming krijgen, dat er ondersteuning is vanuit gespecialiseerde centra (zoals bijvoorbeeld huisartsen inschakelen in de regionale antennes van de MSOC's) en dat een centraal beheerd registratiesysteem wordt uitgebouwd. Via doelgroepafbakening, overleg en doorverwijzing moet op regionaal niveau een onderling op elkaar afgestemd netwerk van laagdrempelige drughulpvoorzieningen tot stand gebracht worden, dat op zijn beurt vanuit een multidisciplinaire aanpak dient geïntegreerd te worden in het bestaande netwerk van sociale en medische voorzieningen. Volgens de werkgroep dient de samenwerking met justitie gesteund te worden op terreinafbakenende samenwerkingsprotocollen en gebaseerd op wederzijdse erkenning.

III. OPRICHTING VAN DE MSOC's

In januari 1997 ging het eerste MSOC, dat van Gent, daadwerkelijk van start. De andere MSOC's volgden in de loop van 1997 en 1998 en in september 1999 werd het tot nu toe laatste MSOC opgericht, dat van Brussel. Sommige zijn 'van nul' begonnen, zoals MSOC Oostende; maar de meeste zijn aanpassingen van bestaande structuren, zoals het MSOC Antwerpen (dat deel uitmaakt van de bestaande 'Free Clinic') of Start-MASS te Liège (dat reeds onder dezelfde naam bestond als centrum voor druggebruikers in het kader van de Veiligheidscontracten). In totaal bestaan er nu, verspreid over heel België, 8 MSOC's⁵¹, namelijk in Oostende, Gent, Antwerpen, Genk/Limburg, Liège, Charleroi, Mons en Brussel⁵². Zoals het Actieplan Toxicomanie-Drugs vooropstelde, zijn dit 'stedelijke agglomeraties met ernstige drugproblemen'.

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

Zoals reeds aangehaald, bepalen de RIZIV-conventies het theoretische kader (doelgroep, doelstellingen, middelen) waarbinnen de MSOC's opereren. Binnen de begrenzingen van dit theoretische kader zien we dat de verschillende MSOC's blijvend een gedifferentieerde praktische werking ontwikkelen, aangepast aan de regionale behoeftes en mogelijkheden.

⁵¹ Het oorspronkelijk voorziene MSOC van Namur werd nooit opgericht omdat de plaatselijke overheden zo'n centrum niet noodzakelijk vonden.

⁵² Merk op dat het MSOC Brussel niet in onderhavig onderzoek werd betrokken aangezien dit centrum pas na de aanvang van het onderzoek werd opgericht (namelijk in september 1999).

IV. OPDRACHTBEPALINGEN IN DE RIZIV-CONVENTIES

De initiële **doelstellingen** van de MSOC's worden meer in detail beschreven in de conventies die zij sloten met het RIZIV ten tijde van hun oprichting. De conventies werden voor alle MSOC's op dezelfde wijze opgesteld, enkele minimale verschillen niet te na gesproken.

Deze overeenkomsten definiëren de door de inrichting beoogde populatie, de geboden revalidatie-activiteiten, de vergoedbare revalidatieprestaties, de beoogde doelstellingen van de revalidatie en de revalidatie-equipe die hiervoor in staat. Voor de rechthebbenden van de verzekering legt de overeenkomst de honoraria en prijzen van de revalidatie vast. Voor de partijen die de overeenkomst afsluiten, regelt de overeenkomst niet alleen de onderlinge betrekkingen en de respectieve bevoegdheden, maar ook de betrekkingen met en de bevoegdheden van zowel de Dienst voor geneeskundige verzorging als de verzekeringsinstellingen.⁵³

Mede omdat de inhoud van de conventies verderop in onderhavig rapport nog van naderbij zal bekeken worden, beperken we ons hier tot de beschrijving van de doelstellingen op het niveau van het MSOC, op het niveau van de cliënt en tenslotte op het niveau van het netwerk.

1. Doel op het niveau van de inrichting

In de conventies lezen we dat de ambulante Medisch-Sociale Opvangcentra zoals bedoeld in het Actieplan Toxicomanie-Drugs van de federale regering, opgericht worden voor illegale druggebruikers die door andere voorzieningen, van welke aard ook, niet (meer) of onvoldoende bereikt worden en voor wie tevens, omwille van een problematiek op meerdere vlakken (medisch, psychologisch of sociaal), een multidisciplinaire behandeling geïndiceerd is. Het gaat hier om (verzekerde) cliënten die illegale drugs gebruiken en die lijden aan stoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen die in de DSM-III-R beschreven zijn onder de codes 304.xx (afhankelijkheid van een middel), 305.20, 305.30, 305.40, 305.50, 305.60, 305.70 en 305.90 (misbruik van een middel)⁵⁴. Als MSOC's moeten de inrichtingen volgens de conventie aan deze mensen snel en op maat medische en sociale begeleiding bieden⁵⁵. Het uiteindelijke opzet hierbij is hoe dan ook de aanzet te vormen tot een effectieve behandeling van de verslaving⁵⁶.

2. Doel op het niveau van de cliënt

De revalidatie ten aanzien van de cliënt heeft als doel de **toestand van de druggebruiker op medisch, psychologisch en sociaal vlak gevoelig te verbeteren**. Met betrekking tot het druggebruik zelf, is de volledige ontwenning steeds de uiteindelijke doelstelling, doch het kan aangewezen zijn als tussenstap te werken met **beperkte, haalbare**

⁵³ RIZIV-conventie, art. 1.

⁵⁴ RIZIV-conventie, art. 6.

⁵⁵ RIZIV-conventie, art. 2 § 2.

⁵⁶ RIZIV-conventie, art. 2 § 3.

doelstellingen; in sommige gevallen kan de behandeling zich zelfs (tijdelijk) uitsluitend richten op het in contact komen en blijven met de druggebruiker⁵⁷.

Op **medisch vlak** richt de behandeling zich onder meer op de vermindering of eliminatie van het druggebruik (eventueel door vervangingsmedicatie) op korte termijn (via een afbouwschema) of op lange termijn (via vervangingsmedicatie op onderhoudsbasis), het diagnosticeren en behandelen van gezondheids- en psychiatrische problemen en de individuele preventie van nieuwe gezondheidsproblemen door het bestrijden van risicogedrag en slechte leefgewoonten, bijvoorbeeld op het vlak van hygiëne en voeding⁵⁸.

Op **psychologisch vlak** heeft de revalidatie tot doel de psychologische problemen die aan de basis liggen van het druggebruik of die het druggebruik instandhouden, te diagnosticeren en te behandelen, zodat het psychologisch welbehagen toeneemt, de sociale integratie verbetert en de afhankelijkheid van drugs afneemt of volledig verdwijnt. Er kan onder andere gewerkt worden aan de verwerking van traumatische ervaringen, de behandeling van neuroses, depressies en angststoornissen, het verhogen van de weerbaarheid van de cliënt en van het vermogen om bepaalde problemen constructief op te lossen, de verbetering van sociale vaardigheden, de oplossing van relationele of familiale problemen, enz.⁵⁹

Op **sociaal vlak** kan men zich richten op het vervullen van basisbehoeften (voeding, kleding, onderdak), het verbeteren van de inkomenssituatie, het verbeteren van de huisvestingssituatie, het regelen van de verzekeraar, het verbeteren van de justitiële situatie, het herstellen van contacten met familie en het verminderen van familiale conflicten, enz. De conventies vermelden bij hogergenoemde terreinen van behandeling op sociaal vlak expliciet de mogelijkheid tot effectieve doorverwijzing naar gespecialiseerde instanties⁶⁰.

3. Doel op het niveau van het netwerk

Tenslotte bepalen de conventies dat de MSOC's moeten participeren aan de netwerken van hulpverlening aan druggebruikers⁶¹. De MSOC's moeten deelnemen aan de initiatieven op het gebied van registratie en coördinatie⁶².

4. Kritische analyse van de opdracht

De algemene werkingsprincipes en opdrachtbepalingen van de MSOC's zijn voor verschillende interpretaties vatbaar. Dit heeft de MSOC's enerzijds toegelaten zich aan te passen aan de lokale omstandigheden waarmee ze geconfronteerd worden. Anderzijds zorgen deze opdrachtbepalingen op bepaalde vlakken voor onduidelijkheid en

⁵⁷ RIZIV-conventie, art. 7 § 1.

⁵⁸ RIZIV-conventie, art. 7 § 2.

⁵⁹ RIZIV-conventie, art. 7 § 3.

⁶⁰ RIZIV-conventie, art. 7 § 4.

⁶¹ RIZIV-conventie, art. 2 § 2 - § 5 en art. 6.

⁶² RIZIV-conventie, art. 2 § 5.

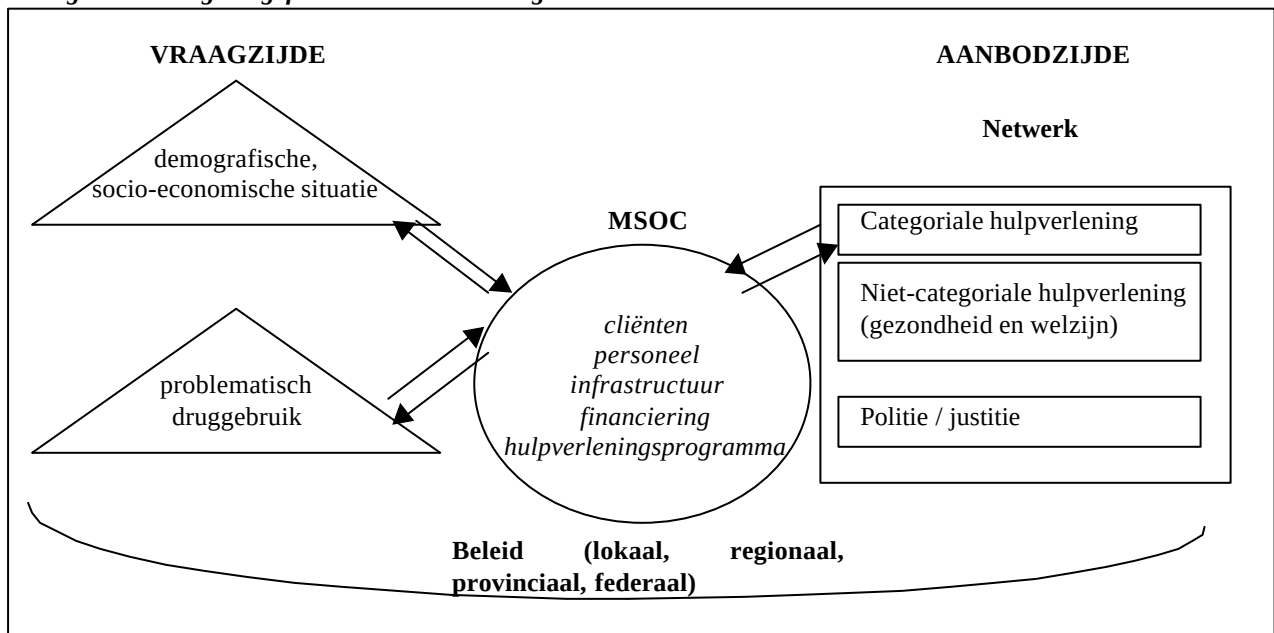
verwarring. In het algemene eindverslag van het MSOC-onderzoek worden deze inconsequenties uitvoerig beschreven. We vatten ze hier nog even samen:

- Het **gebrek aan een definitie van concepten** zoals 'laagdrempeligheid' en 'gemarginaliseerde druggebruikers'.
- Een **opeenstapeling van doelstellingen**: pedagogische doelstellingen (sociale reïntegratie van de druggebruikers), doelstellingen op het vlak van de gezondheid (schade verminderen die samengaat met het gebruik van illegale drugs), therapeutische doelstellingen (cliënten aanzetten tot het deelnemen aan ontwenningprogramma's) en veiligheidsdoelstellingen (impact hebben op delinquent gedrag).
- De **afwezigheid van een operationeel kader** betreffende de verdeling van taken en functies van het MSOC-personeel, afwezigheid van regels van 'goede klinische praktijk', enz.

V. OMGEVINGSFACTOREN DIE DE WERKING VAN EEN MSOC BEÏNVLOEDEN

Hoewel de Medisch-Sociale Opvangcentra beschikken over een gemeenschappelijk referentiekader, voornamelijk in hoofde van de conventies met het RIZIV, zijn er toch verschillen in hun concrete werking. De wijze waarop elk MSOC het algemene kader een specifieke invulling geeft, is afhankelijk van de regio waarin zij gevestigd zijn en meer bepaald van een aantal omgevingsfactoren. Deze factoren situeren zich op drie niveaus : de behoefte- of vraagzijde, de aanbodzijde en het MSOC zelf.

Figuur 1 : Omgevingsfactoren die de werking van een MSOC beïnvloeden



Eerst zijn er de factoren die de **behoefte** aan een MSOC bepalen : de **demografische en socio-economische situatie** enerzijds en de **omvang en de aard van het problematisch druggebruik** in de regio anderzijds. Een MSOC dat in een dichtbevolkte wijk in het centrum van een grootstad gevestigd is, zal op een andere manier zijn werking uitbouwen

dan een MSOC in een rurale zone, gelegen buiten een wooncentrum. Verschillende MSOC's zullen bovendien met specifieke hulpvragen van cliënten geconfronteerd worden al naargelang de specifieke problemen (op vlak van middelen, ernst en spreiding) die zich voordoen wat betreft het druggebruik in een bepaalde regio. Gezien de laagdrempeligheid zal een MSOC via een gedifferentieerd hulpaanbod telkens pogen tegemoet te komen aan de specifieke noden van de plaatselijke druggebruikerspopulatie.

Vervolgens bepalen ook factoren op het niveau van de **aanbodzijde** mede de werking van een MSOC. Het bestaande aanbod aan **diensten ten behoeve van druggebruikers** in een regio omvat zowel de gespecialiseerde drughulpverlening als andere (hulpverlenings)voorzieningen die niet noodzakelijk drughulpverlening aanbieden, maar toch (mogelijks en/of deels) in contact komen met de doelgroep van een MSOC, nl. met gemarginaliseerde en problematische druggebruikers. Een MSOC dat regionaal weinig beroep kan doen op andere diensten om hun cliënten door te verwijzen (hetzij omdat die andere diensten niet bestaan, hetzij omdat de samenwerking moeizaam verloopt), zal daarvan het effect ondervinden op zijn complementaire werking ten aanzien van andere diensten ten behoeve van druggebruikers. Daarnaast bepaalt ook **het nationaal, het regionaal, het provinciaal en het lokaal drugbeleid** de mogelijkheden en beperkingen van een MSOC. Het al dan niet bestaan van een duidelijk beleid gesteund op wetenschappelijk onderbouwde informatie, bepaalt in belangrijke mate het al dan niet voorhanden zijn van diensten waarmee samengewerkt kan worden en de ontwikkeling van een netwerk. Ook de wijze waarop politie en justitie reageren op druggerelateerde problemen heeft invloed op de werking van de regionale drughulpverlening.

Tenslotte bepalen specifieke kenmerken op het niveau van het **MSOC** zelf eveneens de werking van een MSOC : het **personeel** enerzijds (het aantal personeelsleden, de mate van hiërarchie tussen de medische en de psychosociale staf, de aanwezigheid van straathoekwerkers) en het **cliënteel** anderzijds (aantal, socio-economische kenmerken, omvang en aard van de middelen die men gebruikt, specifieke hulpvragen). Een belangrijke factor op dit vlak is bijvoorbeeld de voorgeschiedenis van een MSOC. De MSOC's die enkele jaren geleden als nieuwe structuren zijn opgericht, moeten nog veel aandacht besteden aan het zich kenbaar maken bij en het vertrouwen winnen van potentiële cliënten en andere diensten. Daarentegen kunnen MSOC's die geënt zijn op een reeds bestaande dienst zich beroepen op een jarenlange ervaring met de doelgroep en op bestaande samenwerkingsverbanden met andere instanties.

De hierboven beschreven factoren staan niet los van elkaar. De werking van een MSOC is steeds op één of andere manier aan deze factoren gerelateerd, maar ook onderling zijn er **interacties**. Het is bijgevolg niet voldoende in het licht van een evaluatieonderzoek de factoren louter te beschrijven; ze dienen ook voortdurend met elkaar in verband gebracht te worden. Zo houdt bijvoorbeeld de situatie van het problematisch druggebruik in een bepaalde regio ook verband met de socio-economische situatie. De hypothese dat steden en gemeenten met een hoge kansarmoedegraad ook een hoge graad van problematisch druggebruik kennen, werd hierbij nader onderzocht. Het feit dat er geen regionaal drugbeleid is, heeft als gevolg dat diensten (als die al bestaan) eigen visies op de aanpak van het drugprobleem ontwikkelen die onderling afwijken waardoor een netwerk niet van de grond komt.

VI. BESLUIT

De Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers (MSOC's) werden vanaf 1997 in België opgericht om een leemte in het hulpverleningsaanbod ten aanzien van druggebruikers op te vullen. De centra staan voor laagdrempelige ambulante hulpverlening ten aanzien van problematische en gemarginaliseerde gebruikers van illegale drugs, vanuit het zgn. *harm reduction*-perspectief.

De belangrijkste opdrachten van de MSOC's zijn te vinden in de conventies die de MSOC's sloten met het RIZIV. Deze opdrachtbepalingen zijn zeer uitgebreid en op bepaalde vlakken onduidelijk.

Elk MSOC heeft vanuit de algemene opdracht een specifieke werking ontwikkeld naargelang de kenmerken van de regio waarin het functioneert.

VII. AANBEVELINGEN

De aanbeveling omtrent de opdrachtbepalingen van de MSOC's zoals deze in het algemeen eindverslag werd geformuleerd, wordt hier grosso modo overgenomen:

- **Uitklaren van doelstellingen en verwachtingen**

Globaal bekeken zijn de opdrachten van de MSOC's nog te sterk gericht op de problemen die verband houden met het middelengebruik op zich, waardoor een globale aanpak van alle problemen, gericht op de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten, in het gedrang komt. **Daarom is een uitklaring van de verwachtingen en de doelstellingen van het MSOC noodzakelijk**, met het oog op het stimuleren van de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten en hun subjectieve levenskwaliteit.

De doelstellingen dienen geherformuleerd te worden. Men zou met name het accent kunnen leggen op het *aanpassingsvermogen* van de interventiedrempel eerder dan op de laagdrempelige interventie op zich, op de *vermindering van de schade* eerder dan op de beperking van de risico's, op de substitutiebehandeling gericht op *onderhoud* eerder dan op ontwenning, op het werken in samenspraak met en gericht op de cliënt (*case management*) eerder dan op het doorverwijzen van de cliënt tussen voorzieningen binnen het netwerk.

Voornamelijk de **onduidelijkheid** omtrent het spanningsveld **tussen de *harm reduction*-benadering en de ontwenningbenadering** moet uitgeklaard worden via een duidelijke definiëring van deze begrippen.

DEEL III : AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO'S

I. INLEIDING

Volgens de onderzoeksopdracht bestond het eerste, descriptieve luik vooreerst uit een *"Evaluatie van de geografische zone van beïnvloeding van de MSOC's en territoriale afbakening van de epidemiologische onderzoeken"*⁶³. Dit betekent dat er diende nagegaan te worden welke geografische zones door de MSOC's bereikt worden via de regionale spreiding van de cliënten en dat vervolgens de onderzoeksregio diende afgebakend te worden. Met "onderzoeksregio" wordt de geografische ruimte bedoeld waarop het evaluatieonderzoek zich richtte. Het vastleggen van de onderzoeksregio houdt bijgevolg geen beoordeling in over het gebied dat door de MSOC's zou moeten bereikt worden, doch heeft enkel een wetenschappelijke waarde.

II. WERKWIJZE

Voor de afbakening van de onderzoeksregio's, zijn de onderzoekers op de volgende wijze tewerk gegaan. In eerste instantie werd nagegaan welke regio het MSOC daadwerkelijk bestrijkt (het GAG of Geografisch AttractieGebied). De indicator voor het bepalen van het GAG, is de **verblijfplaats van de cliënten** van de MSOC's. In tweede instantie werd dan de onderzoeksregio afgebakend, zowel het GAG in rekening nemende als de (onduidelijke) bepaling in de RIZIV-conventies over het gebied dat de MSOC's zouden moeten bestrijken.

III. AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO'S

1. MSOC ANTWERPEN

1.1. Regionale spreiding van de cliënten

Aangezien de regionale spreiding van de cliënten kan fluctueren in de tijd, vergelijken we de jaarverslagen van 1998, 1999 en 2000, voor wat betreft de woonplaats van de cliënten. Het MSOC Antwerpen registreert in de mate van het mogelijke de werkelijke verblijfplaats⁶⁴.

⁶³ Onderzoeksopdracht B.1.

⁶⁴ Daklozen worden geklasseerd naar de plaats waar ze meestal verblijven (bijvoorbeeld een daklozencentrum of een tijdelijk verblijf). Indien ze echt zwerven doorheen Antwerpen wordt postnummer 2000 toegekend.

Tabel 1 : Herkomst van de cliënten van het MSOC Antwerpen

REGIO	% 1998 (N = 715)	% 1999 (N = 733)	% 2000 (N = 712)
Antwerpen (gemeente)	81.6	78.4	82.5
A'pen 2000	23.8	18.8	21.8
A'pen 2018	14.2	14.3	10.6
A'pen 2020 (Kiel)	4.8	5.2	4.6
A'pen 2030			.9
A'pen 2050 (Linkeroever)	2.	3.1	3.7
A'pen 2060	23.4	27.6	29.6
Berchem	6.7	6.7	5.3
Berendrecht/Zandvliet	.5	.7	.3
Borgerhout	8.7	8.4	9.
Deurne	5.5	5.7	6.1
Ekeren	.9	.8	.5
Hoboken	3.4	2.1	2.9
Merksem	3.2	4.2	2.6
Wilrijk	2.7	2.4	2.1
Antwerpen (rest provincie)	12.8	14.0	13.0
Totaal provincie Antwerpen	94.4	92.4	95.5
Oost-Vlaanderen	1.6	3.1	1.6
West-Vlaanderen	.3	.6	.4
Limburg	.3		.4
Vlaams-Brabant/Brussel	1.8	1.9	1.6
Wallonië	.3	.6	.1
Buitenland	1.3	1.4	.4
TOTAAL	100	100	100

Uit deze cijfers blijkt dat het belangrijkste doelpubliek van het MSOC de **lokale drugscene** is en blijft. Meer dan de helft van het publiek van het MSOC verblijft in de kernstad (postnummers 2000, 2018, 2020, 2030, 2050 en 2060). Deze cijfers blijven nagenoeg constant. Ten opzichte van de vorige jaren is echter wel de interne verschuiving binnen de kernstad opvallend: in 2000 is al bijna één op drie cliënten afkomstig uit postnummerzone 2060 (**Antwerpen-Noord**), de zone waar het MSOC sinds 1998 gehuisvest is.

Om en bij de tachtig procent van het totaal is afkomstig uit de fusiestad. De andere gebruikers uit de provincie zijn vooral afkomstig uit de randgemeenten. De cliënten die verblijven in de rest van de provincie zijn meestal afkomstig uit de Kempen, waar er een bekend gebrek aan gespecialiseerde hulpverlening bestaat.

1.2. Afbakening van de onderzoeksregio

Voor wat betreft het evaluatieonderzoek ten aanzien van het MSOC van Antwerpen werd gekozen voor een dubbele afbakening van de onderzoeksregio.

Aangezien het voornaamste werkterrein van het MSOC de lokale drugscene is en meer bepaald de stad Antwerpen, zowel wat betreft cliënten (cfr. het GAG) als wat betreft de

samenwerking met andere diensten, zowel categoriaal als niet-categoriaal, zal het onderzoek zich **in eerste instantie** richten op de **stad Antwerpen**.

Nochtans zal **in tweede instantie** (en dus minder grondig) ook de rest van de **provincie** in het onderzoek betrokken worden. Een zeer groot deel van de cliënten van het MSOC (93 à 95 %) komt immers uit de provincie Antwerpen. Het feit dat hiervan proportioneel gezien het grootste deel uit de stad Antwerpen zelf komt, is op zich al een interessant gegeven, dat nader zal bekeken worden. De weinig bereikte zones zijn hierbij zeker zo belangrijk als de veel bereikte zones. Hierbij dienen we bijvoorbeeld na te gaan in welke mate er in de rest van de provincie problemen bestaan in verband met druggebruik. Bovendien bepaalt de RIZIV-conventie dat niet alleen de ruime omgeving van Antwerpen tot het werkterrein van het MSOC behoort, maar ook nabijgelegen regio's die zelf niet over gelijkaardige centra beschikken, eventueel door afspraken te maken met andere voorzieningen. Dezelfde redenering wordt hier gevolgd. Het is duidelijk dat bepaalde regio's in de provincie Antwerpen een tekort kennen aan laagdrempelige drughulpverlening. Aangezien een MSOC dient te functioneren binnen een netwerk van voorzieningen, kan het ontbreken van andere voorzieningen een invloed hebben op de werking van het MSOC⁶⁵.

2. MSOC LIMBURG

2.1. Regionale spreiding van de cliënten

Tabel 2 : Herkomst van de cliënten van het MSOC Limburg

REGIO	% 1998 (N = 508)	% 1999 (N = 574)
Noord-Limburg	8.9	8.7
Zuid-Limburg	14.0	15.9
Maasland	12.2	13.4
West-Limburg	11.6	13.0
Midden-Limburg	49.0	45.3
Totaal Limburg	95.7	96.3
Buiten de provincie	3.5	3.7
Onbekend	0.8	-
TOTAAL	100	100

Uit de cijfers van het jaarverslag van 1998 blijkt dat ongeveer de helft van de cliënten afkomstig is uit **Midden-Limburg** (49 %). De andere helft komt – in die volgorde – uit Zuid-Limburg (14 %), het Maasland (12.2 %) en West-Limburg (11.6 %). Het Noorden van Limburg neemt het kleinste percentage cliënteel voor zijn rekening, namelijk 8.9 %. Slechts 3.5 % komt van buiten de provincie.

⁶⁵ Het weze nog eens gezegd dat het niet de bedoeling is van de onderzoekers om te bepalen dat het MSOC Antwerpen de hele provincie Antwerpen zou moeten bereiken; maar voor huidig onderzoek is het nuttig om naast de stad Antwerpen ook de rest van de provincie te bekijken, zij het voor bepaalde deelaspecten van het onderzoek.

Over het algemeen kan gesteld worden dat de situatie niet veranderd is in 1999. Nog steeds is bijna de helft (45.3 %) van de cliënten afkomstig uit Midden-Limburg. De meeste cliënten komen uit Genk zelf (25.2 % van het totaal).

Voorts merken we bepaalde concentraties in Hasselt (bijna 10 % van het totaal en 21.8 % van Midden-Limburg), in Sint-Truiden (7.6 % van het totaal en 47.7 % van Zuid-Limburg), in Maasmechelen (7.2 % van het totaal en 53.6 % van het Maasland) en in Heusden-Zolder (6.9 % van het totaal en 53.2 % van West-Limburg), niet toevallig steden of grote gemeenten.

Cliënten buiten de provincie maken slechts 3.7 % uit van alle cliënten, wat een kleine maar niet significante toename betekent ten opzichte van 1998. Zij zijn voornamelijk gedomicilieerd in de provincie Vlaams-Brabant (6 personen van Zoutleeuw, telkens 1 persoon van Leuven, Tervuren, Aarschot, Lovenjoel, Landen en Attenhoven). Daarnaast zijn er officiële adressen geregistreerd in de provincie Antwerpen (2 personen van Antwerpen stad, telkens 1 persoon van Olen, Wortel, Arendonk en Mol), in de provincie West-Vlaanderen (telkens 1 persoon van Brugge, Kortrijk en Izegem) en in de provincie Oost-Vlaanderen (1 persoon van Gent en 1 van Dendermonde). Drie cliënten zijn gedomicilieerd in het buitenland : 2 personen van Barcelona (Spanje) en 1 persoon van Heerlen (Nederland).

2.2. Afbakening van de onderzoeksregio

Het geografisch attractiegebied van het MSOC van Genk strekt zich uit over de **provincie** Limburg. Dit impliceert dat we ons voor de verderzetting van het descriptief gedeelte zullen richten op de provincie Limburg. De aard en de omvang van het druggebruik zal geschetst worden aan de hand van epidemiologische studies die gebeurd zijn bij een populatie afkomstig uit de provincie in zijn geheel of uit gemeenten gelegen binnen de provincie. Voor de beschrijving van het hulpverleningsaanbod zullen we ons richten op alle drughulpverleningscentra van de provincie Limburg.

IV. BESLUIT

De onderzoeksregio voor het MSOC van **ANTWERPEN** is tweevoudig: in eerste instantie richten we ons op de **stad Antwerpen**; in tweede instantie op de rest van de **provincie Antwerpen**

De onderzoeksregio voor het MSOC **GENK/LIMBURG** is de **provincie Limburg**.

DEEL IV: BESCHRIJVING VAN HET DRUGGEBRUIK EN HET HULPVERLENINGSAANBOD IN DE ONDERZOEKSREGIO'S

In dit derde deel van het verslag zullen we een beschrijving geven van beide onderzoeksregio's, op het vlak van de aard en de omvang van het problematisch druggebruik enerzijds en op het vlak van het bestaande hulpverleningsaanbod anderzijds.

I. HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK

1. ALGEMENE BEMERKINGEN OMTRENT EPIDEMIOLOGIE

1.1. Inleiding

Overeenkomstig onderzoeksoopdracht B.2. *Inschatting van de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van het drugsfenomeen in de onderzoeksregio en in het bijzonder van de problematische en gemarginaliseerde drugsgebruikers*, hebben de onderzoekers een antwoord gezocht op de vraag wat de aard en de omvang is van het algemeen middelengebruik (legale en illegale drugs) en van het problematisch middelengebruik (voornamelijk illegale drugs) in de weerhouden onderzoeksregio's⁶⁶.

We stellen echter vast dat deze vraag niet in zijn totaliteit kan beantwoord worden. Op het vlak van de epidemiologie van het druggebruik kunnen we België omschrijven als een ontwikkelingsland⁶⁷. Het probleem situeert zich niet zozeer op het vlak van de aanwezigheid van gegevens – die zijn er in overvloed – maar wel op het vlak van de onderlinge vergelijkbaarheid ervan. Op verschillende niveau's, ten aanzien van verschillende doelgroepen en via verschillende registratiesystemen worden gegevens verzameld en zelfs verwerkt, maar zelden met elkaar geconfronteerd en geïntegreerd. Het is dan ook de bedoeling om zoveel mogelijk stukjes van de puzzel samen te brengen teneinde alleszins een deel van de puzzel te kunnen samenstellen. Het grote probleem hierbij is echter dat de puzzelstukjes dikwijls niet in elkaar te passen zijn.

We zien ons dan ook genoodzaakt ons te beperken tot het maken van een inventaris van de op dit ogenblik beschikbare epidemiologische gegevens, naargelang de bronnen die we hebben aangesproken. Verderop zullen deze meestal kwantitatieve gegevens aangevuld worden met meer kwalitatieve informatie via de bevraging van sleutelfiguren. Zij zijn als het ware de lijm waarmee we de puzzelstukjes aan elkaar proberen te plakken.

Tenslotte zullen we moeten accepteren dat we – zelfs met de beste registratie- en onderzoeksmethoden – nooit een volledig beeld zullen krijgen van het middelengebruik

⁶⁶ Cfr. Handleiding voor de evaluatie van de MSOC's : VAN DAELE, L. en MANFREDINI, T., o.c., 12: *"De opdracht van het epidemiologisch onderzoek in deze is na te gaan wat de omvang, de aard en de spreiding van het gebruik van illegale drugs is binnen de regio's waarin de respectievelijke MSOC's gevestigd zijn. Het epidemiologisch onderzoek is in het kader van de evaluatiestudie geen doel op zich. De relevantie ervan wordt bepaald door de mate waarin de epidemiologische beschrijving toelaat, een beeld te vormen van de regionale behoeften."*

⁶⁷ CASSELMAN, J., *Druggebruik : aard en omvang*, lezing Postacademisch Vormingsprogramma Drugproblemen, 17 december 1998, 2.

tout court, aangezien het 'dark number' steeds een belangrijke factor zal blijven in deze materie.

1.2. Bronnen

Verschillende bronnen werden aangesproken. In de eerste plaats werd er gezocht naar zo recent⁶⁸ mogelijk materiaal dat betrekking heeft op de respectieve onderzoeksregio's. Van de gegevens die betrekking hebben op België of Vlaanderen werd de relevantie voor de onderzoeksregio's nagegaan. We geven hier een overzicht van de soorten bronnen en geven kort de knelpunten aan die verbonden zijn aan de informatie die men verkrijgt uit deze bronnen⁶⁹.

*** Bevolkingsstudies of surveys** zijn fragmentarisch en beperken zich tot bepaalde deelgroepen (voornamelijk schoolgaande jeugd) of tot territoriaal beperkte gebieden (een bepaalde stad of gemeente). De vergelijking van resultaten uit verschillende surveys is problematisch, onder meer omdat de gebruikte methodologieën, de steekproefnamen en de lokalisaties in tijd en ruimte onderling sterk verschillen.

**** Registratiestudies of utilization studies** betreffen de studie van personen die in contact komen met verschillende soorten van diensten of instellingen, zoals personen die in contact zijn met de hulpverlening enerzijds en met politie of justitie anderzijds. Gezien het ontbreken van een uniform landelijk registratiesysteem voor druggebruikers in de verschillende hulpverleningsvoorzieningen en vanwege de problemen in verband met de bescherming van de privacy, is het niet mogelijk een beeld te krijgen van het aantal druggebruikers dat gebruik maakt van de voorzieningen, zelfs indien men zou beschikken over alle gegevens van deze centra.

***** Etnografische studies** bestuderen druggebruikers die weinig of niet in contact komen met reguliere voorzieningen, in het milieu waar de druggebruikers vertoeven, de 'scène'. De uitvoering van etnografische studies, die waardevolle kwalitatieve informatie kunnen geven, bevindt zich in België nog in de beginfase.

****** Officiële statistieken**, zoals het aantal overlijdens door een overdosis en gegevens over inbeslagnames van illegale drugs, verschaffen ons geen exacte indicaties. Ze kunnen ons enkel bij benadering een idee geven van de omvang van het gebruik. Deze statistieken worden immers beïnvloed door de aard en de intensiteit van de activiteiten van de opsporingsdiensten zelf.

Het probleem van de onderlinge vergelijkbaarheid van de verschillende methoden verdient in het kader van het evaluatieonderzoek onze bijzondere aandacht. We stelden voorop dat we voor de onderzoeksregio's waarbinnen de MSOC's gevestigd zijn, zowel

⁶⁸ Dit wil zeggen dat enkel studies vanaf 1990 tot heden bekeken werden.

⁶⁹ Zie hierover ook: CASSELMAN, J., 'Epidemiologie in internationaal perspectief', in DE RUYVER, B. en DE LEENHEER, A., *Drugbeleid 2000*, Antwerpen – Maklu, Brussel – Bruylant, 1994, 35-40; CASSELMAN, J. en VAN DAELE, L., 'Epidemiologie van drugsgebruik in België', *Handboek Verslaving*, juli 1997, A 5600, 1-19; VAN DAELE, L., CASSELMAN, J., DEBBAUT, D., DE RUYVER, B., ETIENNE, M., GILLET, I., NOIRFALISE, A. en PASSCHYN, L., *Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gegevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie*, i.o.v. DWTC, Gent, UG - Leuven, KUL - Liège, ULg, 1996.

het algemeen druggebruik (het algemeen gebruik van legale en illegale drugs door de globale bevolking) als het problematisch druggebruik (het problematisch gebruik van illegale drugs, in het bijzonder bij gemarginaliseerde gebruikers) zouden schetsen. Welnu, het algemeen druggebruik wordt meestal in kaart gebracht met behulp van bevolkingsstudies, daar waar het problematisch gebruik wordt geschetst aan de hand van registratiestudies. Het grote probleem hierbij is dat deze twee soorten onderzoeken ons allerm minst toelaten de link te leggen tussen het druggebruik van de algemene bevolking enerzijds en dat van de problematische gebruikers anderzijds. Uiteindelijk is het onze betrachting om vooral een zicht te krijgen op de **problematische gebruikers van illegale drugs**, aangezien zij de doelgroep uitmaken van de MSOC's. Daarom zullen we niet ingaan op de bevolkingsstudies (die ons enkel een hoop niet-integreerbare en moeilijk te interpreteren cijfergegevens opleveren), maar zullen we voornamelijk de **registratiestudies** bespreken en dan voornamelijk registraties binnen de **hulpverlening**. De cijfers hieruit hebben we aangevuld met meer kwalitatieve informatie via de bevraging van sleutelfiguren zodat die beter in de juiste context kunnen geplaatst worden.

1.3. Inventaris van de bronnen op internationaal, nationaal en Vlaams niveau

Schema 2 : Bronnen op internationaal, nationaal en Vlaams niveau

Internationaal
Publicaties van het United Nations International Drug Control Programme (UNDCP)
Publicaties van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
Nationaal
LEURQUIN, P., BILS, L., HARIGA, F., KÖTTGEN, S., LAUDENS, F. en VANDERVEKEN, M., <i>Belgian National report on drugs 2000, Extended version</i> , Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, BIRN, Brussels, Belgium, 2000.
VAN DAELE, L., CASSELMAN, J., DEBBAUT, D., DE RUYVER, B., ETIENNE, M., GILLET, I., NOIRFALISE, A. en PASSCHYN, L., <i>Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gegevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie</i> , Opdrachtgever: Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven, Université de Liège, 1996.
HOGE GEZONDHEIDSRAAD, Verslag over de follow-up van de consensusconferentie over methadon, ministerie van sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu, Brussel, november 2000, (http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/Brochures/consensusconferentie_methadone.html)
QUATAERT, P. en VAN OYEN, H., <i>Gegevensinzameling in verband met middelengebruik door middel van CATI, Deel I, II en III</i> , Brussel, IHE, 1995
Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) : registratiesysteem voor Psychiatrische Ziekenhuizen, PAAZ-diensten, Psychiatrische Verzorgingstehuizen en initiatieven voor Beschut Wonen ⁷⁰
APSD : druggerelateerde criminaliteit
Ministerie van Justitie : druggerelateerde overlijdens
CBO (Rijkswacht) (tot december 2000): registratie van politieaanhoudingen voor gebruik in groep en handel in verdovende middelen
Vlaanderen
MAES, L. e.a., <i>Jongeren en gezondheid in Vlaanderen. Resultaten van een schoolenquête</i> , (URL:allserv.rug.ac.be/~cvereck/hbsc)
VAD-registratie

⁷⁰ PELC, I., JOOSTEN, J., FROM, L., BERGERET, I., LEDOUX, Y. en TECCO, J., "The minimal psychiatric summary and the current organisation in mental health care", in GUIMON, J. en SARTORIUS, N. (ed.), *Manage or Perish?*; PELC, I., FROM, L., JOOSTEN, J., BERGERET, I. en LEDOUX, Y., "Le R.P.M. et l'organisation actuelle des soins de santé mentale", in *Les Entretiens d'Egmont. Région et Santé: 'Connaître les faits pour développer une politique globale'*, Bruxelles, 13-14 februari 98.

Medar : registratiesysteem Centra Geestelijke Gezondheidszorg
Vlis-DC : registratiesysteem VVBV (koepel van TG's, crisiscentra en dagcentra)
VLASTROV : registratie straathoekwerk
Provinciale Geneeskundige Commissies : registratie methadon

2. INSCHATTING VAN HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE PROVINCIE / STAD ANTWERPEN

2.1. Methodiek

Voor de inschatting van het (problematisch) druggebruik in de provincie / stad Antwerpen, hebben we een combinatie gemaakt van kwantitatieve methodes (verzamelen van bestaande data) en kwalitatieve methodes (interviews).

Voor onze zoektocht naar **bestaande epidemiologische gegevens** zijn we uitgegaan van de inventaris van epidemiologische onderzoeken omtrent druggebruik, opgesteld door de U.G., de K.U.L. en de U.Lg. in 1996⁷¹, en de VAD-jaarboeken⁷². Daarnaast hebben we ook aan de mensen van het MSOC gevraagd of zij kennis hadden van andere onderzoeken met betrekking tot de provincie / stad Antwerpen. De rapporten van relevante studies werden opgevraagd, evenals officiële statistieken, en grondig bestudeerd. Waar het ons nuttig leek, hebben we eveneens bezoeken afgelegd bij sleutelfiguren of organisaties. Zo hebben we **gesprekken** gevoerd met J.P. Wydoort van de VAD (Brussel), met G. Van Hal van de U.I.A. (Antwerpen), met A. Van Dijck van SODA (Antwerpen) en met W. De Maere van de Free Clinic (Antwerpen). Tijdens de bevragsronde bij andere voorzieningen - uitgevoerd in het kader van de studie van de externe werking van het MSOC - hebben de onderzoekers van de gelegenheid gebruik gemaakt om ook aan die respondenten een vraag voor te leggen omtrent tendenzen in het problematisch druggebruik in de provincie / stad Antwerpen⁷³.

Zowel bevolkingsstudies als registratiestudies en etnografische onderzoeken zijn voorhanden op het niveau van de provincie. Van officiële statistieken, die nationaal worden verzameld, werd de relevantie voor de provincie of stad Antwerpen nagegaan.

Wat de onderzoeksregio betreft, hebben we in eerste instantie cijfergegevens en onderzoeken verzameld die betrekking hebben op de provincie Antwerpen, maar we stelden vast dat de meeste gegevens en ook de meest relevante gegevens betrekking hebben op de **stad** Antwerpen, zeker wanneer het gaat om problematisch druggebruik. Hieraan werd dan ook meer aandacht besteed.

⁷¹ VAN DAELE, L., CASSELMAN, J., DEBBAUT, D., DE RUYVER, B., ETIENNE, M., GILLET, I., NOIRFALISE, A en PASSCHYN, L., o.c.

⁷² WYDOODT, J.P., *VAD-jaarboek 1992*, Brussel, VAD, 1992, 171 p.; LENDERS, F. en WYDOODT, J.P., *Alcohol, illegale drugs en medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen*, Leuven, Acco, 1995; NOELS, B. en WYDOODT, J.P., *Alcohol, illegale drugs en medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen*, 1995, Leuven, Acco, 1996; BOOMS, B. en WYDOODT, J.P., *Alcohol, illegale drugs en medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen*, 1996, Leuven, Acco, 1997p.

⁷³ Cfr. vragenlijst in bijlage 3.

2.2. Inventaris van bestaande data

2.2.1. Overzicht van geraadpleegde bronnen

Schema 3 : Bronnen op het niveau van de provincie Antwerpen

* Bevolkingsstudies
GOYVAERTS, G. e.a., <i>Onderzoek naar alcohol, tabak, geneesmiddelen en illegaal druggebruik bij jongeren van het secundair onderwijs in Groot-Antwerpen</i> , SODA, UIA, 1992
MELIS, B. e.a., <i>Jeugd in de stad</i> , KUL, 1993
HOCTIN BOES, B. e.a., <i>Drugs : alcohol, illegale drugs en medicatie</i> , preventiedienst Mechelen, 1993
Christelijke Mutualiteiten, <i>CM-Preventieproject over gezonde 'life-style' (Borgerhout)</i> , 1994
EGGERICKX, E., MERTENS, J. en STANDAERT, B., <i>Pillen de baas : enquêteonderzoek over het medicatiegebruik bij 65+ers</i> , Provincie Antwerpen, Provinciaal Instituut voor Hygiëne, 1993.
** Registratiestudies
VAN HAL, G. e.a., <i>Registratie van druggebruikers door het parket Antwerpen</i> , UIA, 1990-1991
TODTS, S., <i>Onderzoek infectieziekten en risicogedrag bij gedetineerden in de strafinrichtingen van Antwerpen</i> , Free Clinic, 1993
DE MAERE, W. e.a., <i>Gezondheidsrisico's bij druggebruikers (vergelijking residentiële – ambulante groep)</i> , Free Clinic, 1997
Free Clinic, <i>Cocaïnegebruik bij de populatie van het MSOC</i> , 1998
VAN DIJCK, A. e.a., <i>Registratieonderzoek bij vier hulpverleningsinstellingen in de stad Antwerpen</i> , SODA, 2000
VANMONTVOORT, T., <i>Enquête bij druggebruikers in Antwerpen</i> , Belangenvereniging Druggebruikers Antwerpen, 2000
Registratie straathoekwerk (ASTROV)
Provinciale Geneeskundige Commissie (registratie methadon)
VAN HAL, G. e.a., <i>Registratie van druggebruikers door de Vlaamse parketten</i> , UIA, 1991-1998, cijfers opgesplitst per provincie
*** Etnografisch onderzoek
KINABLE, R. e.a., <i>Aids-risicogedrag bij injecterende druggebruikers</i> , VAD, KUL, Free Clinic, 1994
GRIETEN, C., <i>COOL-project : etnografisch onderzoek injecterende druggebruikers Antwerpen</i> , VAD, Free Clinic, 1994
DECORTE, T., <i>Informeel controlemechanismes bij cocaïne- en crackgebruikers in Groot-Antwerpen</i> , KUL, 1999
**** Officiële statistieken
APSD

2.2.2. Bespreking

*** Bevolkingsstudies**

Via verschillende bevolkingsstudies werd in de provincie Antwerpen de omvang van het ooit-gebruik van alcohol, tabak, medicatie en illegale drugs onderzocht. Het merendeel van deze studies hebben telkens betrekking op de schoolgaande jeugd van een bepaalde stad of gemeente. Eén bevolkingsstudie heeft betrekking op het medicatiegebruik van 65-plussers. Aangezien de informatie uit deze onderzoeken zeker nuttig is, maar weinig relevant ten aanzien van de doelgroep van het MSOC, beperken we ons hier tot een loutere opsomming van deze studies (cfr. supra).

**** Registratiestudies**

Registratiestudies die betrekking hebben op de gehele provincie Antwerpen, zijn er tot nog toe niet gevoerd. De meeste studies hebben betrekking op de stad Antwerpen. Deze opmerking geldt zowel voor registratiestudies met betrekking tot de hulpverlening als voor registratiestudies op het niveau van justitiële instanties. We bespreken hier de belangrijkste.

Registratiestudies m.b.t. justitiële instanties

- Binnen een samenwerkingsverband tussen de UIA en SODA startte men in 1990 met een registratiestudie van druggebruikers bij het Antwerpse parket⁷⁴. De daaropvolgende jaren heeft men dit onderzoek herhaald en tevens uitgebreid naar alle Vlaamse parketten. De belangrijkste opmerking die we hierbij moeten maken betreft het feit dat men uit deze cijfers niet kan besluiten hoeveel gebruikers er zijn, maar enkel hoeveel gebruikers in contact komen met politiediensten. De gegevens zeggen dus meer over het (selectief of proactief) optreden van de politiediensten. Bovendien zijn de gegevens gebaseerd op verklaringen van de gebruikers zelf, wat een onderschatting van de cijfers kan inhouden. Enkel de cijfers van 1990 en 1991 hebben betrekking op het Antwerpse parket. De daaropvolgende jaren werden de resultaten verwerkt op het niveau van Vlaanderen, zonder een onderscheid te maken tussen de verschillende parketten. Het zou mogelijk geweest zijn de resultaten, opgesplitst per provincie, te bekomen, maar spijtig genoeg is dit niet gelukt. We zullen hier dus enkel ingaan op de resultaten voor 1990 en 1991. Men kan zich de vraag stellen in hoeverre deze cijfers nog van toepassing zijn op de huidige situatie. Op deze vraag kan een antwoord gegeven worden via de interviews die we gedaan hebben bij mensen in het werkveld (cfr. infra).

Wat de **leeftijd** van de groep betreft, zijn vooral de jongere leeftijdsklassen duidelijk vertegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd bedroeg 25.5 jaar in 1990 en 24 jaar in 1991. Aangezien de minimumleeftijd die kon geregistreerd worden 18 jaar was, valt de lage leeftijd van de gemiddelde gebruiker die in contact kwam met politie, extra op.

Het middelengebruik naar leeftijd vertoont hetzelfde patroon in 1991 als in 1990. Cannabis wordt meer gebruikt bij de jongere leeftijdsgroepen; cocaïne, maar vooral heroïne, wordt veel meer gebruikt door de oudere leeftijdsgroepen. Voor

⁷⁴ VAN DAMME, P., CLAUWERS, M., VAN HAL, G. en PEETERS, R., "Drug Use and Prisoners", *British Medical Journal*, 1991, 302, 1464; VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G., "Registratieonderzoek van druggebruikers door het Parket Antwerpen, *VAD-berichten*, 1991, 3, 1-4; VAN DAMME, P., VAN HAL, G. en PEETERS, R., *Registration of illicit drug users (profile) by the administration of justice in Flanders (Belgium)*, Proceedings AIRES (Associazione Interdisciplinare per la Ricerca sugli Ecosistemi), Rome, 7-8 may 1992; VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G., "Registratieonderzoek van druggebruikers door het Parket Antwerpen – 1991", *VAD-berichten*, 1993, 1, 9-16; VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G., "Registratieonderzoek van druggebruikers door het Parket Antwerpen – 1991", in VAN DEN HOUTE, M., VAN HOEY, J. en DECLERCQ, E. (eds.), *Handboek leerlingenbegeleiding*, hoofdstuk : Probleemgedrag aanpakken, 1991, Antwerpen, Kluwer; VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G., "Registratieonderzoek van druggebruikers door het Parket Antwerpen – 1991", *Panopticon*, 1993, 14, 526-536; VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G. en LIEVENS, A., "Registratie van druggebruikers via de Parketten in Vlaanderen", *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen*, 1994, 20, 155.

amfetaminegebruik, dat in 1990 nog gelijklopend was voor de 4 leeftijdscategorieën, zien we in 1991 een duidelijk meergebruik in de laagste twee leeftijdsgroepen (18-24 jaar).

Wat de verdeling naar **geslacht** betreft, merkt men op dat het aantal van de vrouwen in de onderzoekspopulatie van 1990 16.5 % bedroeg en terugviel op 12.5 % in 1991.

Qua **middelen** zijn er soms indrukwekkende verschuivingen. Cannabis wordt door 10 % meer personen gebruikt in 1991 ten opzichte van in 1990. LSD kent blijkbaar een heropflakking (2.22 % t.o.v. 0.25 %). Vooral amfetamines echter scoren merkbaar hoger. In 1991 was 1 op 4 geregistreerden gebruiker van amfetamine of XTC. In 1990 (toen XTC nog niet apart werd geregistreerd) bedroeg dit 1 op 10. De stijging van bepaalde drugs gaat ten koste van andere : heroïne (gehalveerd) en medicamenten (van 6 naar 2 %). Cocaïne behoudt zijn marktaandeel. Methadon, andere opiaten en snuifmiddelen werden, gelet op hun gering aantal, niet verder vergeleken. XTC is goed voor bijna 1 gebruiker op 10.

Bekijken we het **gecombineerd gebruik** van middelen, dan zien we dat cannabis nog steeds het product is dat het meest met andere gecombineerd wordt (op de eerste plaats amfetamine, gevolgd door heroïne). Er zijn minder gebruikers in 1991 waarvan blijkt dat ze meer dan 1 product gebruiken (18 % t.o.v. 21 % in 1990).

Er wordt opnieuw een sterk verband vastgesteld tussen leeftijd en vroegere **contacten met justitie**. Van de groep boven de 29 jaar is 28 % al meerdere malen met justitie in aanraking geweest. Van de groep tussen 18 en 21 jaar is dit slechts 8 %.

- Teneinde gegevens te verzamelen over infectieziekten en risicogedrag bij gedetineerden in de gevangenis van Antwerpen, werden op initiatief van de Free Clinic in 1993 alle binnenkomende gedetineerden op vrijwillige basis onderzocht op een eventuele besmetting met TBC, HIV en hepatitis B⁷⁵. Dit medisch onderzoek werd voorafgegaan door een interview over het middelengebruik. Het betreft hier een populatie van binnenkomende gedetineerden in één strafinrichting in Antwerpen, op basis van feiten gepleegd in het gerechtelijk arrondissement Antwerpen. Deze gedetineerden hebben dus niet noodzakelijk hun woonplaats in de provincie Antwerpen, maar komen integendeel vanuit heel België en zelfs vanuit het buitenland. We bespreken kort de belangrijkste bevindingen.

Resultaten met betrekking tot **illegale drugs** : 42.3 % van de gedetineerden heeft illegale drugs gebruikt. Het aandeel bij de niet-residenten (d.i. verblijvend in België voor minder dan 5 jaar) is lager, nl. 28.3 %. Bij de Belgen blijkt druggebruik frequenter voor te komen bij de leeftijdsgroep -25 jaar (67.4 %) dan bij de leeftijdsgroep +25 jaar (32.9 %). Onder de gebruikers van illegale drugs (N=598) blijkt 37.1 % cannabis, 28.1 % heroïne, 16 % cocaïne en 6 % speedball (vnl. combinatie van heroïne/cocaïne) te gebruiken. 36.5 % van deze druggebruikers geven aan reeds geïnjecteerd te hebben.

⁷⁵ TODTS, S., *Eindrapport onderzoek infectieziekten en risicogedrag bij binnenkomende gedetineerden in de strafinrichtingen van Antwerpen*, oktober 1992-oktober 1993; TODTS, S., FONCK, K., COLEBUNDERS, R., VERCAUTEREN, G., DRIESEN, K., UYDEBROUCK, M., VRANCKX, R. en VAN MOL, F., 'Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison', *Arch Public Health* 1997, 55, 87-97.

23 % van de Belgische gedetineerden tussen 20 en 25 jaar scoorde positief op de TBC-test, wat ongeveer 10 keer zo hoog is als het nationale gemiddelde voor dezelfde leeftijdsgroep. De index voor de niet-Belgen was significant hoger dan die voor de Belgen (39.9 % tegenover 17.1 %). 1.2 % werd HIV-positief bevonden en bij 4.4 % werd een besmettelijke vorm van hepatitis B gedetecteerd.

Registratiestudies m.b.t. de hulpverlening

- De registratiestudie die in het licht van ons onderzoek het meest interessant is, betreft een registratieonderzoek bij vier hulpverleningsinstellingen voor (problematische) druggebruikers in de stad Antwerpen, dat uitgevoerd werd door SODA (Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen), in samenwerking met de UIA (Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde)⁷⁶. Het gaat met name om Het Alternatief, het Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC), Free Clinic / MSOC en De Sleutel. Niet alleen het *aantal* gebruikers dat bereikt wordt door de hulpverlening, wordt belicht. Er wordt ook getracht om een profiel te schetsen op *demografisch en sociaal-economisch* vlak van die gebruikers⁷⁷. De periode waarop de gegevens betrekking hebben, gaat van 1996 tot en met 1999.

In 1999 werden in de vier gespecialiseerde drughulpverleningsinstellingen samen ca. **1250 cliënten** begeleid, een stijging van meer dan 30 % tegenover 1996. Belangrijke nuance: de toename doet zich bijna uitsluitend voor in 1997, als gevolg van de start van de MSOC-werking in Free Clinic. Sinds dat jaar blijft de omvang van de populatie in die instellingen vrijwel constant. De meerderheid van de beschouwde populatie (nl. bijna 60%) is cliënt van Free Clinic / MSOC. De Sleutel neemt ca. 25% tot één derde van de populatie voor zijn rekening, en ADIC jaarlijks ca. 11 à 12%. Het Alternatief werkt op jaarbasis met een beperkt aantal personen: 12 cliënten in 1999.

De verhouding tussen mannen en vrouwen in het totale cliënteel verandert niet in de beschouwde periode, met **één cliënt op vier van het vrouwelijke geslacht**. Nochtans is er op dit vlak een niet te verwaarlozen verschil tussen de instellingen. Bij ADIC en De Sleutel was in 1999 een kleine 20% vrouw, tegenover ca. 30% bij Free Clinic / MSOC, wat kan verklaard worden door het feit dat het MSOC zich buigt over specifieke thema's zoals prostitutie, zwangerschapsbegeleidingen en kinderen van druggebruikende ouders.

De gemiddelde leeftijd varieert van **26 tot 31 jaar**. De jongste cliënt vinden we bij De Sleutel en is 13 jaar, de oudste is 57 jaar en cliënt van Free Clinic / MSOC. De gemiddelde leeftijd vertoont weinig evolutie, tenzij bij de cliënten van Free Clinic / MSOC, die gemiddeld één jaar ouder worden per kalenderjaar. Bij de programma's die zich specifiek tot jongeren richten (het Kort Therapeutisch Programma van ADIC en Het Alternatief), situeert de gemiddelde leeftijd zich rond 22 jaar.

⁷⁶ VAN DIJCK, A. e.a., *Inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996-1999)*, Antwerpen, SODA - UIA, 2000.

⁷⁷ Het is duidelijk dat het hier gaat om een kleine, specifieke gebruikersgroep, nl. de cliënten van deze vier, specifieke instellingen. De informatie die deze studie opleverde kan dus niet zomaar veralgemeend worden naar alle druggebruikers in de hulpverlening, laat staan naar de totale populatie van druggebruikers!

Sinds 1996 vinden verhoudingsgewijs **steeds meer niet-Belgen** de weg naar de hulpverlening. In 1996 is 17.5% van het cliënteel niet-Belg; in 1999 bedroeg het aandeel van de niet-Belgen bijna **één kwart van het totale cliënteel**. Het merendeel van hen is afkomstig uit landen buiten Europa, hoewel men de laatste jaren ook een aangroei signaleert van cliënten uit het vroegere oostblok. Deze tendens is echter niet van toepassing op de residentiële hulpverlening, maar komt uitsluitend op rekening van de ambulante centra (De Sleutel en Free Clinic / MSOC).

Wat de socio-economische achtergrond van de cliënten betreft, bevestigen de gegevens de resultaten van bestaand onderzoek. De (ex-)druggebruiker in de hulpverlening is meestal **laag geschoold** en geniet vaak een **vervangingsinkomen** (vnl. werkloosheidsuitkering, ziekte- en invaliditeitsuitkering, OCMW). Zo heeft meer dan de helft van de cliënten van ADIC en Free Clinic / MSOC enkel een diploma van lager onderwijs in 1999. In alle instellingen leeft meer dan de helft van het cliënteel van een vervangingsinkomen. Daarnaast heeft nog een kwart van het cliënteel in alle instellingen een inkomen uit werk.

De overgrote meerderheid van de cliënten woont of verblijft in de **provincie Antwerpen**. Hun aandeel lijkt bovendien alleen maar toe te nemen. In 1999 verbleven 85% van de cliënten van ADIC en meer dan 92% van de cliënten van Free Clinic / MSOC in de provincie Antwerpen. Het feit dat de meeste cliënten uit de provincie Antwerpen bovendien woonachtig zijn in de stad zelf, kan men enkel afleiden uit de registratiegegevens van Free Clinic / MSOC⁷⁸. Bij de andere centra zijn de gegevens hieromtrent onbestaande of wordt de woonplaats wel geregistreerd, maar enkel per provincie.

Bijna alle cliënten gebruik(t)en meerdere middelen ("**meervoudig druggebruik**"), hoewel de opiaten (**heroïne**) als basisproblematiek van toepassing blijft op 65% van het totale cliënteel (1998). Op de tweede plaats komen de amfetamines, die door meer dan 15% van het totale cliënteel worden geciteerd als belangrijkste product (1998). Nog eens 13% van het cliënteel geeft aan voornamelijk problemen te hebben met cocaïne (1998). Cannabis, XTC en LSD maken zelden de basisproblematiek uit. In de residentiële hulpverlening zien we een zeer opvallende afname van het belang van heroïne als probleemproduct ten voordele van stimulerende middelen zoals cocaïne maar vooral amfetamines ("speed"). Bij ADIC klopten er in 1999 voor het eerst meer (problematische) amfetaminegebruikers aan dan heroïnegebruikers.

Een vergelijking tussen de residentiële en de ambulante centra, opgenomen in dit onderzoek, leert ons dat het cliënteel van het residentiële centrum (ADIC) in een aantal opzichten afwijkt van dat van de ambulante hulpverlening. De cliënt van ADIC is gemiddeld jonger en over het algemeen beter geschoold. Van alle instellingen zijn er bij ADIC verhoudingsgewijs het minste aantal vrouwen en allochtonen en wordt het minst aantal cliënten begeleid voor problemen met heroïne.

- Via de registratiegegevens van de Provinciale Geneeskundige Commissie (PGC) zou men theoretisch gezien een zicht moeten hebben op het aantal druggebruikers in de

⁷⁸ Zie ook Deel III ("Afbakening van de onderzoeksregio").

provincie die methadon krijgen. Navraag bij een aantal sleutelfiguren leert ons dat de registratie in de praktijk allesbehalve volledig is, onder andere omdat er geen afspraken bestaan tussen de drughulpverlening enerzijds en apothekers en huisartsen anderzijds. Als er al wordt geregistreerd, worden de cijfers bovendien door de PGC niet verwerkt. We hebben ons dan ook geen verdere moeite getroost om deze cijfers te bekomen.

*** Etnografisch onderzoek

Alhoewel het etnografisch onderzoek in België nog in de kinderschoenen staat, kunnen we voor wat betreft de regio Antwerpen toch melding maken van drie studies. De eerste twee richten zich naar injecterende druggebruikers in de stad Antwerpen; de derde (en meest recente) studie betreft cocaïne- en crackgebruikers in het grootstedelijk gebied Antwerpen. Bij de bespreking van deze studies hebben we vooral aandacht voor het inzicht dat ze opleveren in de manier waarop de onderzochte personen omgaan met hun gebruik en veel minder voor demografische en socio-economische gegevens. Deze onderzoeken hebben immers niet tot doel representatief te zijn. Ze pretenderen niet de omvang van het druggebruik in te schatten, doch wel de **aard van het druggebruik**.

- Een eerste studie betrof de vergelijking tussen een residentiële groep en een straatgroep van injecterende druggebruikers, meer bepaald omtrent het AIDS-risicogedrag⁷⁹. De residentiële groep bestond uit 68 injecterende druggebruikers die verbleven in een drugcentrum in Vlaanderen; de straatgroep was samengesteld uit 60 injecterende gebruikers, allen afkomstig uit Antwerpen. We zullen ons hier beperken tot de bevindingen omtrent de Antwerpse straatgroep⁸⁰, aangezien dit voor onze onderzoeksregio de meest interessante informatie oplevert.

Dit onderzoek was een actieonderzoek : via een spuitenruilproject wilde men **het riskant injecteergedrag en het riskant seksueel gedrag** van deze gebruikers verminderen. Deze variabelen werden een eerste keer in kaart gebracht via een voormeting, daarna werd het project gestart en na zes maanden werd via een nameting van dezelfde variabelen nagegaan of er veranderingen in het risicogedrag waren opgetreden.

⁷⁹ KINABLE, R., CASSELMAN, J., TODTS, S. en VAN DEUN, P., *Drugsgebruikers en AIDS, AIDS-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project, Onderzoeksproject in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen*, Brussel, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) – Leuven, Katholieke Universiteit Leuven – Antwerpen, Free Clinic, 1994.

⁸⁰ De gemiddelde leeftijd van de straatgroep (60 injecterende gebruikers) bedraagt 28.2 jaar. De man-vrouwratio is ca. 5/1. Wanneer men kijkt naar het voornaamste middel, is de groep grofweg in te delen in heroïne-injecteerders (65 %) en amfetamine-injecteerders (35 %). Vrijwel alle subjecten gebruiken meerdere middelen. Men spuit gemiddeld 4.8 keer per dag. Het opleidingsniveau van deze groep gebruikers is vrij laag : 38.3 % volgde beroepsonderwijs, 20 % volgde technisch onderwijs, 16.7 % volgde algemeen vormend onderwijs en slechts 5 % volgde onderwijs aan een hogeschool of een universiteit. Wat betreft hun inkomenssituatie, leeft ongeveer een kwart van een werkloosheidsuitkering, een klein kwart van een bestaansminimum, maar een kwart rapporteert ook andere wijzen van levensonderhoud dan de conventionele. Bij navraag over de categorie ‘anders’ rapporteerden de meesten diefstal, inbraak of detentie. 76.7 % heeft schulden. Indien er sprake is van contact met de drughulpverlening, is dit contact meestal éénmalig. Enkel methadonprogramma’s en opnames in psychiatrische of ontwenningssklinieken komen gemiddeld frequenter meer dan eens voor. Een derde van de populatie (33.3 %) is nooit in behandeling geweest voor drugproblemen. De meest voorkomende ontwenningbehandelingen zijn methadonprogramma’s (35 %) en CrisisInterventieCentra (35 %).

Wat het riskant druggebruik in het verre en het nabije (d.i. in de zes maanden voorafgaand aan de *voormeting*) verleden betreft, kon men algemeen een daling in het riskant injectiegedrag vaststellen gedurende de laatste jaren. De impact van de media en de toenemende bewustwording van het aidsrisico speelden hierbij allicht een rol. Nochtans bleef het riskant druggebruik nog onrustbarend : de helft meldde nog het delen van spuiten met anderen in het nabije verleden. En aangezien druggebruikers tegenwoordig meer op de hoogte zijn van de implicaties van dit gedrag, is de kans niet klein dat deze rapportering onderhevig was aan sociale wenselijkheidsfactoren en zo een onderschatting was van het werkelijke risicogedrag.

Bij de *nameting* was het riskant druggebruik in deze groep significant gedaald. Slechts 11.6 % rapporteerde nog vuile spuiten te hebben gebruikt. De verhoogde beschikbaarheid van spuiten stimuleerde de druggebruikers om hun gedrag aan te passen. Hoewel deze resultaten zeer positief zijn, waren er toch nog steeds een aantal die nog riskant injecteerden. Dit gebeurde onder meer in de gevangenis en in andere situaties waar op dat moment geen propere spuit voorhanden was. Druggebruikers zijn dus in staat om hun gedrag te veranderen en zijn begaan met hun gezondheid, maar wanneer ontweningsverschijnselen de kop opsteken, verdwijnt deze rationaliteit in zoverre er geen steriel materiaal aanwezig is.

Wat betreft het riskant seksueel gedrag waren de resultaten niet zo optimistisch. Er werd geen verschil vastgesteld tussen de voor- en de *nameting*. In de lijn van talrijke buitenlandse onderzoeken is deze vorm van risicogedrag veel moeilijker te beïnvloeden, tenzij via het betrekken van peergroepen. Tijdens de spuitenruil werden wel groeps gesprekken gehouden over riskant seksueel gedrag, maar zes tot twaalf maanden is blijkbaar een te korte periode om zo'n diepgeworteld intiem gedrag grondig te veranderen.

Algemeen kan gesteld worden dat er geen nefaste invloed was van de spuitenruil op het druggebruik en dat het mensen er niet toe aanzette om te beginnen spuiten. Bovendien zorgde dit initiatief niet voor overlast. De spuitenruil had onverwacht ook een aantal positieve nevenwerkingen. Zo verbeterde de algemene levenssituatie voor velen. Sommige personen verminderden hun druggebruik of stopten zelfs met hun amfetamine- of heroïnegebruik, zonder naar andere drugs over te stappen. Verder was er de invloed van een andere omgeving dan die ze gewoon waren, waardoor ze alle dingen die deel uitmaakten van hun leven in een ander perspectief zagen.

- Een andere etnografische studie betreft het onderzoek naar injecterende druggebruikers in Antwerpen als ondersteuning van het COOL-project⁸¹. Voornamelijk in een eerste fase, ter voorbereiding en toegang tot de setting, ging men etnografisch tewerk. Dit onderzoek werd echter nooit voltooid. We vermelden hier de belangrijkste vaststellingen zoals ze naar voor kwamen in een eerste tussentijds verslag.

⁸¹ GRIETEN, C., *COOL-project : HIV-preventie bij injecterende druggebruikers. Etnografisch onderzoek injecterende druggebruikers Antwerpen. Tussentijds verslag*. Antwerpen – Brussel, VAD – Free Clinic, 1994.

Uit de eerste analyse komt de drugscene te voorschijn als een boeiende subcultuur, met een aantal regels en gewoonten. Die hebben grotendeels te maken met het overleven als individu en als groep. Uit voorlopige resultaten van dit onderzoek blijkt dat druggebruikers vaak niet in contact komen met de hulpverlening omdat de meesten daaraan geen behoefte hebben, omdat en zolang ze allerlei overlevingsstrategieën ontwikkelen waardoor ze 'op straat' kunnen overleven. Ook de kwestie van succes van en herval na afkickprogramma's komt in deze context in een ander daglicht te staan. Het bestaan van het 'junkiesyndroom' toont aan dat druggebruikers allerlei hulpverleningsprogramma's vaak gebruiken voor hun eigen doelstellingen, die kunnen verschillen van de doelstellingen van de hulpverleners. Bovendien betekent afkicken voor hen niet noodzakelijk definitief stoppen met druggebruik. Tijdelijke cleane periodes worden op zich gewaardeerd, ook al weet men op voorhand dat men binnen afzienbare tijd terug in het oude patroon hervalt. Uit de analyse volgt ook de merkwaardige vaststelling dat zwaardere gebruikers of verslaafden zorgzamer omgaan met hun materiaal: ze hebben het vaak in voorraad en bewaren het op vaste plaatsen. Minder zware of occasionele gebruikers daarentegen gaan meer instrumenteel om met het materiaal.

- Het meest recente onderzoek betreft een doctoraatsstudie aan de K.U.Leuven naar informele controlemechanismen bij cocaïne- en crackgebruikers in het grootstedelijk gebied Antwerpen⁸². Via de sneeuwbalmethode ("snowball sampling") werd een groep van 111 cocaïne gebruikers⁸³ uit het Antwerpse samengesteld, die diepgaand geïnterviewd werd. Het hoofddoel van de studie was om de sociale en psychologische processen volgens dewelke gebruikers hun cocaïne gebruik onder controle houden, te verkennen en te analyseren.

Eerst en vooral toont deze studie aan dat het mogelijk is een groep van zgn. "onzichtbare" cocaïne gebruikers ("hidden population") samen te stellen die niet voldoet aan het stereotiepe beeld van de druggebruiker, sterk geassocieerd met sociale deprivatie, gezondheidsproblemen en criminaliteit. De gebruikers in deze studie blijken op een gecontroleerde manier te kunnen gebruiken, zonder echt problemen te ontwikkelen. Zij zijn zelf op de hoogte van de risico's die kunnen leiden tot problematisch gebruik, dat door de respondenten wordt toegeschreven aan meer directe toedieningswijzen (freebasen of injecteren i.p.v. snuiven) en aan een hoog niveau van gebruikte dosissen.

Ook het stereotiepe beeld van de drugdealer die personen aanzet tot gebruik, wordt onderuit gehaald: de meeste personen beslisten zelf te beginnen met het gebruik, uit nieuwsgierigheid, in aanwezigheid van vrienden die reeds gebruikten en in een aangename omgeving. De respondenten beschrijven hun carrière van cocaïne gebruik als

⁸² DECORTE, T., *Informal control mechanisms among cocaine and crack users in the metropolitan area of Antwerp (Belgium)*, KUL, Leuven, 1999; DECORTE, T., *The Taming of Cocaine, Cocaine Use in European and American Cities*, Brussel, VUB University Press, 2000.

⁸³ De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 29.2 jaar; meer dan 60% bevindt zich in de leeftijdscategorie van 26 tot 35 jaar. De groep bestaat voor 63% uit mannen (tegenover 37% vrouwen). De meerderheid (89%) is Belg. Eén derde bezit een universitair diploma en bijna 40% leeft van een vervangingsinkomen. Bijna de helft van de respondenten was ooit in contact met de drughulpverlening (maar bijna nooit voor cocaïne gerelateerde problemen) en/of was ooit veroordeeld voor een misdrijf. De meest voorkomende toedieningswijze is snuiven, gevolgd door freebasen. Een minderheid injecteert de cocaïne of heeft ooit geïnjecteerd.

een dynamisch, onregelmatig en vaak veranderend patroon. Periodes van intensief gebruik worden afgewisseld met periodes van weinig gebruik en zelfs van abstinentie. De positieve effecten die gerapporteerd worden bij gematigd gebruik van cocaïne zijn: meer energie, een verhoogde intellectuele concentratie, sterkere sensaties en aangename sociale contacten. De financiële consequentie van het gebruik vindt men vaak een belangrijker nadeel dan eventuele fysieke of psychologische neveneffecten. De indicators die de respondenten aangeven voor gecontroleerd gebruik van het middel zijn: periodieke abstinentie, cocaïne kunnen weigeren wanneer het aangeboden wordt, het gebruik van lage dosissen en/of een lage frequentie van gebruik, minder actieve inspanningen om aan het middel te geraken, andere activiteiten die boven het gebruik van cocaïne worden gesteld en positieve redenen voor het gebruik. Tenslotte hebben 3 op 4 respondenten zich nooit ingelaten met enige criminele activiteit om aan (geld voor) cocaïne te geraken.

De hypothese dat er informele controlemechanismen (sociale regels en sancties) bestaan volgens dewelke de gebruikers hun gebruik onder controle weten te houden, wordt door dit onderzoek bevestigd. Deze regels bepalen of en hoe men gebruikt, in welke omstandigheden, hoeveel, in aanwezigheid van welke mensen, ... Deze regels leert men uit eigen ervaring en van andere gebruikers. Zo is men ervan overtuigd dat snuiven of basen minder risicovol is dan spuiten, dat men nooit van een dealer moet kopen die men niet kent, dat men beter geen cocaïne gebruikt als men zich slecht voelt en ook niet in het bijzijn van kinderen, ... Men heeft een uitgesproken idee over welke middelen zeker nooit op hetzelfde moment mogen gecombineerd worden. Wanneer men vindt dat het gebruik van vrienden-gebruikers uit de hand loopt of dreigt te lopen, wijst men hen daarop (sociale controle).

Anderzijds blijkt wel dat de kennis van de respondenten over cocaïne meestal gebaseerd is op foutieve informatie, ingegeven door de media, door officiële instanties (overheid, school, politie, preventiewerkers, medische wereld), door niet-gebruikers, door dealers en soms zelfs door andere cocaïne gebruikers.

**** Officiële statistieken

- De politiecijfers omtrent de druggerelateerde criminaliteit van de Algemene Politie-eindienst (APSD) zijn gebaseerd op de geïntegreerde interpolitiële criminaliteitsstatistiek. Op zich zeggen deze cijfers niet noodzakelijk iets over de al of niet toename van het druggebruik. Wel kunnen ze richtinggevend zijn voor de toegenomen activiteit van de politiediensten op dit terrein, temeer daar het hier om pro-actieve misdrijven⁸⁴ gaat. We beschikken over de cijfers van 1996⁸⁵ en 1997⁸⁶.

Eerst worden de misdrijven in verband met verdovende middelen bekeken in verhouding tot de andere misdrijven en provinciaal vergeleken. Om deze provinciale vergelijking mogelijk te maken, wordt een graad gegeven en geen absolute aantallen. Provincies kan men immers in de globaliteit van de misdrijven alleen maar vergelijken wanneer men

⁸⁴ Een pro-actief misdrijf is een misdrijf dat vooral aan het licht komt door het eigen politieoptreden.

⁸⁵ BEULLENS, M., DEVROE, E. en PONSAERS, P., *Een vergelijkend jaaroverzicht van de criminaliteit in 1995-1996. Op basis van geïntegreerde interpolitiële criminaliteitsstatistiek (GICS)*, APSD, 1997.

⁸⁶ DEVROE, E., PONSAERS, P. en DE KLERCK, S., *Een vergelijkend jaaroverzicht van de criminaliteit in 1996-1997. Op basis van geïntegreerde interpolitiële criminaliteitsstatistiek (GICS)*, APSD, 1998.

rekening houdt met het aantal inwoners dat in een provincie woont. Wanneer we de belangrijkheid van de misdrijven bekijken, kent in elke Belgische provincie de categorie 'diefstal en afpersing' de hoogste graad. De categorie 'verdovende middelen' - er zijn in totaal 17 categorieën - komt overal op de vijfde plaats.

In **1996** worden de misdrijven in verband met verdovende middelen nog steeds het meest vastgesteld in de provincies:

- 1) Brussel Hoofdstedelijk Gewest (graad 6.1)
- 2) Henegouwen (graad 5.1)
- 3) **Antwerpen** (graad 4.8).

Dit betekende een (weliswaar kleine) stijging ten opzichte van 1995.

In **1997** werden de misdrijven in verband met verdovende middelen het meest vastgesteld in de provincies:

- 1) **Antwerpen** (N=9192)
- 2) het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (N=6386)
- 3) Henegouwen (N=6310)
- 4) Luik (N=5636).

Hier worden de absolute aantallen gegeven, gelet op het feit dat deze misdrijven een pro-actief karakter kennen en dus de politieactiviteit deze N-waarde bepaalt. In 1997 werden in alle provincies stijgingen vastgesteld ten opzichte van 1996. De stijging in de provincie **Antwerpen** was minder groot dan in bijvoorbeeld Luxemburg, West-Vlaanderen, Waals-Brabant en Oost-Vlaanderen.

2.3. Kwalitatieve informatie via interviews

Tijdens de bevragsingsronde bij de categoriale en niet-categoriale hulpverlening hebben we onder andere gepeild naar tendenzen in het problematisch druggebruik in de stad / provincie Antwerpen. Deze kwalitatieve informatie geldt als aanvulling op de resultaten van bestaande onderzoeken, waarvan we eerder aantoonde dat die onderzoeken slechts een fragmentarisch en bijgevolg onvolledig beeld geven van de aard en de omvang van het druggebruik in de regio.

Hieronder wordt verslag gedaan van wat de respondenten hebben aangehaald. In totaal waren er 24 respondenten uit verschillende sectoren, i.c. drughulpverlening, algemeen en justitieel welzijnswerk, daklozenopvang, psychiatrie, straathoekwerk, huisartsen, apothekers, kind & gezin, politie, justitie, buurtbewoners, druggebruikers en koepelorganisaties. Telkens wordt tussen haakjes aangegeven door hoeveel respondenten een bepaalde tendens werd aangehaald.

2.3.1. Stad Antwerpen

Op de vraag welke tendenzen men ziet in de aard en de omvang van het problematisch druggebruik in de stad Antwerpen, werd door 17 respondenten een antwoord gegeven.

- Meervoudig druggebruik (7/17)

Nagenoeg alle sectoren zijn het erover eens dat dé (problematische) heroïnegebruiker of dé (problematische) cocaïnegebruiker niet bestaat. Druggebruikers gebruiken verschillende roesmiddelen, zowel legale als illegale. De meeste respondenten spreken van “polydruggebruik”. Wij verkiezen de term “meervoudig druggebruik” en leggen daarbij de nadruk op het feit dat deze middelen niet noodzakelijk op hetzelfde ogenblik noch in dezelfde (problematische?) mate gebruikt worden. De focus verschuift van het middel naar de manier waarop roesmiddelen gebruikt wordt, i.c. het problematisch omgaan met verschillende middelen. In hoeverre dit werkelijk een nieuw fenomeen is, dan wel beter opgemerkt wordt dan vroeger, weten we niet.

- Stijging van het problematisch gebruik van amfetamines, cocaïne, XTC en medicatie (7/17)

7 op 17 respondenten bemerken een stijging van het problematisch gebruik van opwekkende middelen zoals *amfetamines*, *cocaïne* en *XTC*. Ook het problematisch gebruik van *genesmiddelen* wordt meer dan vroeger opgemerkt. Bij (problematische) gebruikers van opwekkende middelen is er minder sprake van maatschappelijke overlast, maar meer van individuele gedragsproblemen. Het gebruik van deze middelen blijkt meer aanleiding te geven tot agressief gedrag (in tegenstelling tot de “brave” heroïnegebruiker), zeker in combinatie met alcohol en medicatie. Hierdoor rapporteert men ook meer geweld in het milieu. Dit fenomeen blijkt minder gelinkt te zijn aan de problematiek van de grootstad; het zou - meer dan de heroïneproblematiek - een landelijk fenomeen zijn. Deze nieuwe trend vormt een uitdaging voor de hulpverlening. Ook ziet men een stijging van het aantal *jongeren* dat speed en XTC gebruikt, zonder dat hierbij echter steeds sprake is van problematisch gebruik.

- Stijgende groep van allochtonen, anderstaligen, illegalen (6/17)

Voornamelijk in de hulpverleningssector krijgt men te maken met een groeiende groep van (illegale) allochtonen, en Oost-Europeanen in het bijzonder. Deze groep van gebruikers stelt de hulpverlening voor specifieke problemen, met name op het vlak van de taalbarrière en het feit dat velen van hen illegaal in ons land verblijven en zonder papieren veel moeilijker aanspraak kunnen maken op hulpverlening of enige andere vorm van dienstverlening.

- Verjonging versus veroudering (5/17)

Eenzijds ziet men (vooral door het straathoekwerk) steeds meer jongeren die op een problematische manier drugs gebruiken, waaronder “nieuwe drugs” zoals spuitbussen en allerlei scheikundige preparaten. Anderzijds stijgt de gemiddelde leeftijd van het meest gemarginaliseerde cliënteel bij de centra die zich op de meest gemarginaliseerde druggebruikers richten, zoals het MSOC, De Sleutel, Opvang Dakloze Druggebruikers (mobiele hulpverlening voor (vnl. legale) druggebruikers) en De Vaart (dagopvang voor daklozen).

- Concentratie van druggebruik, respectievelijk drughandel in de stad (4/17)

Men kan niet echt spreken van *gebruikersbuurten* in de stad Antwerpen, aangezien de plaatsen waar het problematisch druggebruik geconcentreerd is, verschuiven naar aanleiding van het politieoptreden. Wanneer een bepaalde actie in een bepaalde buurt wordt doorgevoerd, heeft dit enkel tot gevolg dat de gebruikers zich verplaatsen naar andere delen van de stad. Een voorbeeld hiervan zijn de heroïnegebruikende straatprostituees. Zij concentreerden zich vooral rond het De Coninckplein en de Atheneumbuurt, maar na streng politieoptreden aldaar (voornamelijk door middel van administratieve aanhoudingen) hebben zij zich verplaatst naar het Schipperskwartier en is ook de prostitutie in de huizen toegenomen. Als er toch gebruikersbuurten worden genoemd, zijn dat het De Coninckplein, de Atheneumbuurt en de Groenplaats enerzijds (deze mensen vinden hun weg naar het MSOC) en het Zuid anderzijds (waar voornamelijk de zeer gesloten Turkse drugscene gesitueerd is; deze mensen vinden hun weg naar het MSOC niet en worden zelfs door het straathoekwerk moeilijk bereikt).

Men kan daarentegen wel spreken van buurten waar de *handel* in drugs zich concentreert, zoals op en rond het De Coninckplein, waar trouwens reeds gedeald werd voordat het MSOC zich vestigde in die buurt.

- Dubbele diagnose / comorbiditeit (3/17)

Een aantal respondenten rapporteert een groeiende groep van cliënten in de hulpverlening waarbij het problematisch druggebruik samengaat met een psychiatrische problematiek of met zwakbegaafdheid.

- Agressief gedrag van gebruikers (3/17)

Een aantal respondenten maakt gewag van meer eisend en agressief gedrag van cliënten-druggebruikers ten aanzien van de hulpverleners.

- Meer gemarginaliseerde druggebruikers (3/17)

Men heeft de indruk dat er meer gemarginaliseerde druggebruikers zijn dan vroeger. Men kan zich hierbij de vraag stellen of dit te maken heeft met een werkelijke stijging van armoede en sociale uitsluiting omwille van de dualisering van de maatschappij, dan wel met het beter bereiken van deze doelgroep door hulpverleningsinstellingen? De respondenten neigden eerder naar de eerste verklaring, in die zin dat zij aangaven te merken dat het sociale netwerk van veel mensen brozer geworden is ten opzichte van vroeger. Meer en meer mensen zijn hulpelozer dan vroeger, afhankelijker en moeten meer op zichzelf terugvallen. Daardoor wordt ook het begrip “problematisch” zwaarder. Problematische druggebruikers hebben meer dan vroeger twee zaken waartegen ze moeten vechten: niet alleen hun druggebruik, maar meer en meer ook hun integratie in de maatschappij.

- Groeiende groep dakloze illegale druggebruikers (2/17)

Bij opvangcentra voor daklozen ziet men een groeiende groep van dakloze gebruikers van illegale drugs, die ook veel jonger zijn dan dakloze alcoholisten.

- Veiliger gebruik (1/17)

Er blijkt een evolutie te zijn in de manier van gebruiken naar veiliger gebruik. Heroïne wordt minder dan vroeger geïnjecteerd en als er geïnjecteerd wordt, gebeurt dat op een veiligere manier. Deze evolutie is waarschijnlijk toe te schrijven aan de specifieke aandacht die drugcentra zoals het MSOC de voorbije jaren besteed hebben aan deze materie, bijvoorbeeld d.m.v. het COOL-project.

- Meer gebruikers in de gevangenis (1/17)

Een respondent stelt vast dat het gebruik van legale en illegale drugs in de gevangenis stijgt (evenals het aantal gebruikers) en dat de leeftijd van de gebruikers in de gevangenis significant daalt.

- Meer gemarginaliseerde druggebruikers met andere dan heroïne neverslaving (1/17)
- Meer mensen die afhankelijk zijn van methadon (1/17)
- Evolutie m.b.t. de dealers (1/17)

Een politieman getuigt van het feit dat de drughandel in de buurt van het De Coninckplein vroeger voornamelijk in handen was van Afrikanen uit Midden-Afrika, maar door de komst van en de goede contacten met het Afrikaans Overlegplatform is dat afgenomen. Tegenwoordig zijn het eerder (illegale) Noord-Afrikanen (Marokkanen en Algerijnen) die de politie een drukke tijd bezorgen (sic).

- Druggebruikende ouders met kinderen (1/17)

Door de hulpverlening wordt meer aandacht besteed aan druggebruikende ouders met kinderen, waardoor zij zichtbaarder worden. De “probleembuurt” in dat opzicht zijn (in die volgorde) : 1) Antwerpen-Noord; 2) Antwerpen-Centrum en 3) Zuidwest-Antwerpen.

2.3.2. Rest van de provincie Antwerpen

Slechts 4 van de 24 respondenten wisten iets te vertellen over de aard en de omvang van het druggebruik buiten de stad Antwerpen. Twee van hen zijn ook werkzaam buiten de stad Antwerpen. Het is opmerkelijk hoe weinig de meeste respondenten die werkzaam zijn in de stad Antwerpen enig zicht hadden op de situatie in de rest van de provincie.

Gezien het kleine aantal respondenten moeten deze uitspraken zeer voorzichtig gehanteerd worden. Blijkbaar heeft men over het algemeen weinig zicht op de problematiek en is bijgevolg grondiger (behoefte)onderzoek noodzakelijk, wil men een duidelijk antwoord geven op de vraag wat de aard en de omvang van het problematisch

druggebruik is in de rest van de provincie Antwerpen⁸⁷. Wat volgt zijn hypothesen, gebaseerd op het aanvoelen van mensen op het terrein.

- Stijging van het amfetaminegebruik (2/4)

In de rest van de provincie Antwerpen (met gebieden die als “landelijk” kunnen omschreven worden) wordt de stijging van het amfetaminegebruik nog meer opgemerkt dan in de grootstad. Het veroorzaakt minder maatschappelijke overlast, maar meer individuele gedragsproblemen en geeft meer aanleiding tot agressief gedrag. Deze gebruikers zijn bovendien minder makkelijk geneigd om contact te zoeken en/of in contact te blijven met de hulpverlening.

- Weinig gemarginaliseerde gebruikers (2/4)

In de hulpverlening ziet men weinig gemarginaliseerde druggebruikers, waarschijnlijk omdat er ook weinig zijn. Deze mensen trekken waarschijnlijk naar de stad, niet zozeer omwille van het gebrek aan aangepaste hulpverlening, maar meer nog omdat ze door de bevolking gevisieerd worden en door de politie “weggejaagd” worden.

- Weinig (injecterende) heroï negebruikers met vraag naar methadon (1/4)

Er zijn in elk geval weinig (injecterende) heroï negebruikers gekend. Ze zouden heel verborgen leven en schermen zich af van de buitenwereld. Zelfs door de straathoekwerkers worden deze mensen niet gezien.

- Problematische gebruikers stellen vnl. vraag naar ontwenning (1/4)
- Vnl. jonge gebruikers uit middenklasse, met andere dan heroï neverslaving (1/4)

De groep van druggebruikers waarop men zicht heeft, bestaat voornamelijk uit jonge gebruikers uit de middenklasse, die experimenteren tot soms problemen ontwikkelen met voornamelijk speed, XTC, cannabis en alcohol. Deze gebruikers worden vooral gezien door het straathoekwerk en veel minder door de reguliere hulpverlening, blijkbaar vanuit een wantrouwen tenopzichte van hulpverlening, die zij associëren met justitiële diensten.

3. INSCHATTING VAN HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE PROVINCIE LIMBURG

3.1. Methodiek

Voor de inschatting van het (problematisch) druggebruik in de provincie Limburg hebben we een combinatie gemaakt van kwantitatieve methodes (verzamelen van bestaande data) en kwalitatieve methodes (interviews).

⁸⁷ Merk op dat er eveneens nauwelijks onderzoeken bestaan die zich richten op het gebied buiten de stad Antwerpen (cfr. supra).

Voor onze zoektocht naar **bestaande epidemiologische gegevens** zijn we uitgegaan van de inventaris van epidemiologische onderzoeken omtrent druggebruik, opgesteld door de U.G., de K.U.L. en de U.L.G. in 1996⁸⁸, en de VAD-jaarboeken⁸⁹. Daarnaast hebben we ook aan de mensen van het MSOC gevraagd of zij kennis hadden van andere onderzoeken met betrekking tot de provincie Limburg. De rapporten van relevante studies werden opgevraagd, evenals officiële statistieken, en grondig bestudeerd. Waar het ons nuttig leek, hebben we eveneens bezoeken afgelegd bij sleutelfiguren of organisaties. Zo hebben we **gesprekken** gevoerd met J.P. Wydoodt van de VAD (Brussel), met G. Van Hal van de U.I.A. (Antwerpen) en met A. Beulen en M. Vanhex van het CAD (Hasselt).

Zowel bevolkingsstudies of surveys als utilisation studies of registratiestudies zijn voorhanden op het niveau van de provincie. Van officiële statistieken, die nationaal worden verzameld, werd de relevantie voor de provincie nagegaan. Etnografisch onderzoek is er in de provincie Limburg vooralsnog niet gebeurd.

3.2. Inventaris van bestaande data

3.2.1. Overzicht van geraadpleegde bronnen

Schema 4 : Bronnen op het niveau van de provincie Limburg

* Bevolkingsstudies
VERMEIRSCH, R., <i>Druggebruik in het secundair onderwijs</i> , 1973
Stedelijk Overleg Preventie Verslaving, <i>Vrijtijdsbesteding en gebruik van genotsmiddelen bij de Lommelse jeugd</i> , 1994
Provincie Limburg, LISO, CAD, <i>Gebruik van tabak, alcohol, drugs, medicatie en gokgedrag bij leerlingen van het secundair onderwijs provincie Limburg</i> , 1995
Toetsing van het druggebruik in Hamont-Achel, 1998
CAD, <i>Festivalbevraging</i> , 1997, 1998, 1999
** Registratiestudies
BIJNENS, J. e.a., <i>Probleemgebruikers van harddrugs in Limburg</i> , 1985
BOONS, M. e.a., <i>Provinciaal onderzoek drugproblematiek Limburg</i> , 1992
BUNTINX, F. e.a., <i>Waarom stopt iemand ambulant met heroïnegebruik</i> , 1992
Jaarverslagen CAD, Katarsis, CGG's, 1993-1999
Registratie straathoekwerk (LISS)
Provinciale Geneeskundige Commissie (registratie methadon)
VAN HAL, G. e.a., <i>Registratie van druggebruikers door het parket</i> , 1990-1998, cijfers opgesplitst per provincie
*** Etnografische studies
**** Officiële statistieken
APSD

⁸⁸ VAN DAELE, L., CASSELMAN, J., DEBBAUT, D., DE RUYVER, B., ETIENNE, M., GILLET, I., NOIRFALISE, A en PASSCHYN, L., o.c., 1996.

⁸⁹ WYDOODT, J.P., o.c., 1992; LENDERS, F. en WYDOODT, J.P., o.c., 1995; NOELS, B. en WYDOODT, J.P., o.c., 1996; BOOMS, B. en WYDOODT, J.P., o.c., 1997.

3.2.2. Bespreking

* Bevolkingsstudies

Via verschillende bevolkingsstudies werd in de provincie Limburg de omvang van het ooit-gebruik van alcohol, tabak, medicatie en illegale drugs onderzocht. De meeste van deze studies hebben slechts betrekking op één stad of gemeente, waarbij men zich de vraag kan stellen in welke mate de bevindingen te extrapoleren zijn naar de gehele provincie. Eén studie had betrekking op een welbepaald publiek (festivalbezoekers), waarvan meer dan de helft niet afkomstig was uit de provincie Limburg. Uiteindelijk zijn er slechts twee studies die als representatief kunnen beschouwd worden voor de provincie, waarvan het eerste echter dateert van 1973 en dus te weinig recent is om nog van enig nut te zijn voor ons onderzoek. Aangezien de informatie uit het laatste onderzoek zeker nuttig is, maar weinig relevant ten aanzien van de doelgroep van het MSOC, beperken we ons hier tot een loutere inventaris (cfr. supra).

** Registratiestudies

Voor de provincie Limburg zijn registratiestudies en algemene registratiegegevens omtrent druggebruik voorhanden. Onze bijzondere aandacht gaat hierbij uit naar het provinciaal onderzoek van 1992, die een bevraging inhield van alle welzijnswerkers (zowel in de gezondheids- als in de justitiële sector) die in contact (kunnen) komen met gebruikers van illegale drugs. Met betrekking tot druggebruikers die in aanraking komen met politie of justitie vermelden we het onderzoek van de UIA naar geregistreerde druggebruikers bij de Vlaamse parketten (1990-1998), waaruit de gegevens van de Limburgse parketten hadden kunnen geselecteerd worden. Wegens tijdsgebrek is dit echter niet gebeurd.

- Een eerste provinciaal onderzoek gebeurde reeds in 1985 en is dus te weinig recent om de resultaten ervan in deze bijdrage ten gronde te bespreken⁹⁰. Nochtans vindt dit onderzoek zijn opvolging in de provinciale registratiestudie van 1992. Bij de bespreking daarvan zullen we af en toe terugverwijzen naar dit onderzoek om bepaalde verschuivingen aan te duiden. Er dient echter opgemerkt te worden dat de vergelijking tussen beide onderzoeken zeer voorzichtig moet gebeuren, aangezien in 1985 veel minder instanties in het onderzoek betrokken waren en aangezien de meeste vragen werden aangepast en nieuwe vragen werden toegevoegd bij de herhaling van het onderzoek in 1992.
- Het registratieonderzoek van 1992⁹¹ betreft een schriftelijke bevraging aan alle welzijns- en gezondheidswerkers en aan alle justitiële en politionele instanties van de provincie Limburg naar de omvang en de kenmerken van gebruikers van illegale drugs met wie men in contact was gedurende een bepaalde periode. Met behulp van een

⁹⁰ BIJNENS, J., NIELANDT, B. en HAUGLUSTAINE, A., *Probleemgebruikers van harddrugs : Onderzoek naar de aantallen en kenmerken van probleemgebruikers in Limburg 1984-1985*, CAD, Hasselt, 1985.

⁹¹ BOONS, M., DE BOECK, R., MARECHAL, N., ROMBAUTS, P. en VANHEX, M., *Provinciaal onderzoek drugproblematiek Limburg. Kontakten van welzijnswerkers met gebruikers van illegale drugs*, Hasselt, Limburgs Platform Overleg Verslaving, Rapport n° D/1992/5857/2, 1992, 80 p.

codering werden dubbeltellingen vermeden. De uiteindelijke steekproef betrof 939 (ex)-gebruikers van illegale drugs.

Met betrekking tot de **leeftijd** van de gebruikers stelt men vast dat een kleine 10 % van de gebruikers jonger is dan 20 jaar. De grootste groep gebruikers vinden we in de leeftijdsgroep 25-29 jaar, nl. 36 %. Samen met de groep 20-24 jarigen maken zij ruim 60 % uit van de totale gebruikersgroep. Een kwart van de gebruikersgroep situeert zich in de leeftijdscategorie tussen 30 en 40 jaar. Een kleine 5 % is ouder dan 40 jaar. Vergeleken met het onderzoek van 1985 betekent dit een duidelijke leeftijdsverschuiving in de gebruikersgroep. Het aandeel van de –20jarigen blijft stabiel, maar de rest van de groep is duidelijk ouder geworden. De instroomleeftijd blijft dus gelijk; de veroudering slaat op de langere tijd dat men tot de groep behoort.

Opvallend jonger dan de rest is de groep XTC-gebruikers en ook hasj- en marihuanagebruikers zijn iets jonger dan de doorsnee-druggebruiker. Heroïnegebruikers zijn duidelijk ouder. Bijna de helft situeert zich in de leeftijdscategorie 25-29 jaar en bijna 30 % is ouder dan 30 jaar.

Wat betreft het **geslacht**, is het overgrote deel van de gebruikers van het mannelijk geslacht (84 %), tegenover 16 % vrouwen. Deze verhouding komt overeen met de resultaten van het onderzoek van 1985.

Als we kijken naar de **middelen**, wordt voor de meerderheid (ruim 2/3) van de hele gebruikersgroep heroïne als hoofddrug aangeduid (68 %). Op de tweede plaats volgen hasj en marihuana (17 %). Cocaïne wordt voor 6 %, speed en amfetamines voor 4 % van de gebruikers de hoofddrug genoemd. XTC tenslotte is voor 3 % de belangrijkste of enige drug.

In verband met het **meervoudig gebruik van illegale drugs** blijkt voor de gebruikers met heroïne als hoofddrug het volgende :

- twee derde (67 %) heeft ook ooit hasj of marihuana gebruikt of gebruikt dit nog,
- voor bijna de helft (48 %) geldt deze vaststelling voor cocaïne,
- 30 % is tegelijk speed- of amfetaminegebruiker,
- een combinatie met LSD en XTC komt niet zo vaak voor.

Ook bij de cocaïnegebruikers vindt men vooral een gecombineerd (ex-)gebruik met hasj of marihuana (60 %), heroïne (46 %) en speed of amfetamines (40 %). De gebruikers van speed of amfetamine combineren dit meestal met hasj of marihuana (55 %). Deze combinatie treffen we ook meest aan bij de XTC-gebruikers, namelijk bij 42 %. De hasj- of marihuanagebruikers combineren het minst met andere illegale drugs. Als er toch sprake is van meervoudig gebruik, is dit meestal met heroïne (23 %) en met speed of amfetamines (21 %).

Voor ruim de helft van de groep gebruikers (53 %) blijkt het illegaal druggebruik niet vergezeld te gaan van problematisch gebruik **van legale drugs** zoals alcohol, medicatie, snuifmiddelen of andere producten. Bij 17 % is sprake van problematisch medicatiegebruik; 15 % heeft te kampen met alcoholproblemen. Ongeveer 1 op 10 gebruikers van illegale drugs (12 %) heeft zowel problemen met alcohol- als met medicatiegebruik. Voor een kleine groep (3 %) worden problemen gesignaleerd met andere legale producten; meestal betreft het dan snuifmiddelen. Problematisch

medicatiegebruik is duidelijk het hoogst bij de heroïne gebruikers (22 %). Problematisch alcoholgebruik is hoger in combinatie met de andere drugs.

Over 36 % van de gebruikersgroep zijn geen gegevens bekend inzake de **frequentie** van het gebruik. Op basis van de verkregen cijfers kan men met relatieve zekerheid stellen dat 14 % niet meer gebruikt op het moment van het onderzoek; 17 % gebruikt af en toe illegale producten en 34 % doet dit dagelijks. In de groep die dagelijks zijn toevlucht neemt tot illegale drugs, van een oververtegenwoordiging op van de heroïne gebruikers (39 %); de andere producten worden blijkbaar meer sporadisch gebruikt.

Kijken we naar de **leefsituatie** dan merken we op dat de grootste groep van de gebruikers (43 %) nog thuis woont, bij de ouders. Een vierde (26 %) woont samen met een partner; 14 % woont alleen. Drie procent verblijft in een onthaaltehuis en 2 % zou samenwonen met andere gebruikers. Van 6 % van de gebruikers zijn de respondenten zeker dat ze geen vaste verblijfplaats hebben. Er werd een statistische bevestiging gevonden van het feit dat er meer heroïne gebruikers dan andere geen vaste verblijfplaats hebben. Anderzijds treft men ook in de leefsituatie 'met partner' beduidend meer heroïne gebruikers aan dan andere. Bij de overige leefsituaties werden geen duidelijke verschillen gevonden tussen de verschillende groepen gebruikers.

Wat het **opleidingsniveau** betreft, heeft de grootste groep, bijna de helft (46 %), als hoogste opleiding beroepsonderwijs gevolgd. Samen met de groep die technisch secundair onderwijs volgde (22 %), maken zij bijna 70 % van de gebruikerspopulatie uit. Van 14 % van de druggebruikers is geweten dat zij algemeen secundair onderwijs volgden; enkelen (2 %) volgden nog een andere secundaire richting. Zes procent studeerde via leercontract of volgde deeltijds onderwijs; 3 % liep school in het buitengewoon secundair onderwijs. Slechts 5 % volgde een opleiding in het hoger onderwijs. Er werd een statistische bevestiging gevonden van het feit dat er opvallend meer heroïne gebruikers zijn voor wie als hoogst gevolgde opleiding beroepssecundair onderwijs aangeduid werd.

Op het vlak van de **inkomenssituatie** leeft meer dan de helft (56 %) van de gebruikers van een vervangingsinkomen. Het gaat dan voornamelijk om werkloosheidsuitkering (25 %) of ziekte- en invaliditeitsuitkering (23 %). Voor een kleinere groep betreft het een uitkering vanwege het OCMW (6 %). Eén vijfde van de gebruikersgroep is beroepsactief (22 %) en heeft dus een inkomen uit beroepsarbeid. Ruim de helft van deze groep is werkzaam als ongeschoold arbeider (12 %), 4 % als geschoold arbeider en 3 % werkt via een uitzendbureau. Een ander vijfde heeft geen inkomen (22 %). Meestal gaat het hier om studenten (8 %) of mensen die niet in orde zijn met de sociale zekerheid (6 %). We treffen hier ook enkele huisvrouwen / - mannen (1 %) en dienstplichtigen (1 %) aan. Voor de gebruikers die van een vervangingsinkomen (RIZIV en werkloosheidsuitkering) leven, is heroïne duidelijk meer dan andere producten de hoofddrug.

In verband met **druggerelateerde problemen** werd er gevraagd of de gebruiker in kwestie reeds contact had gehad met politie of rijkswacht en of de gebruiker reeds in de gevangenis verbleven had. Over ruim een vijfde van de gebruikers is niets bekend i.v.m. eventuele justitiële contacten. Van de overige gebruikers kan men voor 20 % van hen met zekerheid stellen dat ze nog niet in aanraking kwamen met politie of rijkswacht. Voor de

grootste groep (80 %) blijkt dit echter wel het geval te zijn. Het gaat dan niet zozeer om het illegaal druggebruik zelf (21 %) of om andere ongekende redenen (7 %), dan wel om druggerelateerde misdrijven (52 %). Bijna de helft (47 %) had nog niet te maken met gevangenisverblijf. De andere groep (53 %) heeft hiermee wel ervaring. Meestal (36 %) betrof het dan zelfs een verblijf van 3 maanden of langer. Heroïnegebruikers komen duidelijk meer dan andere gebruikers met politie of rijkswacht in contact omwille van het plegen van misdrijven. Eenzelfde tendens treffen we aan bij het gevangenisverblijf. Heroïnegebruikers zijn duidelijk oververtegenwoordigd inzake gevangenisverblijf.

We vermelden hier nog enkele bevindingen die interessant zijn in het licht van huidig evaluatieonderzoek, meer bepaald het contact met de hulpverlening, de nationaliteit van de gebruikers en hun woonplaats. Met betrekking tot het eventuele **contact met de hulpverlening** wordt er vermeld dat men geen gegevens heeft over de behandelingssituatie van 26 % van de gebruikersgroep. Van ruim 5 op 10 is geweten dat zij nergens in behandeling zijn (53 %); 23 % is in ambulante begeleiding en voor 12 % is er sprake van een residentiële behandeling. Tien procent tenslotte is in de gevangenis terechtgekomen. Bij de groepen zonder behandeling, in ambulante begeleiding en in residentiële behandeling is er geen significante over- of ondervertegenwoordiging van heroïne tegenover de andere producten. Het aantal heroïnegebruikers waarvan onder behandelingssituatie wordt vermeld dat ze in de gevangenis verblijven, ligt wel significant hoger : 11 %.

Het merendeel van de geregistreerde gebruikers heeft de Belgische **nationaliteit**, nl. 60 %. Gebruikers met een andere nationaliteit zijn vooral Italianen (12 %), Turken (11 %) en Marokkanen (9 %). In mindere mate betreft het Grieken (2 %), Spanjaarden (2 %) en Nederlanders (1 %). Ook de nationaliteit van de vader werd bevraagd, teneinde een beeld te krijgen van het aantal genaturaliseerde Belgen. Het percentage gebruikers met een vader van Belgische nationaliteit daalt in dit geval tot 50 %. Het grootste aantal genaturaliseerde Belgen vinden we bij de Italianen; in mindere mate gaat het ook om Marokkanen, Turken en Grieken. Een vergelijking met het onderzoek van 1985 leert ons dat er toen meer gebruikers van Belgische en Spaanse nationaliteit waren dan in 1995. Turkse en Marokkaanse gebruikers daarentegen zijn verhoudingsgewijs sterk toegenomen tegenover 1985.

In dit onderzoek werd zowel naar de domicilie-gemeente als naar de verblijfsgemeente van de gebruikers gevraagd. Ten behoeve van de rapportering werd geopteerd voor het in kaart brengen van de **gemeente van verblijf**. Vier procent van de gekende druggebruikers verblijft buiten Limburg maar nog in België, van 3 % weet men dat ze in het buitenland vertoeven. Bij de Limburgse gemeenten neemt Genk een aparte plaats in. Het hoge percentage geregistreerde gebruikers (30 %) houdt enerzijds verband met de ruimere referteperiode en anderzijds met het feit dat de respons binnen het Genkse hulpverleningsnet honderd procent bedroeg. Bovendien werkt de gecoördineerde aanpak zoals die uitgerekend in Genk gestalte kreeg, een goede detectie in de hand, zodat het 'dark number' er ook lager ligt. De kwantitatieve verhouding Genk versus Limburg wordt hierdoor zeker beïnvloed. Hasselt (8 %), Maasmechelen en Heusden-Zolder (elk 6 %) en Houthalen-Helchteren (5 %) nemen samen ongeveer 25 % van de totale groep voor hun rekening. Daarnaast zijn er nog Beringen (4 %), Lommel en Sint-Truiden (elk 3 %), Lanaken, Tongeren en Bilzen (elk 2 %), waar samen ca. 16 % van de gebruikersgroep

verblijft. De overige groep (ca. 14 %) is verspreid over 16 verschillende gemeenten. In 7 gemeenten werd geen aanwezigheid van gebruikers gemeld. Numeriek bekeken werden in het onderzoek van 1985 vier belangrijke kernen van gebruikers gesignaleerd, namelijk Genk, Sint-Truiden, Maasmechelen en Hasselt. Genk, Hasselt en Maasmechelen zetten deze traditie voort. In 1992 krijgen zij echter het gezelschap van enkele andere belangrijke kernen, namelijk Houthalen-Helchteren, Heusden-Zolder en Beringen. Sint-Truiden vinden we in dit onderzoek pas terug op de achtste plaats, samen met nieuwkomers Lommel, Lanaken, Tongeren en Bilzen.

- Van een heel andere strekking is het onderzoek dat men in het begin van de jaren '90 voerde rond het ambulant stoppen met heroïnegebruik⁹². Het betreft hier een zeer beperkt, maar kwalitatief diepgaand onderzoek bij acht ex-heroïnegebruikers uit Limburg naar de beweegredenen van hun stoppen met heroïnegebruik. Aangezien het hier gaat om een thema dat de ambulante drughulpverlening in het algemeen en de MSOC's in het bijzonder aanbelangt, zijn de belangrijkste resultaten ervan zeker het vermelden waard. De uiteindelijke beslissing tot definitieve stop met heroïnegebruik lijkt een erg persoonlijke aangelegenheid, waar hulpverleners weinig directe invloed op kunnen uitoefenen. Mensen lijken tot definitieve stop slechts over te gaan als zij daar rijp voor zijn. Wat dit precies betekent, is niet duidelijk, maar één element lijkt steeds terug te keren en belangrijk te zijn, namelijk dat men zijn eigen verantwoordelijkheid neemt. Men maakt steeds melding van een bodemervaring, maar die is geen voldoende voorwaarde voor een definitieve stop omdat bodemervaringen ook voorafgaan aan mislukte stoppogingen. Het aftemperen van het spectaculaire en heroïsche van de afkick lijkt eerder tegenaangewezen. Het bevestigen van de geleverde inspanningen en het appelleren aan het heroïsche van de afkick kan de motivatie gunstig beïnvloeden. Wel is het belangrijk dat er voor en na de eigenlijke afkickperiode mensen beschikbaar zijn waarop een beroep kan gedaan worden.

**** Officiële statistieken

- De politiecijfers omtrent de druggerelateerde criminaliteit van de Algemene Politiesteundienst (APSD) zijn gebaseerd op de geïntegreerde interpolitiële criminaliteitsstatistiek. Op zich zeggen deze cijfers niet noodzakelijk iets over de al of niet toename van het druggebruik. Wel kunnen ze richtinggevend zijn voor de toegenomen activiteit van de politiediensten op dit terrein, temeer daar het hier om pro-actieve misdrijven⁹³ gaat. We beschikken over de cijfers van 1996⁹⁴ en 1997⁹⁵.

Eerst worden de misdrijven in verband met verdovende middelen bekeken in verhouding tot de andere misdrijven en provinciaal vergeleken. Om deze provinciale vergelijking mogelijk te maken, wordt een graad gegeven en geen absolute aantallen. Provincies kan men immers in de globaliteit van de misdrijven alleen maar vergelijken wanneer men rekening houdt met het aantal inwoners dat in een provincie woont. Wanneer we de

⁹² BUNTINX, F., SCHILLEMANS, L., BAPTIST, M., BEMELMANS, M., BRUYNOOGHE, R., DEQUEKER, W., SPEETJENS, J., VAN DEUN, P. en VANHEX, M., "Waarom stopt iemand ambulant met heroïnegebruik?", *T. Alc. Drugs* (18), 1992, nr. 4, 190-196.

⁹³ Een pro-actief misdrijf is een misdrijf dat vooral aan het licht komt door het eigen politieoptreden.

⁹⁴ BEULLENS, M., DEVROE, E. en PONSAERS, P., o.c., 1997.

⁹⁵ DEVROE, E., PONSAERS, P. en DE KLERCK, S., o.c., 1998.

belangrijkheid van de misdrijven bekijken, kent in elke Belgische provincie de categorie 'diefstal en afpersing' de hoogste graad. De categorie 'verdovende middelen' - er zijn in totaal 17 categorieën - komt overal op de vijfde plaats. In **1996** staat de provincie **Limburg**, samen met Vlaams-Brabant, op de zesde plaats, met een graad van 3.1. Dit betekende een daling ten opzichte van 1995 (-4.8 %), waar alle andere provincies een stijging vertoonden. In **1997** komt **Limburg** pas op de zevende plaats, met een graad van 3.8, wat slechts een kleine stijging betekende ten opzichte van het vorige jaar. Deze stijging was ook kleiner dan in heel wat andere provincies.

3.3. Kwalitatieve informatie via interviews

Omwille van het relatieve belang van de informatie die we kunnen halen uit bestaande onderzoeken omtrent het problematisch druggebruik in de provincie Limburg, hebben we via interviews met MSOC-personeel en externe sleutelfiguren gepeild naar tendenzen in het druggebruik doorheen de jaren. We maken hierbij een onderscheid tussen evoluties in het druggebruik in het algemeen enerzijds (6 respondenten) en evoluties die bij het MSOC-cliënteel worden opgemerkt anderzijds (7 respondenten). Ook hier weze opgemerkt dat het gaat om tendenzen zoals ze door personen werkzaam in de drugsector worden gevoeld en er dus geen sprake kan zijn van een volwaardig behoefteonderzoek. Telkens wordt tussen haakjes aangegeven door hoeveel respondenten een bepaalde tendens werd aangehaald.

3.3.1. Algemene populatie van druggebruikers

- Meer gebruik bij jongeren, maar blijft hoofdzakelijk niet-problematisch (4/6)

Bij de jongeren ziet men meer experimenterend en gecontroleerd gebruik van allerlei middelen, maar slechts een minderheid van hen ontwikkelt problematisch gebruik, namelijk wanneer het gebruik samengaat met een destabiliserende factor, zij het familiaal of sociaal (problematische gezinssituatie, zwak sociaal netwerk), zij het individueel (persoonlijkheidsstoornis).

- Heroïnegebruik is gestabiliseerd (3/6)

Na een 'boom' in de jaren '80 blijkt het heroïnegebruik in de provincie Limburg nu vrij gestabiliseerd te zijn. Nochtans ziet men in de psychiatrische centra recent weer meer heroïnegebruikers. Het gaat hier om een groep van jongere mensen die vrij snel vanuit andere producten tot een problematisch heroïnegebruik komen.

- Geen echte 'drugscene' (2/6)

Er is nog minder dan vroeger sprake van een 'drugscene' of van geografische 'haarden' van problematisch druggebruik. Druggebruikers in Limburg leven nog meer dan vroeger verspreid, gebruiken meer thuis, zijn mobieler geworden en zijn niet meer zo op elkaar gericht.

- Meer gebruik van opwekkende middelen (2/6)

De laatste jaren ziet men een verschuiving van heroïnegebruik naar meer gebruik van opwekkende middelen (amfetamines, cocaïne, XTC, enz.) bij twee groepen van gebruikers: de groep van 'oude' heroïnegebruikers die steeds meer andere middelen bijgebruiken enerzijds en een groep van jongeren die door het veranderde uitgangsleven opwekkende middelen gebruiken, zonder dat ze (ooit) heroïne (zullen) gebruiken.

- Meer extreem cannabisgebruik (2/6)
- Meervoudig druggebruik (1/6)

De tendens naar meer meervoudig druggebruik wordt opgemerkt. Deze tendens geldt trouwens niet alleen voor de provincie Limburg, maar ook voor alle andere regio's die in dit onderzoek betrokken zijn. Het gegeven dat de meeste druggebruikers die in contact zijn met de hulpverlening, meerdere middelen al dan niet problematisch gebruiken, vormt een nieuwe uitdaging voor de drughulpverlening en het drugbeleid.

- Stijging van het justitiecliënteel (1/6)

Het aantal gebruikers dat vanuit de gevangenis of vanuit andere justitiële diensten naar de hulpverlening wordt doorverwezen, stijgt met zulke aantallen dat er wachtlijsten ontstaan bij de categoriale hulpverlening.

3.3.2. MSOC-cliënteel

- Nieuwe groep van problematische gebruikers van opwekkende middelen (5/7)

Naast een bekende groep van heroïnegebruikers komt er een andere groep van problematische gebruikers bij, namelijk van amfetamines, XTC, pepmiddelen, enz. Deze groep is minder gemarginaliseerd, maar is jonger, moeilijker te hanteren, moeilijker te bereiken en moeilijker in contact met het centrum te houden. Zij hebben ook vaker karakterstoornissen (bv. eisend en dominant gedrag).

- Meer bijgebruik van cannabis en alcohol (3/7)
- Meer gestabiliseerde heroïnegebruikers (2/7)

Een deel van het cliënteel van het MSOC evolueert naar een steeds grotere groep van 'gestabiliseerde', oudere gebruikers met een methadononderhoudsbehandeling, die rustiger functioneren en voor wie de primaire behoeftes niet meer aan de orde zijn. Deze groep van cliënten heeft andere vormen van hulpverlening nodig zoals het zoeken naar werk. Daarnaast stelt men vast dat er weinig nieuwe heroïneafhankelijken bijkomen.

- Minder gemarginaliseerde gebruikers op het 'platteland' (1/7)

In de regio's ziet men minder cliënten met heroïneproblemen, maar meer jongeren met problematisch XTC-, speed- of cannabisgebruik dan in Genk. Ook in het algemeen zijn er

in de rest van de provincie blijkbaar minder gemarginaliseerde en problematische gebruikers dan in de stad Genk.

4. CONCLUSIES

Als we de aard en de omvang van het druggebruik willen kennen, moeten we ervan uitgaan dat we nooit een volledig beeld zullen hebben. Men dient bijgevolg de grootste omzichtigheid aan de dag te leggen bij het formuleren van tendenzen inzake druggebruik.

- Het problematisch druggebruik en gemarginaliseerde druggebruikers blijken zich voornamelijk *in stedelijke regio's* te concentreren.
- Er blijkt een tendens te bestaan naar meervoudig druggebruik en *complexere problematieken*. De klassieke heroïnegebruiker, die enkel een probleem heeft met dat ene product, bestaat niet (meer).
- Er zou een stijging zijn van het problematisch gebruik van andere middelen, met name *opwekkende middelen*. De personen die deze producten (al dan niet problematisch) gebruiken, zijn vaak jonger en vinden moeilijker de weg naar de hulpverlening.
- Er is minder dan vroeger sprake van een 'drugmilieu'. Druggebruik is meer *verspreid* en hoeft niet per se problematisch te zijn. Het *gecontroleerd gebruik* van de zogenaamde '*hard drugs*' komt evenzeer voor. In de hulpverlening merkt men trouwens een evolutie in de richting van veiliger druggebruik.

5. AANBEVELINGEN

Een eerste aanbeveling betreffende de inschatting van het (problematisch) druggebruik kan overgenomen worden uit het algemeen eindverslag. De overige aanbevelingen zijn specifiek voor de MSOC's van Antwerpen en/of Limburg.

- **Gestandaardiseerde registratie**

Om zicht te krijgen op de aard en de omvang van het druggebruik in België in het algemeen, en het problematisch druggebruik in het bijzonder, is er in de eerste plaats nood aan betrouwbare en vergelijkbare **gegevens**.

Zowel op lokaal als federaal vlak is er nood aan een **gestandaardiseerd registratiesysteem**, om de vergelijking van gegevens te optimaliseren. Een eerste prioriteit hierbij is het ontwikkelen van gemeenschappelijke standaardvariabelen. Aangezien we geen volledige lezing hebben kunnen doorvoeren van alle bestaande mogelijkheden, zouden de items die gebruikt worden door het BIRN een eerste aanknopingspunt kunnen vormen. Het lopend onderzoek door de ULB betreffende de Minimale Toxicomanie Gegevens (MTG) / Résumé Toxicomanie Minimum (RTM)⁹⁶

⁹⁶ BERGERET, I., DE BACKER, V., FROM, L., JOOSTEN, J., NICAISE, P. en PELC, I., *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieu, oktober 1999 (tussentijds verslag); BERGERET, I., FROM, L., JOOSTEN, J., NICAISE, P. en PELC, I., *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieu, maart 2001.

maakt een kritische inventaris van de systemen voor het registreren van gegevens betreffende de drugproblematiek : het is duidelijk dat de bestaande systemen voornamelijk gericht zijn op het verzamelen van epidemiologische gegevens en niet op het evalueren van therapeutische processen. Het zou tevens interessant, zoniet noodzakelijk zijn om ook een **geanonimiseerde identificatiecode** te ontwikkelen voor (problematische) druggebruikers die in contact komen met de hulpverlening. Dit om dubbeltellingen te vermijden enerzijds en om een zicht te krijgen op het traject van cliënten binnen de drughulpverlening anderzijds.

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

- **ANTWERPEN: Vervolg en verbreding van bestaand onderzoek**

Het bestaande registratieonderzoek, uitgevoerd door SODA en UIA, bij *vier drughulpverleningsinstellingen* in de stad Antwerpen, dient verdergezet te worden en bovendien uitgebreid naar andere, ook niet-categoriale, voorzieningen enerzijds en naar voorzieningen in de rest van de provincie anderzijds. Zoals hierboven reeds gesteld, merken we op dat dit in de praktijk een zeer moeilijke opdracht kan betekenen, aangezien het op elkaar afstemmen van de registratiesystemen hiervoor een voorwaarde is.

- **LIMBURG: Herhaling van het provinciaal onderzoek**

Het is wenselijk dat het provinciaal onderzoek van 1992, dat een bevraging inhield van de verschillende sectoren die in aanraking komen met gebruikers van illegale drugs, herhaald wordt teneinde zicht te krijgen op tendenzen in de aard en omvang van het (problematisch) druggebruik in de provincie Limburg.

- **LIMBURG: Etnografisch onderzoek**

Het is wenselijk om in de provincie Limburg in de toekomst ook aandacht te besteden aan etnografisch onderzoek aangezien dit tot op heden nog niet gebeurd is.

II. ANALYSE VAN HET HULPVERLENINGSAANBOD

1. INLEIDING

1.1. Algemeen

Als laagdrempelige centra richten de MSOC's zich op de meest gemarginaliseerde druggebruikers die door andere voorzieningen niet (meer) of onvoldoende worden bereikt. Cruciaal hierbij is de complementaire rol van het MSOC ten aanzien van het bestaande hulpverleningsaanbod binnen een regio. Het huidige evaluatieonderzoek dient zich dan ook niet enkel te richten op de werking van het MSOC an sich, maar ook en vooral op de positie van het MSOC binnen het bestaande netwerk van hulpverleningsvoorzieningen. Dit deel van het verslag biedt enerzijds een **beschrijving** van het regionaal aanbod aan diensten ten behoeve van druggebruikers en anderzijds een **analyse** van leemtes in het aanbod, gebaseerd op de bevragingronde bij andere voorzieningen. Hierbij zullen zowel gespecialiseerde centra voor drughulpverlening aan bod komen als algemene centra die o.a. een aanbod ten aanzien van druggebruikers hebben ontwikkeld.

Dit hoofdstuk bevat dan ook de uitvoering van onderzoeksopdracht *B.3. Analyse van het hulpverleningsaanbod in de regio en studie van de functionele samenwerkingsmogelijkheden tussen de betrokken diensten.*

1.2. Methode

1.2.1. Inventaris aan de hand van een dubbel criterium

Dat het drughulpverleningsaanbod complex en divers is, staat buiten kijf. Voor een stuk vloeit dit voort uit de complexiteit van de drugproblematiek zelf. Verschillen in soort en ernst van problematiek alsook in de door de hulpverlening vooropgestelde doelen, vragen een ruim aanbod aan voorzieningen⁹⁷. Een indeling maken aan de hand waarvan een inventaris van voorzieningen overzichtelijk kan gemaakt worden, is geen gemakkelijke opdracht, temeer daar er in België verschillende manieren van classificatie gangbaar blijken te zijn. Teneinde de analyse van het regionale hulpverleningsaanbod op uniforme wijze uit te voeren, is het nochtans aangewezen een gemeenschappelijke indeling te hanteren⁹⁸. De indeling die hier wordt gehanteerd, is gebaseerd op een **tweevoudig criterium**.

Het **eerste criterium** maakt gebruik van het begrip 'echelonnering'. Het betreft een indeling naar de zogenaamde echelons (of nulde / eerste / tweede / derde lijn) van de voorzieningen. Bij de indeling in echelons worden weer verschillende criteria gehanteerd. In deze bijdrage wordt gebruik gemaakt van het criterium dat onder meer te maken heeft met de afstand tussen het leefmilieu van de hulpvrager en de plaats waar de hulp verstrekt

⁹⁷ BRUGGEMAN, B., JACOBS, H. e.a., *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen 1999*, Platform Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen, p. 11.

⁹⁸ Zie ook : VAN DAELE, L. en MANFREDINI, T., o.c., 1998, 34-35.

wordt⁹⁹. In die zin behoort het straathoekwerk bijvoorbeeld tot de nulde lijn, d.i. hulpverlening ter hoogte van het natuurlijk leefmilieu, en residentiële centra tot de derde lijn, gerangschikt van centra met een kort verblijf tot centra waar men langduriger verblijft¹⁰⁰. Omdat in het kader van huidig onderzoek ook de (provinciale of regionale) koepelorganisaties inzake druggebruik belangrijk kunnen zijn, voegen we ze als een soort vierde lijn aan het lijstje toe¹⁰¹.

Criterium echelonnering :

Nulde lijn

1. Straathoekwerk
2. Telefoondienst
3. Zelfhulpgroepen
 - 3.1. Zelfhulpgroepen gebruikers
 - 3.2. Zelfhulpgroepen omgeving van gebruikers

Eerste lijn

4. Huisartsen
5. OCMW's

Tweede lijn

6. Niet-residentiële centra
 - 6.1. Algemeen
 - 6.2. Centra Geestelijke Gezondheidszorg
 - 6.3. Medisch Sociale Opvangcentra
 - 6.4. Dagcentra
 - 6.5. Beschut Wonen

Derde lijn

7. Residentiële centra
 - 7.1. Algemeen
 - 7.2. Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
 - 7.3. Psychiatrisch Ziekenhuis
 - 7.4. Therapeutische Gemeenschap
 - 7.5. Psychiatrisch VerzorgingsTehuis

Vierde lijn

8. Koepelorganisaties

Een **tweede criterium** betreft het aanbod dat een bepaalde voorziening heeft ten aanzien van druggebruikers. Meer en meer hebben voorzieningen immers verschillende functies of opdrachten te vervullen. Om een degelijk overzicht te geven van het hulpverleningsaanbod in een bepaalde regio is het noodzakelijk om niet alleen te classificeren naar het echelon, maar eveneens te specificeren welke functie of functies een voorziening vervult.

⁹⁹ CASSELMAN, J., 'Integrale benadering in de geestelijke gezondheidszorg', *Acta Hospitalia* 1979, Vol. XIX, nr. 4, p. 382-383.

¹⁰⁰ Ook de VAD maakt gebruik van deze indeling ; zie VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN, *Doorverwijsgids*, Brussel, 1999.

¹⁰¹ Deze vierde lijn wijkt af van de betekenis die CASSELMAN eraan geeft, nl. voorzieningen van waaruit mensen praktisch nooit terug ontslagen worden (bv. Psychiatrisch VerzorgingsTehuis, gevangenis als het over levenslange opsluiting gaat, enz.).

Criterium functie / opdracht¹⁰²:

- onthaal, informatie, preventie (eerste contact; opvang van iedereen die vragen heeft rond drugs zonder dat ze doorverwezen werden vanuit nulde, eerste of tweede lijn; preventieactiviteiten)
- zelfhulp (zonder professionele begeleiding of sturing)
- straathoekwerk
- crisisinterventie (crisisopvang, meestal 24/24u)
- detoxificatie (fysieke ontwenning, abstinentie)
- ambulante hulpverlening (zonder overnachting in het centrum)
- residentiële hulpverlening (met overnachting in het centrum)
- substitutiebehandeling (methadon, buprenorfine, temgesic, ..., niet per se gericht op abstinentie)
- behandeling op doorverwijzing vanuit justitie (i.k.v. gerechtelijke maatregelen; niet gedwongen opname)
- rehabilitatie en nazorg (+/- laatste fase in de hulpverlening, na een ambulant of residentieel hulpverleningsprogramma, voornamelijk gericht op de wederopbouw van het sociale leven)
- coördinatie en overleg (netwerkvorming)

1.2.2. Kwalitatieve informatie via interviews

Naast de beschrijving van het hulpverleningsaanbod in de respectieve regio's hebben we voor de analyse ervan kwalitatieve informatie verzameld via **interviews** bij sleutelfiguren in de sector, zowel MSOC-personeel als personeel van andere voorzieningen.

2. HET HULPVERLENINGSAANBOD T.A.V. DRUGGEBRUIKERS IN DE PROVINCIE ANTWERPEN

2.1. Inventaris

Het hulpverleningsaanbod in de provincie Antwerpen zal hierna geschetst worden aan de hand van de twee criteria, zoals deze in de inleiding werden beschreven. Voor de provincie Antwerpen was dit mogelijk aangezien we ons konden baseren op 'Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen 2000'¹⁰³, die zeer uitgebreid is, met name wat betreft de aangeboden zorgfuncties.

Willen we volledigheid nastreven, dan moeten we zowel de gespecialiseerde drughulpvoorzieningen (initiatieven die expliciet gericht zijn op de opvang, de begeleiding en/of de behandeling van druggebruikers) als de algemene instellingen (die tevens druggebruikers behandelen of begeleiden) in de analyse van het hulpverleningsaanbod betrekken. Het zou ons echter te ver brengen om in deze bijdrage de volledige provinciale sociale kaart te schetsen. Daarom bevat de hierna volgende lijst voornamelijk gespecialiseerde instellingen. Bij de vragenronde bij andere voorzieningen werden eveneens die algemene voorzieningen betrokken die geen specifiek aanbod hebben ten aanzien van (problematische) druggebruikers, maar die wel met de doelgroep van het MSOC (gedeeltelijk) in contact komen (cfr. infra).

¹⁰² We hebben ons hiervoor laten inspireren door CASSELMAN, J., *Present procedures and services in the treatment of drug-related problems with reference to evaluation*, WHO Consultation Group on Assessing Standards of Care in Drug Abuse Treatment, San José, Costa Rica, 15-18 November 1988, 3-5.

¹⁰³ BRUGGEMAN, B., JACOBS, H. e.a., *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen 2000*, Platform Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen, 2000.

Legende voor het schema dat volgt:

1. Onthaal, informatie, preventie
2. Zelfhulp
3. Straathoekwerk
4. Crisisinterventie
5. Detoxificatie
6. Ambulante hulpverlening
7. Residentiële hulpverlening
8. Substitutiebehandeling
9. Behandeling op doorverwijzing van justitie
10. Rehabilitatie en nazorg
11. Coördinatie en overleg

++ : zeer belangrijk
 + : wordt (mogelijk) aangeboden
 - : wordt niet aangeboden

Schema 5 : Drughulpverleningsaanbod provincie Antwerpen

Aanbod	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Soort											
voorziening											
Nulde lijn											
1. Straathoekwerk											
• ASTROV	+	-	++	-	-	+	-	-	-	-	-
• Opvang Dakloze Druggebruikers	+	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-
2. Telefoondienst											
• Druglijn	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Zelfhulpgroepen											
3.1. Zelfhulpgroepen gebruikers											
• Aldinea Bel (A.A.)	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Dynamische idealisten boeken succes	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Narcotics Anonymous	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Zelfhulpgroep voor gokkers (Matt Talbot)	+	++	-	-	-	+	-	-	-	-	-
• Verslavingen Toxan	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.2. Zelfhulpgroepen omgeving gebruikers											
• Al-Anon familiegroepen	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Alateen	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Alttox oudergroep (druggebruikende jongeren)	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Alttox oudergroep (verslaafde jongeren)	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• CGG-Turnhout, zelfhulpgroep	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• De Sleutel, zelfhulpgroep	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Fist	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Nar-Anon Familiegroepen	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Partners en familie van gokkers (Matt Talbot)	+	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Aanbod	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Soort voorziening											
Eerste lijn											
<u>4. Huisartsen</u>	+	-	-	+	-	++	-	+	-	+	-
<u>5. OCMW's</u>	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-

Tweede lijn											
<u>6. Niet-residentiële centra</u>											
<u>6.1. Algemeen</u>											
• JAC Markant-Riskant	++	-	-	-	-	++	-	-	+	-	-
• Drughulp Kempen	+	-	-	-	-	++	-	+	+	-	-
<u>6.2. Centra GGZ</u>											
• Medico Sociaal Centrum Altos	++	++	-	-	-	++	-	-	+	++	-
• CGG Digezon	+	-	-	-	-	++	-	-	++	++	-
• DGGZ Duffel	++	-	++	-	-	++	-	+	++	-	-
• CGG Mechelen	++	-	-	-	-	++	-	-	++	-	-
• CGG Turnhout	++	-	-	++	-	++	-	-	+	-	-
• DGGZ Crisis Interventie Centrum	+	-	-	-	-	++	-	+	++	-	-
• Fonds Dokter Charles Andersen	+	-	-	-	++	++	-	-	+	++	-
• INSOFAF	++	-	-	-	-	++	-	-	+	+	-
• CGG Interactie Academie	++	+	-	-	-	++	-	-	+	-	-
• CGG Matt Talbot	++	-	-	-	-	++	-	-	+	-	-
• Medisch Opvoedkundig Bureau	+	-	-	-	-	++	-	+	-	-	-
• Multidisciplinair Opvangcentrum	-	-	-	-	-	++	-	-	-	-	-
• CGG Lier	+	-	-	-	-	++	-	-	++	-	-
<u>6.3. Medisch Sociale Opvangcentra</u>											
• MSOC Antwerpen – Free Clinic	+	-	+	+	+	++	-	++	+	+	-
<u>6.4. Dagcentra</u>											
• Dagcentrum De Sleutel – Antwerpen	-	-	+	-	+	++	-	++	+	+	-
• Dagcentrum De Sleutel – Mechelen	+	++	+	-	-	++	-	-	+	-	-
• PC Br. Alexianen, daghospitaal Mastentop	-	-	-	-	-	++	-	-	-	+	-
<u>6.5. Beschut Wonen</u>											
• De Link	-	-	-	+	-	++	+	-	-	++	-
• De Vliering	-	-	-	-	-	++	+	-	-	++	-

Aanbod	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Soort voorziening											
Derde lijn											
<u>7. Residentiële centra</u>											
<u>7.1. Algemeen</u>											
• ADIC, crisisprogramma	+	-	-	++	++	-	++	-	+	-	-
• AZ Stuivenberg, EPSI	+	-	-	++	+	-	++	+	-	-	-
• DGGZ Crisis Interventie Centrum	++	-	-	++	-	++	-	-	+	-	-
<u>7.2. PAAZ</u>											
• A-Dienst AZ Klina, Campus St. Lucas Ekeren	-	-	-	+	+	-	++	-	-	+	-
• PAAZ Heilig Hart Ziekenhuis Lier	-	-	-	+	+	-	++	-	+	-	-
• PAAZ Imelda	-	-	-	+	++	-	++	-	-	-	-
• PAAZ St. Maarten Campus Mechelen	-	-	-	++	+	+	++	-	+	+	-
• PAAZ St. Maarten Campus Duffel	-	-	-	++	++	-	++	-	-	-	-
• PAAZ St. Vincentius Ziekenhuis	-	-	-	+	+	-	++	-	-	-	-
• PAAZ Universitair Ziekenhuis Antwerpen	-	-	-	++	++	-	++	-	-	-	-
• PAAZ – AZ St. Jozef Turnhout	-	-	-	+	+	++	++	-	-	+	-
<u>7.3. PZ</u>											
• AZ Stuivenberg	-	-	-	+	+	-	++	-	+	-	-
• AZ Middelheim, Dienst kinder- en jeugdpsychiatrie	-	-	-	+	+	-	++	-	+	-	-
• PC Bethanië, Afdeling Rozenbottel	-	+	-	++	++	+	++	-	+	+	-
• PC Br. Alexianen	-	-	-	+	++	+	++	-	-	++	-
• PC St. Amedeus	-	-	-	+	+	-	++	-	-	-	-
• PC St. Norbertushuis, Afdeling De Baken C	-	-	-	+	++	-	++	-	+	+	-
• OPZ Geel	-	-	-	++	+	+	++	-	+	+	-
<u>7.4. TG</u>											
• ADIC, KTP	-	-	-	-	-	-	++	-	+	+	-

Vierde lijn											
<u>8. Koepelorganisaties</u>											
• Algemeen Welzijnswerk	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	++
• ASTROV	+	-	++	-	-	-	-	-	-	-	++
• Coördinatiecel Drugs Provincie Antwerpen	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	++
• Overlegplatform GGZ Provincie Antwerpen	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	++
• Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	++

2.2. Analyse

Een loutere beschrijving van het hulpverleningsaanbod ten aanzien van druggebruikers, zoals we hierboven gegeven hebben, laat ons onvoldoende toe om een zicht te krijgen op eventuele leemtes in het aanbod. De beschrijving blijft immers theoretisch. Daarom wordt dit gedeelte aangevuld met kwalitatieve informatie, gebaseerd op interviews. In totaal waren er 24 externe respondenten en 2 MSOC-personeelsleden die ons over dit thema te woord stonden. Telkens wordt aangegeven door hoeveel respondenten een bepaald antwoord gegeven werd.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de stad Antwerpen en de rest van de provincie.

2.2.1. Stad Antwerpen

Leemtes in het aanbod

- Ondercapaciteit laagdrempelige harm reduction initiatieven (12/26)

In de stad Antwerpen is het hulpverleningsaanbod ten aanzien van problematische druggebruikers gedifferentieerd genoeg, maar bepaalde diensten dienen uitgebreid te worden, met name laagdrempelige harm reduction initiatieven, en deze mogen volgens sommigen nog laagdrempeliger werken. Op dit ogenblik beschikt dit soort hulpverlening over té beperkte middelen om aan de grote vraag tegemoet te komen. Dit slaat niet enkel op de gespecialiseerde drughulpverlening, ook de niet-specialistische hulpverlening moet breder uitgebouwd worden, zodat hulpverlening t.a.v. druggebruikers meer gericht zou zijn op het sociale vlak (bv. tewerkstelling).

Meer concreet vermeldde de respondenten:

- de *capaciteit* van de bestaande ambulante drugcentra zou verhoogd moeten worden; dit geldt voor het Dagcentrum De Sleutel maar meer nog voor het MSOC;
- het *straathoekwerk* moet uitgebreid worden;
- er is nood aan *gebruikersruimtes*;
- er is nood aan gecontroleerde *heroïneverstrekking*;
- de inspanningen omtrent *sputtenruil* (en andere parafernaliadistributie) zouden uitgebreid moeten worden;
- er is behoefte aan een *residentieel niet-behandelingscentrum*: de bestaande dagopvang maar meer nog de bestaande nachtopvang is ontoereikend, waar gemarginaliseerde dakloze druggebruikers terecht kunnen zonder dat er behandeling wordt aangeboden (wel verzorging, maar zeker geen eis tot ontwenning) en waar 'moeilijke' druggebruikers niet gediscrimineerd worden;
- een uitbreiding van de laagdrempelige ambulante hulpverlening voor gemarginaliseerde *illegalen en anderstaligen* (vnl. Oost-Europeanen) dringt zich op;
- Gebrek aan residentieële crisisopvang (9/26)

Er is een gebrek aan laagdrempelige residentieële crisisopvang voor gemarginaliseerde en problematische druggebruikers sinds het zgn. 'noodbeddensysteem' verdwenen is. Vooral voor de zgn. 'moeilijke' druggebruikers (die agressief gedrag stellen en daarom geweigerd

worden in de daklozencentra) wordt deze nood gevoeld op het terrein. Deze crisisopvang zou volgens sommige respondenten best door een gespecialiseerd drugcentrum worden georganiseerd. Op dit ogenblik komen deze mensen of in de gevangenis terecht (waar ze niet thuishoren) of in een algemeen ziekenhuis (waar druggebruikers allerminst goed onthaald worden).

- Gebrek aan opvang voor 'dubbele diagnoses' (6/26)

Er wordt gewag gemaakt van een gebrek aan gespecialiseerde en/of residentiële opvang voor problematische druggebruikers met een psychiatrische problematiek en voor zwakbegaafde druggebruikers. Toch wijzen enkele respondenten erop dat dit een thema is waarover veel gesproken wordt, zonder dat het duidelijk is of dit wel degelijk beantwoordt aan een werkelijke behoefte.

- Gebrek aan volwaardige drughulpverlening in de gevangenis (2/26)

Hoewel er door het justitieel welzijnswerk initiatieven genomen worden in de gevangenis, vindt 1 respondent deze hulpverlening t.a.v. druggebruikers in de gevangenis niet voldoende. Vooral het verstrekken van methadon tijdens de detentie, niet gericht op afbouw, zou daarbij een manco zijn.

- Gebrek aan specifiek aanbod voor justitiecliënteel (1/26)
- Projecten voor zinvolle tijdsbesteding (1/26)

Voor de problematische en gemarginaliseerde druggebruikers in de stad zit er vaak niks anders op dan in dagopvanghuizen 'rond te hangen'. Er is nood aan initiatieven om deze mensen overdag een zinvolle tijdsbesteding aan te bieden, zoals schilderateliers, enz.

Groepen van gebruikers die niet bereikt worden door de bestaande hulpverlening

Naast leemtes in het hulpverleningsaanbod, worden er door de respondenten ook groepen van druggebruikers in het Antwerpse genoemd die in theorie wel bij de hulpverlening terecht *kunnen*, maar er niet terecht *komen*.

- Allochtonen, illegalen, mensen zonder papieren (vnl. Oost-Europeanen) (7/26)

Omwille van de taalbarrière en het wantrouwen van deze groepen tegenover de hulpverlening is (doorverwijzing naar) hulpverlening moeilijk tot zelfs onmogelijk. De illegale straatprostituées zijn een bijzondere aandachtsgroep. Als er al hulp wordt geboden, door het MSOC bijvoorbeeld, blijft die meestal noodgedwongen beperkt tot het voorschrijven van medicatie.

- De 'betere' illegale druggebruiker (4/26)

- Zeer gemarginaliseerde druggebruikers in kraakpanden (3/26)

Er blijkt een kleine groep van zeer problematische en gemarginaliseerde druggebruikende zwervers in kraakpanden te leven, in mensonterende omstandigheden en met zware medische problemen. Zij zouden zelfs geen professionele hulp meer aanvaarden, waardoor het praktisch onmogelijk is hen naar het MSOC door te verwijzen. In De Vaart (dagopvang voor daklozen) worden zij nog opgemerkt, maar door nachtopvangcentra voor daklozen worden ze vaak geweigerd.

2.2.2. Rest van de provincie Antwerpen

- Onvoldoende residentiële en ambulante drughulpverlening (6/26)

Voornamelijk de ambulante drughulpverlening zou buiten de stad Antwerpen uitgebreid moeten worden, aangezien de afstand tot het MSOC en andere laagdrempelige ambulante hulpverlening te groot is voor gebruikers, woonachtig buiten de stad.

Het feit dat er weinig tot geen residentiële ontwenningcentra aanwezig zijn in de rest van de provincie, wordt niet zozeer als een gebrek beschouwd, aangezien de ligging en de afstand tot de cliënt veel minder van belang is voor een residentieel centrum. De residentiële drughulpverlening zou best door bestaande psychiatrische centra opgenomen worden.

- Gebrek aan deskundigheid en professionalisme - nood aan een gedecentraliseerd MSOC-model (3/26)

De uitbouw van kwalitatieve ambulante drughulpverlening in de Kempen verloopt moeizaam volgens een respondent omwille van het tekort aan deskundig personeel (artsen en maatschappelijk werkers). De vraag naar deze mensen is veel groter dan het aanbod. Worden er toch mensen bereid gevonden, dan zij die meestal te onervaren. Vooral de huisartsen - die hierin een zeer belangrijke rol zouden kunnen spelen - ontbreekt het aan de moed en de know-how om druggebruikers deskundig te begeleiden.

Hoewel de RIZIV-conventie bepaalt dat het MSOC van Antwerpen moet instaan voor de deskundigheidsbevordering in de rest van de provincie, voelt men op het terrein meer belangstelling voor het model van CAD/MSOC Limburg. De situatie in de Kempen op het vlak van het druggebruik en van de algemene socio-economische situatie komt meer overeen met de situatie in Limburg: rurale gebieden, waar ambulante drughulpverlening zeer gedecentraliseerd moet uitgebouwd worden, in zeer nauwe samenwerking met huisartsen en apothekers.

- Nood aan een dagcentrum (1/26)

Meer specifiek vermeldt 1 respondent dat de Kempen vooral nood heeft aan een dagcentrum, meer dan een centrum voor crisisopvang bijvoorbeeld. Het dagcentrum zou ook enkele crisisbedden kunnen voorzien en enkele plaatsen voor Beschut Wonen.

- Dubbele diagnoses (1/26)

Vanuit de CGG's in de Kempen heeft men moeite om dubbele diagnoses door te verwijzen; de psychiatrische centra weren illegale druggebruikers.

3. HET HULPVERLENINGSAANBOD T.A.V. DRUGGEBRUIKERS IN DE PROVINCIE LIMBURG

3.1. Inventaris

Het hulpverleningsaanbod in de provincie Limburg zal hierna **niet** geschetst worden aan de hand van het dubbel criterium, zoals deze in de inleiding werd beschreven. De lijst van voorzieningen is wel gebaseerd op de 'Drugwijzer' van 1999¹⁰⁴ en de doorverwijsgids van de VAD¹⁰⁵, maar deze bestaande inventarissen geven geen voldoende informatie omtrent de aangeboden zorgfuncties. De onduidelijkheid op het vlak van het zorgaanbod is trouwens een vaststelling die niet enkel voor de provincie Limburg geldt, maar kan veralgemeend worden naar heel België¹⁰⁶. We zullen dus de inventaris enkel baseren op het **eerste criterium**, namelijk dat van de echelonnering.

Willen we volledigheid nastreven, dan moeten we zowel de gespecialiseerde drughulpvoorzieningen (initiatieven die expliciet gericht zijn op de opvang, de begeleiding en/of de behandeling van druggebruikers) als de algemene instellingen (die tevens druggebruikers behandelen of begeleiden) in de analyse van het hulpverleningsaanbod betrekken. Het zou ons echter te ver brengen om in deze bijdrage de volledige provinciale sociale kaart te schetsen. Daarom bevat de hierna volgende lijst voornamelijk gespecialiseerde instellingen. Verderop in dit verslag zullen ook die algemene voorzieningen besproken worden waarmee daadwerkelijk samengewerkt wordt¹⁰⁷.

Schema 6 : Drughulpverleningsaanbod provincie Limburg

Nulde lijn
1. <u>Straathoekwerk</u> • Straathoekwerk CAD
2. <u>Telefoondienst</u> • Druglijn
3. <u>Zelfhulpgroepen</u>
3.1. <u>Zelfhulpgroepen gebruikers</u> • Anonieme Alcoholisten • Toxan • Zelfhulpgroep Maasmechelen en vzw De Bongerd • Katarsis, Nazorggroep • CAD, Gokgedrag

¹⁰⁴ PROVINCIE LIMBURG EN LIMBURGS PLATFORMOVERLEG VERSLAVING, *Drugwijzer. Wegwijs in drughulpverlening en -preventie in Limburg 1999*.

¹⁰⁵ VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN, o.c., 1999.

¹⁰⁶ We verwijzen hiervoor ook naar het algemene eindrapport : PELC, I., DE RUYVER, B., CASSELMAN, J., NOIRFALISE, A., MACQUET, C., BOSMAN, G., BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P. en WARLAND, O., o.c., 2001.

¹⁰⁷ Zie Deel IV, Hoofdstuk III : 'Participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk'.

3.2. Zelfhulpgroepen omgeving gebruikers • Al-Anon-Alateen • Breekpunt vzw • Katarsis, Externe oudergroep
Eerste lijn
<u>4. Huisartsen</u>
<u>5. OCMW's</u>
Tweede lijn
<u>6. Niet-residentiële centra</u>
<u>6.1. Algemeen</u> • CAD Limburg • CAD Limburg, Afdeling Ambulante drughulpverlening • Regionale werking CAD • Katarsis Info- en behandelingscentrum • Katarsis, Ambulant Motivationeel Centrum
<u>6.2. Centra GGZ</u> • CGG Genk • CGG Hasselt • Medisch Opvoedkundig Bureau • Medisch Psychologisch Consultatiebureau • CGG West-Limburg • DAGG Lommel • DAGG Maaseik • CGG Maasland • CGG Noord-Limburg • CGG Sint-Truiden • DAGG Sint-Truiden • CGG Tongeren
<u>6.3 Medisch Sociale Opvangcentra</u> • MSOC Limburg, Genk • Regionale werking MSOC
<u>6.4. Dagcentra</u>
<u>6.5. Beschut Wonen</u> • Tussenhuis Katarsis • Schuilplaats
Derde lijn
<u>7. Residentiële centra</u>
<u>7.1. Algemeen</u> • Katarsis, Detox-(crisis) centrum • CAW De Maretak
<u>7.2. PAAZ</u> • PAAZ Campus St. Jan Genk • PAAZ Virga Jesse-ziekenhuis Hasselt • PAAZ St. Franciskus-ziekenhuis Heusden-Zolder • PAAZ Maria Ziekenhuis Lommel
<u>7.3. PZ</u> • Medisch Centrum St. Jozef • OPZ Daelwezeth De Klimop

• PZ Sancta Maria • PC Ziekeren • Crisisopname kinder- en jeugdpsychiatrie (St. Jozef + Sancta Maria)
<u>7.4. TG</u> • Katarsis, TG • Militair Hospitaal Koningin Astrid, Militair Centrum voor Alcoholistenzorg
<u>7.5. PVT</u> • Medisch Centrum St. Jozef, Dienst PVT • Openbaar PVT Ter Bosch • PVT Ziekeren
Vierde lijn
<u>8. Koepelorganisaties</u> • Limburgs Steunpunt Straathoekwerk (L.I.S.S) • Limburgs Platformoverleg Verslaving • Provinciale Gezondheidswijzer, Provinciale Afdeling Volksgezondheid • Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg (SPIL)

3.2. Analyse

De theoretische beschrijving van het hulpverleningsaanbod in de provincie Limburg wordt hierna aangevuld met kwalitatieve informatie, verkregen uit interviews met MSOC-personeelsleden en enkele externe actoren. In totaal waren er 6 respondenten die ons over dit thema te woord stonden.

3.2.1. Leemtes in het hulpverleningsaanbod

- Opvangtehuizen voor daklozen (3/6)

Er is in de provincie Limburg een tekort aan opvangtehuizen voor dakloze druggebruikers die niet thuishoren in ontwenningscentra of ziekenhuizen, onder andere omdat zij zich nog niet makkelijk aan structuren kunnen aanpassen. Deze mensen maken een deel van het MSOC-cliënteel uit en worden ook gezien door de straathoekwerkers.

- Een laagdrempelig inloopcentrum (2/6)

Reeds jaren geleden werd de idee geopperd voor het project “De Bunker”, wat een inloopruimte zou zijn voor gemarginaliseerde druggebruikers waar geen hulpverlening zou geboden worden, maar enkel de basisbehoeftes zoals eten, onderdak, mogelijkheid tot het nemen van een douche, enz. Dit project is tot op heden nog niet van de grond gekomen. Hoewel men niet zeker weet of er in Limburg werkelijk nood is aan zulke inloopruimte, zijn er toch enkele respondenten die beweren dat de behoefte eraan wel degelijk bestaat.

- Crisisopvang (2/6)

Een leemte bestaat er op het vlak van crisisinterventie door gespecialiseerde drughulpverlening, waar ook methadoncliënten terecht kunnen. Op dit ogenblik kunnen

gebruikers bij crisissen enkel in de algemene ziekenhuizen terecht, die echter de specifieke know-how missen ten aanzien van druggebruikers.

- Opvang voor druggebruikers met een primaire psychiatrische problematiek (1/6)

Op dit ogenblik worden druggebruikers met een primaire psychologische of psychiatrische problematiek door psychiatrische ziekenhuizen gemeden omwille van hun verslavingsprobleem, zelfs als dat secundair is.

3.2.2. Groepen van gebruikers die onvoldoende worden bereikt door de hulpverlening

- Andere dan heroïne gebruikers (1/1)

De groep van problematische gebruikers van andere illegale drugs dan heroïne (meestal opwekkende middelen zoals amfetamines en cocaïne) wordt moeilijk door de hulpverlening bereikt omdat zij niet zo makkelijk uit eigen beweging hulpverlening opzoeken. Deze mensen zijn ook moeilijker te vinden, aangezien zij niet zo zichtbaar in de problemen komen met hun gebruik.

4. CONCLUSIES

- Zowel de provincie **ANTWERPEN** als de provincie **LIMBURG** beschikken over een veelheid van diensten en een **gedifferentieerd aanbod** ten aanzien van druggebruikers. De meerderheid van deze diensten hebben voornamelijk een aanbod ten aanzien van legale druggebruikers of niet-problematische illegale gebruikers. In de praktijk zien we dat voornamelijk *niet-categoriale diensten* in contact komen met de MSOC-doelgroep en/of samenwerken met het MSOC¹⁰⁸.
- Er bestaat in het hele land een grote onduidelijkheid over het zorgaanbod. Dit geldt voornamelijk voor de voorzieningen die niet noodzakelijk een specifiek aanbod hebben ten aanzien van druggebruikers, zoals voorzieningen in de sector van het algemeen welzijnswerk.

5. AANBEVELINGEN

Weer kunnen de meeste aanbevelingen overgenomen worden uit het algemeen eindverslag.

• Uitklaren van het drughulpverleningsaanbod

Het is noodzakelijk dat diensten en voorzieningen die een rol hebben op het vlak van het problematisch druggebruik, in elk geografisch attractiegebied dat door het onderzoek werd omschreven, zouden betrokken worden bij de **identificatie** van het **problematisch druggebruik** én van het **zorgaanbod** in de regio.

De verscheidenheid van projecten en therapeutische programma's moet, eens geïdentificeerd door alle betrokken diensten samen, bijdragen tot de ontwikkeling van

¹⁰⁸ Hiervoor verwijzen we naar Deel V, Hoofdstuk III in dit verslag betreffende de participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk.

netwerken en zorgcircuits. Dit zou kunnen leiden tot de *optimalisering van de coördinatie* in de betrokken sectoren, gericht op de noden en behoeften van de cliënten.

- **Volwaardig behoefteonderzoek is noodzakelijk**

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

- **Onderzoek naar niet-bereikte doelgroepen**

Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoeveel cliënten in de regio niet bereikt worden door de drughulpverlening, hoeveel cliënten geen enkel contact hebben met de hulpverlening, zelfs niet met het straathoekwerk (de zogenaamde '*hidden populations*'), en vooral wat hiervan de redenen zijn. Ook hierbij is de inzet van **kwalitatief onderzoek** onmisbaar.

- **LIMBURG : Uitgebreidere inventaris van het drughulpverleningsaanbod**

Het is wenselijk dat in de provincie Limburg een uitgebreidere inventaris van hulpverleningsinstellingen ten aanzien van druggebruikers zou opgesteld worden, waarbij met name de *zorgfuncties* uitgebreider omschreven zijn dan dat nu het geval is. Dit zou kunnen gebeuren naar het voorbeeld van de 'Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik' van de provincie Antwerpen.

- **LIMBURG en ANTWERPEN: Uitbreiding van laagdrempelige initiatieven**

Zowel in Limburg als in Antwerpen bestaat een acute nood aan een uitbreiding van laagdrempelige initiatieven voor het doelpubliek van de MSOC's, met name gemarginaliseerde druggebruikers.

Dit betekent dat niet alleen de MSOC's dienen uitgebreid te worden, maar ook andere niet-categoriale diensten. We denken hierbij vooral aan daklozenopvang (dag- en nachtopvang) en crisiscentra waar illegale druggebruikers terechtkunnen **zonder strikte formele vereisten** zoals de voorwaarde tot ontwenning (ook niet van methadon).

DEEL V : PROCES- EN EFFECTEVALUATIE VAN DE MSOC's

In dit deel evalueren we werking van de MSOC's van Antwerpen en Genk/Limburg. Na telkens een **beschrijving** te geven van bepaalde aspecten (zowel de theoretische beschrijving als de praktische invulling ervan per MSOC), voeren we een **proces- en een effectevaluatie** uit. Deze evaluatie is globaal gesproken gebaseerd op drie invalshoeken: 1) de invalshoek van het MSOC zelf; 2) de invalshoek van de cliënten van het MSOC; 3) de invalshoek van externe actoren.

Dit gedeelte maakt de hoofdmoot van het rapport uit en is de uitvoering van de volgende onderzoeksopdrachten:

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

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

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

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

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

In een eerste **algemeen** hoofdstuk gaan we de voorgeschiedenis van de MSOC's na. We bestuderen op welke manier de MSOC's worden gefinancierd, welke voorwaarden er aan de financiering werden gesteld en wat de gevolgen zijn van de financiering op de capaciteit en de werking van de MSOC's. Tenslotte bekijken we het intern beleid van de MSOC's van naderbij, waarbij we aandacht besteden aan de interne procedures en het personeelsbeleid.

Het tweede hoofdstuk is aan de **laagdrempeligheid** gewijd. Om de evaluatie van het intern functioneren van het MSOC te structureren, maken we een onderscheid tussen de laagdrempeligheid in de ruimte, in de contactname, in de revalidatieactiviteiten en in de tijd.

In het onderdeel over de laagdrempeligheid in de **ruimte**, gaan we na wat het geografisch attractiegebied van het MSOC is en of het MSOC antennes heeft uitgebouwd.

Bij de laagdrempeligheid in de **contactname** bestuderen we de methodiek die de MSOC's hanteren om in contact te komen met de doelgroep. We gaan ook na welke doelgroep het MSOC bereikt. We gaan tenslotte na welke doelgroepen onvoldoende door de categoriale hulpverlening worden bereikt.

Om de **revalidatieactiviteiten** van het MSOC te evalueren, bestuderen we het aanbod van de revalidatieactiviteiten. Bij de evaluatie van de revalidatieactiviteiten maken we een onderscheid tussen de medische en de psychosociale revalidatie. We staan ook stil bij het doorverwijzingsbeleid van de MSOC's.

Om de laagdrempeligheid in de **tijd** te evalueren, bekijken we de openingsuren van het MSOC en de toegankelijkheid van de MSOC's in de tijd.

In het derde en laatste hoofdstuk wordt de plaats onderzocht die de MSOC's binnen het regionale **netwerk** van de hulpverlening ten aanzien van druggebruikers hebben ingenomen.

We bekijken daarbij van welke overlegorganen en samenwerkingsverbanden de MSOC's deel uitmaken op cliëntoverstijgend niveau en met welke diensten de MSOC's samenwerken op cliëntniveau, waarna de relaties tussen de MSOC's en deze externe diensten geëvalueerd wordt.

Het is van belang een **centrale bemerking** in het achterhoofd te houden bij het lezen van het laatste hoofdstuk betreffende de participatie van het MSOC aan het netwerk. We stellen vast dat heel wat onderzoeksresultaten over deze werking (de samenwerking, het overleg, de netwerken), niet alleen van toepassing zijn voor het MSOC in zijn verhouding tot andere diensten en voorzieningen, maar ook voor de verhouding tussen al deze diensten. Belangrijke evoluties zijn niet veroorzaakt door het MSOC; de komst van het MSOC is het gevolg van die evoluties.¹⁰⁹ Het spreekt voor zich dat in het kader van dit onderzoek de nadruk ligt op de werking van het MSOC in zijn netwerk.

¹⁰⁹ VAN DEUN, P., "Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen", in: MENSINK, C. en SPRUIT, I.P. (red.), *Verslaving 1998, over gebruik en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten / Diegem, 1999, 159.

HOOFDSTUK I : INTERNE WERKING

1. VOORGESCHIEDENIS

1.1. MSOC Antwerpen¹¹⁰

Het MSOC van Antwerpen is opgericht vanuit een **bestaande structuur**. Hoewel de erkenning als MSOC slechts dateert van 1 maart 1997, deed het centrum reeds veel eerder een vergelijkbaar aanbod ten aanzien van een vergelijkbare populatie van problematische en gemarginaliseerde druggebruikers in het Antwerpse. De voorgeschiedenis van het centrum is een **bepalende factor** voor de differentiatie in de werking ten opzichte van andere MSOC's. Voor een goed begrip is het dus noodzakelijk de voorgeschiedenis te schetsen.

Het MSOC van Antwerpen is gegroeid vanuit het algemeen welzijnswerk. Naast psychosociale hulp bood het centrum oorspronkelijk (begin jaren '70) – onder de naam Free Clinic – gratis en anoniem medische hulp aan jongeren op het vlak van anticonceptie, seksueel overdraagbare ziekten en abortus. Tijdens de voorbije 25 jaar heeft men zich steeds aangepast aan de plaatselijke noden en behoeftes. Zo is het centrum zich gaan concentreren op informatie en later hulpverlening op het vlak van illegale drugs, inspelend op de behoefte daaraan bij de jongeren. Vanaf 1980 begon de Free Clinic met methadonverstrekking voor heroï neverslaafden, zij het niet gekaderd in een erkende structuur en dus kleinschalig en met weinig middelen en personeel. De methadonverstrekking gebeurde toen nog in een afbouwprogramma van drie weken met kleine dosissen, hoewel er vanuit Free Clinic bij de overheid steeds werd geijverd voor langere-termijn-afbouwelingen met hoge dosissen. Op die manier stond het centrum mee aan de wieg van de medische en politieke ontwikkelingen omtrent methadonbehandelingen in België.

Van bij het begin wilde Free Clinic zo goedkoop mogelijke hulpverlening aanbieden, openstaan voor alle vragen en heeft men steeds multidisciplinair gewerkt. De principes op het vlak van drughulpverlening zijn ook steeds dezelfde gebleven : het tempo van de cliënt volgen, werken met beperkte doelstellingen, de reguliere zorgcircuits ter beschikking krijgen van druggebruikers en een integrale benadering nastreven (medisch, sociaal én psycho-therapeutisch).

In 1997 werd het centrum erkend als MSOC voor het gedeelte van de hulpverlening ten aanzien van problematische druggebruikers. Free Clinic bestaat momenteel uit het MSOC enerzijds en PRC (Preventie, Research en Consult) anderzijds.

1.2. MSOC Genk/Limburg

In 1997 startte het MSOC Limburg, als aparte vzw van het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen Limburg (CAD). Het CAD is een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg dat de voorbije 20 jaar de ambulante drughulpverlening (zowel legale als illegale drugs) in de provincie Limburg verzorgde. Ook voor het MSOC van Limburg

¹¹⁰ Zie o.a. TODTS, S., 'Peer education at the Free Clinic of Antwerp', *International Journal of Drug Policy* 1996, vol. 7, nr. 1.

is de **voorgeschiedenis** van het centrum een **bepalende factor** voor de differentiatie in de werking ten opzichte van andere MSOC's. Het MSOC en het CAD vormen een functionele eenheid, waarbij het MSOC zich prioritair richt op de acute, zware illegale drugproblematiek (met een belangrijke medische component) en het CAD op gebruikers van legale en illegale drugs die nog in een experimentele fase verkeren of die een zekere graad van gecontroleerd gebruik dan wel onthouding hebben bereikt (met een louter psycho-therapeutisch aanbod)¹¹¹. De organisationele werking van beide vzw's is moeilijk te scheiden. Een voorbeeld hiervan is het centrale intakesysteem.

1.3. Verschil in de werking vóór en na de erkenning als MSOC

Aangezien de specificiteit van beide MSOC's erin bestaat dat zij als centrum reeds een jarenlange voorgeschiedenis hebben met een gelijkaardig aanbod ten aanzien van een gelijkaardig doelpubliek, is het interessant om na te gaan in welke mate de erkenning als MSOC een verandering in de werking van de centra met zich meegebracht heeft, op het vlak van de werking enerzijds en op het vlak van de bereikte doelgroep anderzijds.

De hierna volgende informatie is grotendeels gebaseerd op interviews met personeelsleden van het MSOC die reeds werkzaam waren in het centrum vóór 1997. Telkens wordt tussen haakjes aangegeven door hoeveel personeelsleden een bepaalde uitspraak werd gedaan.

1.3.1. MSOC Antwerpen¹¹²

Sinds de erkenning als MSOC is de organisatie **groter** geworden, met meer personeel, maar ook meer cliënten (3/7). Het team is meer multidisciplinair samengesteld (zo is het psychiatrische gedeelte nieuw) en is **meer gespecialiseerd** en dit wordt meestal als positief beschouwd (1/7). Het nadeel van een groter team is echter dat de communicatie stroever verloopt en dat er ook meer verschillende meningen zijn, wat de besluitvorming niet steeds makkelijk maakt (5/7). De schaalvergroting van de organisatie heeft tot gevolg dat het contact met de cliënten **formeler** geworden is (2/7). Via de RIZIV-financiering hebben de hulpverleners anderzijds een degelijker statuut en meer zekerheid omtrent het loon (2/7).

De voornaamste veranderingen op het vlak van het cliënteel zijn eerder opgetreden als gevolg van de verhuis naar het centrum van de stad en niet zozeer als gevolg van de erkenning als MSOC. Men bereikt **meer cliënten, meer gemarginaliseerde cliënten, meer niet-Belgen**, en de cliënten komen makkelijker binnengelopen (6/7). Anderzijds heeft men ook te maken met een steeds grotere groep van meer gestabiliseerde cliënten, die in contact blijven met het centrum (1/7). Ook de cliënten voelen de meer formele sfeer en de toename van regels, maar anderzijds is de soepelheid en de individuele aandacht ten aanzien van cliënten zo goed mogelijk bewaard gebleven (1/7)¹¹³.

¹¹¹ CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1997*, p. 2; CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1998*, p. 15.

¹¹² 7 van de 9 bevroegde personeelsleden hebben hierover uitspraak gedaan.

¹¹³ Dit wordt trouwens door de cliënten bevestigd. Zie hiervoor de resultaten van de Client Satisfaction Questionnaire, *infra*.

De overgang van centrum voor algemeen welzijnswerk naar gespecialiseerde drugwerking is enerzijds duidelijker en specifiekier naar de doelgroep toe (uitsluitend problematische gebruikers van illegale drugs), maar wordt soms als een verarming gezien aangezien men nu minder zicht heeft op andere drugproblematieken (zoals jongere en experimenterende gebruikers) (3/7).

1.3.2. MSOC Genk/Limburg¹¹⁴

De grootste verandering die door het personeel wordt gevoeld, is het feit dat de organisatie **groter** geworden is, met meer personeel en meer cliënten, en een meer **gestructureerde** werking heeft ontwikkeld. Meer structuur betekent ook meer **regels**. Voornamelijk op het vlak van het methadonprogramma wordt die striktere regelgeving gevoeld, zowel door het personeel als door de cliënten. Deze structurele onderbouw van een activiteit waarmee men vroeger ook reeds bezig was, biedt wel **meer steun en zekerheid**, in bijzonderheid voor huisartsen die voordien wat ongelukkig waren met de overlast die druggebruikers veroorzaakten in hun thuispraktijk. De hulpverlening ten aanzien van heroïnegebruikers kan sinds de oprichting van het MSOC in daartoe gevestigde centra met gespecialiseerd personeel gebeuren (6/10). Via het systeem van gemandateerde huisartsen is bovendien het draagvlak van de hulpverlening verbreed aangezien zij volwaardige partners geworden zijn bij het beleid ten aanzien van de cliënten (2/10).

Ook de meer multidisciplinaire werking wordt als een positief punt beschouwd: verschillende begeleiders zijn meer betrokken bij één begeleiding dan vroeger (2/10).

De financiering via het RIZIV heeft het mogelijk gemaakt om voor de cliënten goedkopere hulpverlening aan te bieden, maar vergt anderzijds ook meer administratief werk (1/10). Sinds de erkenning als MSOC heeft het centrum meer de mogelijkheid om zich te profileren als gespecialiseerde dienst ten aanzien van de specifieke doelgroep en als expert in dit specifieke deeldomein in de drugproblematiek (1/10). Samenwerkingsverbanden met andere diensten zijn vermeerderd en bestaande verbanden zijn meer gestructureerd dan vroeger, zoals met OCMW's en politie en justitie (1/10).

Ook op het vlak van het cliënteel zijn er veranderingen sinds de erkenning als MSOC. In de eerste plaats is de cliëntenpopulatie aanzienlijk vergroot. Men bereikt **meer** gemarginaliseerde **gebruikers**, meer 'klassieke' heroïnegebruikers, maar ook meer jongeren met een andere dan een heroïneproblematiek (3/10). De hulpverlening ten aanzien van de doelgroep is voornamelijk veranderd in die zin dat men minder crisismatig tewerk gaat, maar meer langdurige contacten met cliënten onderhoudt en de hulpverlening **op lange termijn** kan organiseren, in de richting van het motiveren van cliënten tot sociale reïntegratie, tot het beheersen van het gebruik of tot het werken naar ontwenning toe (2/10). Op het vlak van de gebruikte middelen werkte men vroeger ook met gebruikers van legale drugs, nu enkel met gebruikers van illegale drugs. Maar waar men vroeger – op het vlak van illegale drugs – voornamelijk heroïnegebruikers begeleidde, buigt men zich sinds de erkenning als MSOC over andere problematieken met betrekking tot illegale drugs zoals opwekkende middelen (3/10). Het centrum is beter bekend bij de gebruikers en ze hebben een groter vertrouwen gekregen in het centrum

¹¹⁴ 10 van de 16 bevraagde personeelsleden hebben hierover uitspraak gedaan.

waardoor er meer zaken bespreekbaar zijn geworden en men meer zicht heeft op de gebruikersgroep(en) en hun ‘cultuur’ (2/10).

2. FINANCIERING

2.1. Wijze van financiering

In een context van schaarse middelen, is elke overheid en elke dienst verplicht bepaalde keuzes te maken. De overheid opteerde ervoor om de MSOC's op een dubbele wijze te financieren.

Enerzijds gaf het **ministerie van Sociale Zaken** de opdracht aan het RIZIV een conventie met de MSOC's uit te werken waarbij het na financiering door Binnenlandse Zaken overblijvende saldo van het nodige budget, aan de hand van de geleverde prestaties, door de ziekteverzekering wordt vergoed. Op die manier werden de MSOC's een “zelfbedruipende”, met een polykliniek vergelijkbare dienst. Deze financiering moet in het licht gezien worden van de doelstelling van de MSOC's die betrekking heeft op het verhogen van de levenskwaliteit.

Anderzijds voorziet het **ministerie van Binnenlandse Zaken** een forfaitair bedrag op jaarbasis in het kader van de Veiligheidscontracten. Deze financiering moet in het licht gezien worden van de doelstelling van de MSOC's die betrekking heeft op de contactname met de doelgroep. Het is deze contactname die eventueel zal leiden tot een vermindering van de druggerelateerde criminaliteit en/of overlast.

2.2. De RIZIV-financiering

Het RIZIV financiert de gezondheidszorg die door de MSOC's wordt verschaft en dit aan de hand van **vergoedbare revalidatieprestaties**. De RIZIV-conventie definieert de vergoedbare revalidatieprestaties en legt voor de rechthebbenden de honoraria en prijzen van de revalidatie vast.¹¹⁵ Deze prestatiegerichte financiering verplicht de MSOC's om een bepaalde capaciteit te bereiken teneinde hun werkingskosten vergoed te kunnen zien. Het is om die reden dat de **financiering en de capaciteit** belangrijke factoren zijn die de werking van de MSOC's bepalen.

2.2.1. De revalidatieactiviteiten van de inrichting

In de RIZIV-conventie worden een aantal verplicht in te richten activiteiten en een aantal optionele revalidatieactiviteiten opgesomd.¹¹⁶ Activiteiten die hier niet onder vallen worden niet door het RIZIV vergoed. De conventie verduidelijkt aan de hand van een aantal expliciete, niet-exhaustieve voorbeelden welke activiteiten niet als revalidatie-activiteiten worden beschouwd.¹¹⁷ Wanneer er twijfel is rond de vergoedbaarheid van bepaalde activiteiten dient het MSOC het College van Geneesheren-directeuren schriftelijk

¹¹⁵ RIZIV-conventie, art. 1.

¹¹⁶ RIZIV-conventie, art. 8, §2 en 3.

¹¹⁷ Onder andere: activiteiten die louter gericht zijn op preventie van druggebruik, het verstrekken van voedsel of kleding aan marginale druggebruikers of het aanbieden van onderdak aan dakloze druggebruikers, groepsactiviteiten die uitsluitend een ontspannend karakter hebben.

om toestemming te vragen.¹¹⁸ Alleen die activiteiten die een onmisbare therapeutische functie hebben en waarvoor het centrum een voldoende kwalitatieve en kwantitatieve omkadering verzekert, kunnen in aanmerking komen voor gelijkstelling met volwaardige revalidatieactiviteiten die door het RIZIV worden vergoed.¹¹⁹

2.2.2. Normale en maximale facturatiecapaciteit

De vastgestelde revalidatieweekprijs werd berekend uitgaande van een bepaalde normale facturatiecapaciteit, uitgedrukt in revalidatieweken. Dit is het totaal van de in eenzelfde kalenderjaar gerealiseerde revalidatieweken die voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen in aanmerking komen. Zowel voor MSOC **ANTWERPEN** als voor het MSOC **GENK/LIMBURG** is dit **7.800** weken¹²⁰.

De maximale facturatiecapaciteit is het maximum aantal in eenzelfde kalenderjaar gerealiseerde revalidatieweken die voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen of door andere instanties in aanmerking komen. Voor MSOC **ANTWERPEN** en voor MSOC **GENK/LIMBURG**: **8.667** weken¹²¹.

Het MSOC moet, indien voor een bepaald kalenderjaar de normale facturatiecapaciteit wordt overschreden, een verminderde prijs aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen, voor die revalidatieweken die de normale facturatiecapaciteit overschrijden.¹²²

Het MSOC kan nooit revalidatieweken aanrekenen boven de maximale facturatiecapaciteit, noch aan de verzekeringsinstellingen, noch aan andere instanties.¹²³

2.2.3. De vergoedbare revalidatieprestaties

De vergoedbare prestatie waarmee het MSOC werkt, is de revalidatieweek. Per rechthebbende die gedurende een kalenderweek (van zondag tot zaterdag) door de inrichting begeleid wordt in het kader van een revalidatieprogramma, kan bijgevolg worden vergoed. Per rechthebbende en per kalenderweek is de revalidatieweek slechts éénmaal vergoedbaar.¹²⁴

Om van een revalidatieweek te kunnen spreken moet er aan een aantal voorwaarden voldaan zijn. Indien het gaat om een rechthebbende die een *behandeling met vervangingsmedicatie* volgt waarvoor de vervangingsmedicatie in het MSOC zelf wordt toegediend, worden er drie voorwaarden vooropgesteld, om een vergoedbare prestatie te

¹¹⁸ RIZIV-conventie, art. 10, alinea 3. Het MSOC kan deze activiteiten eventueel toch ontwikkelen, op voorwaarde dat dit niet gebeurt met de middelen verstrekt in het kader van de RIZIV-conventie en op voorwaarde dat de essentiële opdrachten van de inrichting hierdoor op generlei wijze in gevaar worden gebracht Zie: RIZIV-conventie, art. 10, alinea 4.

¹¹⁹ RIZIV-conventie, art. 28.

¹²⁰ RIZIV-conventie, art. 24, §1, alinea 1.

¹²¹ RIZIV-conventie, art. 24, §1, alinea 2.

¹²² RIZIV-conventie, art. 24, §3. Afhankelijk van het in de vorige kalenderjaren gerealiseerde aantal revalidatieweken dat voor vergoeding in aanmerking kwam, bedraagt de aan te rekenen verminderde prijs 25% of 50%.

¹²³ RIZIV-conventie, art. 24, §2.

¹²⁴ RIZIV-conventie, art. 12, §1.

krijgen, waarvan minimaal aan twee van die voorwaarden per revalidatieweek voldaan dient te zijn.¹²⁵

Voor cliënten die *geen substitutiemedicatie* krijgen, worden er twee voorwaarden vooropgesteld en om hier van een revalidatieweek te kunnen spreken moet aan minimum één van de twee voorwaarden voldaan zijn¹²⁶.

2.2.4. De prijs van de revalidatieprestaties

De prijs van de revalidatieweek is een vast bedrag dat de volledige werkingskosten van het MSOC omvat.¹²⁷ De kostprijs van de dranken en maaltijden die eventueel in het MSOC worden gebruikt, kan evenwel aan de rechthebbende worden aangerekend. Ook de kostprijs van andere faciliteiten die de inrichting eventueel aanbiedt maar die niet kunnen beschouwd worden als revalidatie-activiteiten (mogelijkheid om te douchen, gebruik van een wasmachine, enz.) kan aan de rechthebbende worden aangerekend.¹²⁸

De prijs van de substitutiemedicatie is niet in deze revalidatieweekprijs inbegrepen en kan dus boven op dit bedrag worden vergoed door de verzekeringsinstellingen. Het persoonlijk aandeel in de wettelijk vastgestelde prijs van de vervangingsmedicatie kan aan de rechthebbende worden aangerekend.¹²⁹

2.2.5. Voorwaarde van sociale verzekering

De cliënt moet een aanvraag om tenlasteneming van de revalidatie door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indienen. Het MSOC moet de cliënt hierbij helpen.¹³⁰

2.2.6. Registratie

Het MSOC moet per cliënt een medisch-therapeutisch dossier bijhouden dat een overzicht geeft van het verloop van de revalidatie in het MSOC. Een goede registratie van cliënt- en behandelingsgegevens is dus noodzakelijk wanneer men in aanmerking wenst te komen voor vergoeding door het RIZIV.¹³¹

¹²⁵ RIZIV-conventie, art. 12, §2.

¹²⁶ RIZIV-conventie, art. 12, §3.

De rechthebbende moet: in de bedoelde kalenderweek in de inrichting een individuele revalidatiezitting genoten hebben en gedurende de bedoelde kalenderweek deelgenomen hebben aan twee revalidatie-activiteiten in groepsverband, die ieder minstens twee uur geduurd hebben en die hebben plaatsgevonden op een verschillende dag.

¹²⁷ RIZIV-conventie, art. 13, §1.

¹²⁸ RIZIV-conventie, art. 14, §1.

¹²⁹ RIZIV-conventie, art. 14, §2.

¹³⁰ RIZIV-conventie, art. 17, §1.

¹³¹ RIZIV-conventie, artt. 19 en 20.

2.3. Gevolgen van de financiering

2.3.1. Eis van sociale verzekering

Enkel de cliënten die in orde zijn met de sociale verzekering komen in aanmerking voor een vergoeding. Nu blijkt in verschillende MSOC's dat een aanzienlijk deel van de cliënten niet aan die voorwaarde beantwoordt.

Voor het MSOC van **ANTWERPEN** bijvoorbeeld bedroeg dit aantal 11.2 % van de revalidatieweken in 2000¹³².

Om de normale facturatiecapaciteit te halen moeten er dus meer cliënten behandeld worden dan het voorziene aantal. De werkdruk ligt dus hoger dan de aanvankelijk voorziene 15 cliënten per personeelslid.

2.3.2. Capaciteitsprobleem

Het is de **RIZIV-conventie** die in het kader van het financieringssysteem een normale en maximale facturatiecapaciteit becijfert. De nood aan personeel werd berekend aan de hand van de maatstaf 1 fulltime voor een case-load van 15 begeleidingen per week. Het RIZIV verwacht echter tezelfdertijd van de MSOC's dat ze zo goed mogelijk tegemoetkomen aan de globale revalidatiebehoeften van de beoogde populatie. Om die reden mag het aantal patiënten dat door de inrichting begeleid wordt, in generlei mate worden beperkt.¹³³

2.4. MSOC Antwerpen

De workload van het MSOC wordt dus niet enkel bepaald door het aantal cliënten, maar ook door de intensiteit waarmee deze cliënten gevolgd worden. De evolutie van het aantal behandelingsweken (d.i. de behandeling van één cliënt gedurende één week) is daarom een betere parameter voor het bepalen van de werklust. Het MSOC van Antwerpen beschikt over een personeelskader van 10 voltijdsen, wat volgens de RIZIV-conventie betekent dat het centrum 15 forfaits per week x 10 hulpverleners x 52 weken = **7800** behandelingsweken per jaar dient te realiseren (een maandgemiddelde van 650 behandelingsweken). De maximale facturatiecapaciteit bedraagt **8.667** weken per jaar.

Tabel 3 : Aantal behandelingsweken per jaar in het MSOC Antwerpen

Jaar	IR (%) ¹³⁴	NIR (%) ¹³⁵	Totaal	Maandgemiddelde
1997 ¹³⁶	6627 (89.1)	811 (10.9)	7438	743.8
1998	8468 (91.5)	789 (8.5)	9257	771.4
1999	8834 (92.3)	739 (7.7)	9573	797.8
2000	8705 (88.8)	1096 (11.2)	9801	816.7

¹³² MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 2000, 2001*, 8. Zie ook hieronder tabel 3.

¹³³ RIZIV-conventie, art. 15.

¹³⁴ IR betekent: in regel met het ziekenfonds.

¹³⁵ NIR betekent: niet in regel met het ziekenfonds, wat impliceert dat deze behandelingen ook onbetaald blijven, zoals we hierboven reeds aanhaalden.

¹³⁶ In 1997 werden er slechts 10 maanden gepresteerd (vanaf 1 maart 1997).

Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat de werklast in het MSOC van Antwerpen reeds van bij het begin de normale capaciteit overstijgt. In 1999 en 2000 zit men zelfs boven de maximale capaciteit, enkel al wat de cliënten betreft die in regel zijn met het ziekenfonds.

Verder blijkt uit de evolutie van het aantal gepresteerde behandelingsweken dat het lagere aantal cliënten in 2000 geenszins een stabilisatie van het werkvolume betekent: er wordt met de cliënten intensiever gewerkt dan voorheen, waardoor het aantal behandelingsweken blijft toenemen. Het aandeel hierin van cliënten die niet aangesloten zijn bij het ziekenfonds (en waarvoor de prestaties dus ook niet vergoedbaar zijn) neemt overigens weer toe in 2000.

Bemerkingen

Samengevat kunnen we stellen dat het MSOC van Antwerpen al snel haar voorziene normale capaciteit bereikt en zelfs overschreden heeft. De laatste tijd is er sprake van een **ondercapaciteit** of overbevraging¹³⁷. Sinds eind '98 ziet men zich zelfs verplicht om op geregelde tijdstippen een **opnamestop** door te voeren¹³⁸.

Zoals hierboven reeds beschreven, is een belangrijk deel van de behandelde cliënten niet in orde met het ziekenfonds en dus niet-vergoedbaar. Het MSOC beschouwt het als een deel van de begeleiding om deze mensen in regel te brengen. Een toenemend aantal cliënten heeft echter **ook na de behandelingsperiode nog geen ziekenfonds**. Deze behandelingen blijven bijgevolg onbetaald. Het gaat hoofdzakelijk om twee groepen: enerzijds illegaal in het land verblijvende gebruikers en anderzijds cliënten die men slechts zeer kort zag en waarvoor men niet tijdig de nodige stappen kon zetten¹³⁹.

De ondercapaciteit of de 'overbevolking' van het MSOC van Antwerpen heeft een belangrijk effect, zowel op het personeel, op de cliënten als op externe diensten.

Voor het *personeel* betekent het een **verhoging van de werkdruk**. 4 van de 9 ondervraagde personeelsleden geven dit aan als een reden waarom ze soms minder graag in het MSOC werken. Bovendien zijn het de onthaalmedewerkers die bij een opnamestop binnenkomende cliënten 'de deur moeten wijzen'. Door de grote instroom van cliënten, hebben de (psycho-sociale) begeleidingen tegenover vroeger aan intensiviteit ingeboet. In de dossiervorming kruipt heel veel tijd (ook omdat er geen intern computernetwerk is) en ook voor reflectie over het eigen werk en het bijhouden van literatuur heeft men te weinig tijd. Een personeelslid vat dit samen als het voortdurend evenwicht zoeken tussen kwantiteit en kwaliteit.

Ook de *cliënten* maken gewag van de ondercapaciteit. Op de vraag wat men minder goed vindt aan het MSOC, formuleren 10 van de 53 respondenten een antwoord in die richting. Zo geeft men bijvoorbeeld aan dat men vaak lang moet wachten voor de dokter, dat men niet altijd een gesprek kan hebben wanneer het nodig is, dat er te weinig personeel is voor een vlotte doorgang, en dat men het erg vindt dat het MSOC zich niet kan uitbreiden.

¹³⁷ Dit geldt trouwens ook, maar in mindere mate, voor een aantal andere MSOC's.

¹³⁸ VAN DIJCK, A. e.a., o.c., 2000, 12.

¹³⁹ MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 1999, 2000*, 29.

Volgens de respondenten van *externe diensten* is niet alleen de overbevraging van het MSOC een knelpunt, maar dient het gehele aanbod van laagdrempelige hulpverlening in de stad Antwerpen uitgebreid te worden. Als concrete gevolgen van de ondercapaciteit worden vermeld: de laagdrempeligheid wordt aangetast; het maakt doorverwijzing naar het MSOC steeds moeilijker; minder problematische gebruikers vallen uit de boot aangezien het MSOC een selectie moet maken ten gunste van de meest problematische en gemarginaliseerde cliënten. Het feit dat het MSOC ook illegalen en mensen zonder papieren in het algemeen probeert te helpen, maar daarvoor niet vergoed wordt, is op termijn niet vol te houden.

2.5. MSOC Genk/Limburg

Het MSOC van Genk/limburg beschikt over een personeelskader van 10 voltijdsen, wat volgens de RIZIV-conventie betekent dat het centrum 15 forfaits per week x 10 hulpverleners x 52 weken = **7800** behandelingsweken per jaar dient te realiseren (een maandgemiddelde van 650 behandelingsweken). De maximale facturatiecapaciteit bedraagt **8.667** weken per jaar.

Tabel 4 : Aantal behandelingsweken per jaar in het MSOC Limburg

Jaar	Fact (%) ¹⁴⁰	Nt-Fact (%) ¹⁴¹	Totaal	Maandgemiddelde
1998	7945 (98.3)	138 (1.7)	8083	673.6
1999	8234 (96.4)	303 (3.6)	8537	711.4
2000	8234 (96)	347 (4)	8581	715.1

Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat de werklast in het MSOC van Limburg reeds van bij het eerste volledige werkingsjaar de normale capaciteit overstijgt, alleen al wat betreft de vergoedbare prestaties. Maar ook hier betreft het een onderschatting van de werkelijke prestaties. Interventies en consultaties naar en met de familie worden niet meegerekend omdat ze niet vergoedbaar zijn, zoals ook huisbezoeken, gevangenisbezoeken, consultaties binnen de residentiële centra, telefonische contacten en briefwisseling¹⁴². Het percentage niet-vergoedbare prestaties stijgt bovendien elk jaar.

Bemerkingen

Hoewel de ondercapaciteit niet zo uitgesproken is in het MSOC van Limburg als in het MSOC van Antwerpen, zijn er toch negatieve aspecten aan het huidige financieringssysteem verbonden.

Allereerst zijn er een heel aantal activiteiten waarvoor het *personeel* op dit ogenblik **te weinig tijd** heeft, maar die men belangrijk genoeg vindt om er meer tijd aan te kunnen besteden. Het gaat hier voornamelijk om groepsactiviteiten (4/15), individuele hulpverlening (voornamelijk ten aanzien van het methadoncliënteel) (4/15), registratie (1/15), vorming, literatuur en bijscholing (2/15). Er worden nieuwe initiatieven opgezet, zoals een speelhoek voor kinderen en een vrouwengroep, maar bij gebrek aan middelen, komt dit bovenop de normale werkdruk en kan men er niet zoveel energie insteken als men wel zou willen.

¹⁴⁰ 'Fact' betekent: het aantal gefactureerde weken, dus deze die door het RIZIV vergoed zijn.

¹⁴¹ 'Nt-Fact' betekent: het aantal niet gefactureerde weken, dus deze die niet door het RIZIV vergoed zijn.

¹⁴² CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1998*, 55.

Ook de *cliënten* voelen de gevolgen van de overbevraging, in die zin dat zij aangeven dat ze soms te weinig individuele gesprekken kunnen hebben met de begeleiders en dat de methadonverstrekking en de gesprekken steeds op gezette tijdstippen moeten gebeuren.

3. PERSONEEL

Het personeelskader van de MSOC's is **multidisciplinair** samengesteld. De teamwerking is één van de belangrijkste pijlers van de hulpverlening.

Het personeelskader van het MSOC van **ANTWERPEN** kan opgedeeld worden in drie teams¹⁴³.

Het medische team bestaat uit:

- 1 medisch directeur
- 2 huisartsen
- 1 neuropsychiater
- 2 verpleegkundigen

Het psycho-sociale begeleidingsteam bestaat uit:

- 1 teamcoördinator (psycholoog)
- 4 maatschappelijk werkers

De algemene coördinatie wordt verzekerd door:

- 1 algemeen directeur
- 1 administratieve medewerker
- 1 onderhoudskracht

Het personeelskader van het MSOC **GENK/LIMBURG** kan opgesplitst worden in vier groepen, naargelang de taakverdeling¹⁴⁴:

De dagelijkse leiding wordt gevoerd door:

- 1 algemeen directeur (halftijds)
- 1 coördinator (halftijds)

Het secretariaat wordt verzorgd door:

- 1 administratief medewerker

Het medische team bestaat uit:

- 1 medisch directeur
- 1 psychiater
- meerdere gemandateerde huisartsen
- 4 verpleegkundigen

Het psycho-sociale begeleidingsteam bestaat uit:

- 4 psychologen
- 1 psycholoog (coördinator) (halftijds)
- 2 maatschappelijk werkers

¹⁴³ Bijlage bij Overeenkomst tussen het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging en de VZW Free Clinic uit Antwerpen, met betrekking tot het Medisch-Sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers (MSOC) van die VZW, *Projectvoorstel MSOCA*, 7-9.

¹⁴⁴ Bijlage bij Overeenkomst tussen het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging en de VZW Medisch-Sociaal Opvangcentrum Limburg uit Genk, 16-17.

4. INTERNE PROCEDURES

Beide MSOC's hebben hun interne werking georganiseerd in functie van bepaalde bewuste keuzes omtrent de hulpverlening ten aanzien van de specifieke doelgroep enerzijds en in functie van bepaalde organisatorische moeilijkheden die opdoken en die een oplossing behoeften.

4.1. MSOC Antwerpen

De werking van het MSOC verschuift meer en meer naar het langdurig begeleiden van een groep oudere gebruikers. Nochtans blijft men eveneens geconfronteerd met ongeveer één nieuwe aanmelding per werkdag. Door een **herstructurering van het team** heeft men getracht om aan deze werkdruk een oplossing te bieden.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen **permanentie** (benedenverdieping) en **begeleiding** (boven). Op de benedenverdieping bevinden zich het onthaal, de medische kabinetten en het methadonloket. Het is de toegangspoort voor alle nieuwe aanmeldingen en alle hulpvragen, waarbij men zoveel mogelijk probeert door te verwijzen naar andere diensten. Op dit niveau wordt aan de hand van bepaalde criteria een selectie gemaakt van cliënten waarvoor men ook een intensieve individuele begeleiding zal opstarten. De bovenverdieping staat voor integrale hulpverlening : het verbeteren van de inhoud van de behandeling van gekende cliënten en het opstarten van intensieve begeleidingen voor nieuwe cliënten. De richtlijn hierbij is een maximum van 30 begeleidingen per full time begeleider per week¹⁴⁵. Het permanentieteam speelt kort op de bal en reageert dadelijk op elke hulpvraag. Het begeleidingsteam daarentegen werkt hoofdzakelijk op afspraak en in voorkomend geval met een wachtlijst.

Het is niet de bedoeling om twee onderscheiden teams te creëren; de rollen van de hulpverleners zijn inwisselbaar. Zo worden individuele begeleiders ook regelmatig ingeschakeld in het permanentieteam.

Formele overlegmomenten zijn de teamvergadering, de consultvergadering, casuï stiek, de onthaalvergadering en de artsenvergadering.

Bemerkingen

Het merendeel van de bevroagde personeelsleden bestempelt de teamwerking als **positief** (5/9). Alle personeelsleden worden als evenwaardig beschouwd. Zo worden ook de artsen en de psychiaters bij de psycho-sociale begeleidingen betrokken en vice versa, hoewel deze in principe twee verschillende teams uitmaken. De samenwerking wordt bevorderd door het feit dat eensgezindheid heerst omtrent de basisvisie. Daarnaast bestaat het team uit personen die vaak zeer verschillende werkervaringen hadden voordat ze in het MSOC kwamen werken en deze verschillende invalshoeken kunnen zeer verrijkend zijn. Nochtans verloopt de communicatie met de andere leden van het team meestal via informele, ad hoc contacten, tussen het werk door, aangezien men niet steeds de

¹⁴⁵ Wat neerkomt op een totaal van 110 begeleidingen per week, of 40% van alle behandelingsprogramma's die op dit ogenblik lopen.

mogelijkheid heeft om bij teamvergaderingen, casuï stiek (cliëntbesprekingen) of vorming aanwezig te zijn (6/9).

De 'MUS' (Methadon Uitgifte Systeem¹⁴⁶) is een belangrijk middel om informatie door te geven. Nochtans verloopt de informatiedoorstroming betreffende cliënten niet optimaal wegens het gebrek aan een intern computernetwerk voor de cliëntdossiers (1/9).

De opsplitsing van de werking heeft voor het personeel bepaalde veranderingen met zich meegebracht. Positieve punten hierbij zijn dat de druk op de dokters verminderd is, dat binnenkomende cliënten meer aandacht krijgen en dat de psychologische overbelasting van de werkdruk voor de psycho-sociale begeleiders verminderd is. Nochtans blijven er nog enkele *aandachtspunten* die bij de evaluatie van deze nieuwe manier van werken aanbod kunnen komen: de informatiedoorstroming tussen permanentie- en begeleidingsteam verloopt moeizamer en voor beide teams bestaat het gevaar dat de job te eenzijdig wordt. Een functie als medewerker in een MSOC mag niet onderschat worden; het werken met de MSOC-doelgroep kan zeer belastend zijn. Daarom is het belangrijk dat de job voldoende afwisseling in de taken inhoudt.

4.2. MSOC Limburg

Het MSOC werkt **gedecentraliseerd**. De provincie Limburg is eerder een 'ruraal' gebied zonder echte grootstad die de problematische druggebruikers aantrekt. Wil men alle druggebruikers bereiken en dus laagdrempelig zijn, dan moet men een antennestructuur uitbouwen. Afstand is immers een belangrijke drempel voor de gemarginaliseerde druggebruikers die verspreid over de gehele provincie leven, zonder dat er sprake kan zijn van één 'drug scene'. Zo heeft het MSOC kantoren in 9 gemeenten, verspreid over de provincie. Daar kunnen de druggebruikers uit die regio's terecht voor hulpverlening.

Het MSOC te **Genk** fungeert als administratieve hoofdzetel en als contactplaats voor de Genkse cliënten. Dagelijks wordt er, gespreid over drie groepen, methadon verstrekt door een verpleegkundige. Dit gebeurt in de 'verstrekkingruimte', een lokaal waar cliënten kunnen koffie drinken, de krant lezen, een praatje maken met elkaar, enz. In deze ruimte is er altijd een tweede verstrekker aanwezig die de rol van aanspreekpunt vervult. Deze functie wordt volgens een beurtrol door alle MSOC-medewerkers waargenomen. De cliënten die niet in het methadonprogramma zitten, kunnen er tijdens de openingsuren terecht – meestal op afspraak – voor medische, psychologische en/of sociale hulp. Enkel in de centrale antenne van Genk is permanent een arts aanwezig, hoewel men bijkomend ook daar met gemandateerde huisartsen werkt, die in het centrum raadpleging hebben tijdens de verstrekkingsmomenten.

De **regionale werking** weerspiegelt zich in een regionale methadonverstrekking en medische begeleiding via gemandateerde huisartsen. De methadonverstrekking gebeurt iedere weekdag door de verpleegkundigen van het MSOC. De verpleegkundige neemt de individuele dosissen mee naar de respectieve verstrekkingplaatsen. Tijdens de verstrekking is er een tweede verstrekker ter plaatse. Dit kan een MSOC-medewerker zijn, of een medewerker van een externe dienst. De individuele therapeutische

¹⁴⁶ De computergestuurde machine waarmee de methadon wordt 'getapt'.

gesprekken verlopen in de antennes op afspraak. In de antennes waar ook reeds een CAD-kantoor gevestigd was, is permanent een MSOC-hulpverlener aanwezig. Deze staat naast individuele gesprekken ook in voor crisisinterventie. De medische hulpverlening wordt in de regio's verzorgd door artsen die een mandaat van de lokale huisartsenkring kregen om met deze populatie te werken. Deze gemandateerde huisartsen hebben raadpleging tijdens de verschillende verstrekkingsmomenten. In enkele regio's is er geen centrale verstrekking. Daar kunnen de methadoncliënten via een gemandateerde arts voor hun methadon terecht bij een lokale apotheker.

Het MSOC van Limburg heeft verschillende formele overlegmomenten. In de centrale antenne van Genk is er één keer per week een MSOC-teamvergadering, waaraan ook het personeel van de antennes om de andere week deelnemen. Daarnaast is er het verpleegkundigenteam dat formeel overleg pleegt en wordt er regelmatig methadonoverleg georganiseerd, evenals visieontwikkelingsmomenten. Aangezien bepaalde personeelsleden zowel voor het MSOC als voor het CAD werken, maken deze mensen deel uit van verschillende teams. Zo is er bijvoorbeeld het jongerenteam en de briefing rond CAD-cliënten tussen de betrokken hulpverleners, waaronder ook MSOC-hulpverleners. In het kader van de personeelsuitwisseling met externe diensten, participeren sommige MSOC-hulpverleners ook in de teams van deze externe diensten.

Het personeel van de regio's heeft voornamelijk cliëntbesprekingen met het CAD-personeel van de respectieve antenne enerzijds en intervisievergaderingen¹⁴⁷ anderzijds. Zij nemen om de andere week deel aan het centrale MSOC-team en de andere week aan het CAD-team in Genk.

De informele contacten met het team doen zich voor tijdens de verstrekkingen, tijdens de middagbriefing¹⁴⁸ en ad hoc, wanneer men met bepaalde vragen zit.

Bemerkingen

De meeste personeelsleden zijn het erover eens dat de contacten met de andere teamleden **goed tot zeer goed** verlopen. In het team staat iedereen op gelijk niveau en ieders mening wordt gehoord. Ook medewerkers die geen drughulpverlener zijn, worden betrokken bij de begeleiding van cliënten. Het team beschikt over een hoge graad van zelfregulering. Slechts als bepaalde spanningen in het team echt niet opgelost geraken, wordt de coördinator ingeschakeld (7/15).

Hiertegenover staat dat de horizontale communicatie – en dan voornamelijk de informatiedoorstroming betreffende cliënten – soms mank loopt. Dit wordt gewijd aan het tijdsgebrek om de dossiers bij te houden, aan het structurele probleem van te uitgebreide en elkaar overlappende teams en aan het feit dat veel contacten informeel gebeuren. Het is opvallend dat dit knelpunt vooral wordt aangehaald door het personeel van de antennes. Zij werken immers vrij geïsoleerd en zijn zelf niet snel geneigd om hun cliënten in het centrale team te bespreken, aangezien de hulpverleners van Genk en de andere regio's deze cliënten niet persoonlijk kennen. Ook het feit dat zij afwisselend

¹⁴⁷ De intervisies zijn een cliëntgebonden lokaal overleg met gemandateerde huisartsen, een medewerker van het OCMW, apotheker(s), de straathoekwerker en de hulpverleners van het MSOC.

¹⁴⁸ Die recentelijk toch min of meer een officieel karakter kreeg.

in het MSOC- en het CAD-team zetelen en de continuïteit daardoor in het gedrang komt, zijn belangrijke factoren in deze. Een personeelslid van het centrum in Genk voelt dit ook aan en betreurt het feit dat het personeel van het MSOC Genk minder contact heeft met het MSOC-personeel van de antennes en nog minder met het personeel van het CAD, wat inhoudt dat men niet altijd op de hoogte is van waar deze mensen mee bezig zijn.

Wat de verticale organisatiegebonden communicatie betreft, geeft men aan dat dit ook niet optimaal verloopt, maar toch verbeterd is. Sinds men dit knelpunt geëxpliciteerd heeft, doet men succesvolle pogingen om deze communicatie vlotter te laten verlopen (8/15).

Met het medisch team in Genk heeft men weinig tot geen contact, mede wegens de drukke consultaties (5/15). Het personeel van enkele antennes vindt de samenwerking met de gemandateerde huisartsen moeilijk¹⁴⁹. Als redenen worden opgegeven dat ze – buiten het methadongebeuren – te weinig kennis hebben over de drugproblematiek, dat ze te beperkt, i.e. medisch, denken en dat men te weinig contact met hen heeft, met name dat ze te weinig aanwezig zijn op de verstrekkingen (4/15).

5. REGISTRATIE

5.1. MSOC Antwerpen¹⁵⁰

De basis van de registratie is de **eigen database** die reeds ontwikkeld was vóór de erkenning als MSOC. Deze database werd uitgebreid met de RIZIV-administratie. Vanaf maart 1999 werd bij elke registratie van een behandelingsperiode ook een quasi-volledige **DARTS-registratie** uitgevoerd. DARTS is het softwarepakket dat door VVBV (Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra Verslaafdenzorg) werd ontwikkeld ten behoeve van zijn leden. Hierbij merkt men op dat dit registratiesysteem ontworpen is voor de residentiële sector en daarom minder functioneel voor een ambulante setting zoals het MSOC. De DARTS-registratie is dusdanig dat de verzamelde gegevens kunnen overgebracht worden in een 'Vlaams' databestand dat door de VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen) wordt samengesteld uit verschillende bronnen. De VAD-gegevens worden uiteindelijk overgemaakt aan het Belgische REITOX focal point, het WIV (Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid), dat op zijn beurt een 'Belgisch' databestand aanmaakt voor het Europees Drugsobservatorium in Lissabon. Het MSOC van Antwerpen heeft er dus voor gekozen om niet op het DARTS-systeem over te stappen, maar om de gewenste items in te bouwen in het eigen registratieapparaat. Op die manier blijven oude data integraal bewaard.

Bovendien is het een open database die de mogelijkheid biedt tot het maken van allerlei query's en rapporten.

De straathoekwerkers registreren volgens het **Vlastrov-systeem**.

¹⁴⁹ 1 personeelslid was zonder meer positief over de samenwerking met de gemandateerde huisartsen. Blijkbaar zijn er sterke verschillen tussen de verschillende regio's wat deze samenwerking betreft.

¹⁵⁰ Voor een overzicht van de geregistreerde variabelen in de database van het MSOC Antwerpen: zie bijlage 4.

5.2. MSOC Limburg¹⁵¹

Het registratiesysteem bestaat uit een **zelf ontworpen database**, die vooral gebaseerd is op de **CGG-registratie**. De door de VAD gewenste items zijn in het registratiesysteem geïntegreerd en worden jaarlijks aan de VAD overgemaakt. De database bevat ook de noodzakelijke gegevens voor het RIZIV. Daarnaast participeert men aan de registratie van de Vlaamse Gemeenschap in het kader van de **Convenant Kindermishandeling (KMH)** en men registreert ook een aantal items van **gerechtscliënten** in het kader van de Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen van de VSPP. De database is vrij open, wat betekent dat er verschillende mogelijkheden zijn tot het maken van query's en rapporten. De straathoekwerkers registreren volgens het **Vlastrov-systeem**.

6. EVALUATIE-INSTRUMENTEN

In het MSOC van **ANTWERPEN** wordt in principe de ASI-vragenlijst gebruikt. Aangezien dit een zeer tijds- en arbeidsintensieve taak inhoudt en aangezien deze vragenlijst niet helemaal voldoet aan de criteria van een goed evaluatie-instrument, gebeurt dit niet systematisch.

7. CONCLUSIES

- Wat betreft **interne procedures**:

De erkenning als MSOC heeft een uitbreiding van de organisatie, meer regels en een meer formele sfeer tot gevolg gehad. Dit wordt zowel door het personeel als door de cliënten gevoeld.

Zowel het MSOC van **ANTWERPEN** als dat van **LIMBURG** beschikken over voldoende **zelfreflectie**. Men tracht, met ander woorden, steeds oplossingen te vinden voor organisationele problemen die de uitbreiding van een centrum met zich meebrengt. De **moeizame interne communicatie** en het **zo laag mogelijk houden van de drempel ten aanzien van de cliënten** blijven hierbij aandachtspunten.

- Wat betreft de **financiering** en de **capaciteit**:

De MSOC's van **ANTWERPEN** en **LIMBURG** hebben hun **maximale capaciteit overschreden**. Deze overbelasting/bevraging heeft verstekkende **gevolgen**:

- Doordat de werklast en werkdruk van het MSOC-personeel enorm hoog is, kan er te weinig tijd vrijgemaakt worden om elke cliënt even intensief op te volgen;
- Men moet steeds op zoek gaan naar bijkomende financiering om bijvoorbeeld groepsactiviteiten of andere nieuwe initiatieven te kunnen organiseren;
- Men ziet zich verplicht om een selectie te maken in het nieuwe cliënteel in het voordeel van de meest gemarginaliseerden waardoor minder problematische cliënten uit de boot dreigen te vallen; enz.

¹⁵¹ Voor een overzicht van de geregistreerde variabelen in de database van het MSOC Limburg: zie bijlage 5.

Inhoudelijk mag het werken met de doelgroep van de MSOC's niet onderschat worden. Omwille van de hoge werkdruk en het veeleisende werk, ondervinden de MSOC's *moeilijkheden bij het vinden en/of houden van geschikt personeel*.

Het effect op andere diensten is dat zij steeds moeilijker cliënten naar het MSOC kunnen *doorverwijzen*.

De financiering via het RIZIV laat onvoldoende toe de groep van cliënten *die niet in orde zijn met de ziekenkas*, te helpen.

- Wat betreft de **registratie**:

De MSOC's van **ANTWERPEN** en **LIMBURG** registreren **meer gegevens** dan door bepaalde registratieprojecten vereist wordt.

Een goede, uniforme registratie is essentieel om een beleid te kunnen ontwikkelen maar ook om een beleid te kunnen evalueren. Er is een **gebrek aan een systematische financiering** voor de registratie en de verplichtingen die de RIZIV-conventie oplegt inzake registratie zijn bijzonder uitgebreid. In de huidige omstandigheden is registratie voor de hulpverleners in het werkveld een bijkomende taak, die als *tijdsintensief* wordt ervaren¹⁵² én die *ten koste* gaat van de contacten met de *cliënten*.

Inzake registratie hebben de MSOC's op dit moment onvoldoende personeel en zijn zij in de praktijk vaak afhankelijk van de goodwill van enkele personeelsleden die deze taak op zich nemen. Het gevolg is een belasting van de veldwerkers en eventueel een partiële registratie. Daarom is het van belang om binnen de MSOC's **personeel** ten dele **vrij te stellen** om voldoende tijd te kunnen vrijmaken voor de registratie.¹⁵³

8. AANBEVELINGEN

- **Herziening van financiële en administratieve voorwaarden**¹⁵⁴

Er dient een **herziening** te gebeuren van de **administratieve voorwaarden** en van de **financiële modaliteiten van de MSOC's** zoals ze op dit ogenblik vastgelegd zijn. Een aantal maatregelen van dit vrij rigide mechanisme komen immers in botsing met de flexibiliteit die wenselijk is voor een project waarvan het voornaamste kenmerk het aanpassingsvermogen is.

Meer specifiek is er in de eerste plaats nood aan **bijkomende financiering**, volgens een financieringssysteem dat veel stabiel is dan hetgene dat gebaseerd is op de terugbetaling van reeds gedane uitgaven. Met name moeten de MSOC's middelen toegekend worden **voor de cliënten die zich in een situatie van administratieve marginaliteit bevinden** ("zonder papieren", daklozen, personen zonder ziekte- en invaliditeitsverzekering,...). Om deze groep van cliënten beter te kunnen helpen, heeft men met andere woorden nood aan een gemengd financieringsmodel.

¹⁵² BIRN, *Belgisch Nationaal Rapport over Drugs 2000*, 28.

¹⁵³ RAES, V., *Drughulpverlening in Vlaanderen, Feiten en Problemen*, onderzoek in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn, VAD, Brussel, 1995, 137.

¹⁵⁴ Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de aanbevelingen van het algemene eindverslag, maar zijn op bepaalde punten aangepast in functie van de specificiteit van de MSOC's van Antwerpen en Limburg.

De MSOC's moeten meer vrijheid krijgen bij de invulling van het **personeelskader**. Het personeelskader moet regelmatig kunnen herzien worden in functie van veranderende noden en behoeften en de financiële middelen moeten hierop afgestemd worden.

De administratieve en financiële schikkingen werden bedacht voor periodes van hulpverlening die *veel te kort* zijn, vergeleken met de realiteit van het werkveld, waar de doelgroep zich kenmerkt door de *chroniciteit* van haar problematiek. Een realistische meerderheid van de begeleidingen in een MSOC bedraagt enkele **jaren** en niet enkele maanden zoals het op dit ogenblik van het project "MSOC" verondersteld wordt. De administratieve en financiële schikkingen moeten dus aangepast worden zodat zij beter aansluiten op deze tijdsmaat.

De personeelsbezetting is hoofdzakelijk berekend op basis van het aantal te verrichten begeleidingen. Er is slechts een beperkt luik voorzien voor **beleid, registratie, opleiding, overleg, inter- en supervisie en evaluatie**. De ondercapaciteit van de MSOC's zorgt dat er voor deze structurele activiteiten onvoldoende tijd kan vrijgemaakt worden. Deze activiteiten zijn nochtans van cruciaal belang. Gezien de bestaande werkdruk binnen de MSOC's, is het zinvol om personeel vrij te stellen om deze aspecten van de organisatie systematisch aan te pakken.

HOOFDSTUK II : LAAGDREMPELIGE WERKING

1. LAAGDREMPELIGHEID ALS RODE DRAAD

1.1. Inleiding

Het **Actieplan** schrijft de oorzaak van de uitsluiting van de problematische druggebruikers toe aan de hoogdrempeligheid van de bestaande gezondheidszorg. Laagdrempelige voorzieningen vormden een lacune in het bestaande aanbod. De parlementaire werkgroep drugs kwam in 1997 tot dezelfde conclusie¹⁵⁵.

Het Actieplan wil dan ook het verzorgingsaanbod uitbreiden en diversifiëren. De MSOC's zijn erop gericht degenen die uitgesloten zijn van en het minst een "beroep" doen op de traditionele verzorgingsnetten, medische en sociale begeleiding te bieden.¹⁵⁶

De **RIZIV-conventie** benadrukt op haar beurt het belang van de laagdrempeligheid van het MSOC. De RIZIV-conventie beschrijft verschillende mogelijkheden om de laagdrempeligheid gestalte te geven: de openingsuren, de permanente beschikbaarheid, de onvoorwaardelijke behandeling, straathoekwerkers en de antennes.¹⁵⁷ Van de MSOC's wordt verwacht dat ze hun revalidatieactiviteiten zo organiseren dat ze op de best mogelijke wijze tegemoetkomen aan de revalidatiebehoeften van het reëel aantal cliënten dat door de MSOC's behandeld wordt.¹⁵⁸ De MSOC's kregen met andere woorden de vrijheid om de laagdrempeligheid in de praktijk te brengen, rekening houdend met de omgevingsfactoren waarin ze dienden te functioneren.

1.2. De vier niveaus van laagdrempeligheid

Indien we de gedetailleerde opdracht van de MSOC's aangaande de interne werking voor ogen houden, is het mogelijk om de laagdrempeligheid op vier niveau's te situeren: de laagdrempeligheid in de **ruimte**, de laagdrempeligheid in de **contactname**, de laagdrempeligheid in de **begeleiding** of behandeling en de laagdrempeligheid in de **tijd**.

2. LAAGDREMPELIGHEID IN DE RUIMTE

2.1. INLEIDING

Het **Actieplan** bepaalt dat de MSOC's zullen gelegen zijn in 9 stedelijke agglomeraties die met ernstige drugproblemen te kampen hebben: Brussel, Charleroi, Luik, Antwerpen, Gent, Oostende, Genk, Namen en Bergen.¹⁵⁹

Volgens de **RIZIV-conventie** maakt het MSOC als medisch-sociaal opvangcentrum deel uit van een netwerk van ambulante centra voor druggebruikers. Van dit netwerk wordt

¹⁵⁵ Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek -Conclusies en aanbevelingen, o.c., 30-33.

¹⁵⁶ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Algemene beleidsverklaring inzake drugs en toxicomanie*, Brussel, 8 maart 1995, 5.

¹⁵⁷ RIZIV-conventie, art.2, §2-3.

¹⁵⁸ RIZIV-conventie, art. 15, tweede lid.

¹⁵⁹ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie – Drugs*, Brussel, 2 februari 1995, 2.

verwacht dat het er in slaagt medisch-psycho-sociale zorgen te verstrekken aan druggebruikers in het gehele land. Het geografisch werkterrein van de inrichting bestrijkt derhalve niet alleen de ruime omgeving van de stad maar ook andere nabijgelegen regio's die zelf niet over een dergelijk centrum beschikken. Het MSOC moet met andere centra van het netwerk afspraken maken over de regio's waar de inrichting zich actief zal op richten.¹⁶⁰ Het RIZIV verwacht met andere woorden niet dat de MSOC's het gehele landsgebied zouden bestrijken maar wel dat het netwerk van hulpverlening aan problematische druggebruikers hierin zou slagen.

De RIZIV-conventie breidde de territoriale opdracht van de MSOC's uit. In de geest van een integraal en geïntegreerd drugbeleid, redeneerde het RIZIV reeds in termen van netwerken van hulpverlening aan druggebruikers die het gehele landsgebied zullen bestrijken.¹⁶¹ Aangezien de ontwikkeling van deze netwerken in België nog in de kinderschoenen staat,¹⁶² stelt het RIZIV dan ook geen onmogelijke eis aan de MSOC's en opteert voor een **organische groei** van de netwerken waarbij de ontwikkeling een gedeelde verantwoordelijkheid is van alle categoriale diensten. Het RIZIV trekt de lijn zeer logisch door en stelt in de externe opdracht van de MSOC's dat deze zich moeten inschakelen in de netwerken die in ontwikkeling zijn.

Voor het MSOC van **ANTWERPEN** stelt de RIZIV-conventie de **stedelijke regio** als doelregio voorop, met dien verstande dat het MSOC zich niet enkel op de ruime omgeving van Antwerpen dient te richten, maar ook op andere nabijgelegen regio's die niet over dergelijk centrum beschikken¹⁶³. Het geografisch werkterrein van het MSOC **GENK/LIMBURG** bestrijkt volgens de RIZIV-conventie de **ganse provincie Limburg**¹⁶⁴.

2.2. PROCESEVALUATIE

2.2.1. De geografische spreiding van het problematisch druggebruik en van het aanbod van drughulpverlening

In wat volgt leggen we de link tussen de doelregio's van de MSOC's enerzijds en de belangrijkste bevindingen omtrent de spreiding van het problematisch druggebruik en van het hulpverleningsaanbod in de onderzoeksregio's¹⁶⁵.

2.2.1.1. MSOC van Antwerpen¹⁶⁶

Het MSOC van Antwerpen interpreteerde het door het RIZIV vooropgestelde netwerk als “een netwerk van ambulante drughulpverleningsinstellingen” en beschouwt de stedelijke

¹⁶⁰ RIZIV-conventie, art. 2 §4.

¹⁶¹ RIZIV-conventie, art. 2 §4.

¹⁶² DE RUYVER, B., CASSELMAN, J., MEUWISSEN, K., BULLENS, F. en VAN IMPE, K., *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*, i.o.v. Minister van Justitie, Gent, UG - Leuven, KUL, 2000, 9.

¹⁶³ RIZIV-conventie 1997, art. 2 §4.

¹⁶⁴ RIZIV-conventie 1997, art. 2 §4.

¹⁶⁵ Voor meer details verwijzen we hiervoor naar deel IV van dit rapport betreffende de beschrijving van de onderzoeksregio's, cfr. supra.

¹⁶⁶ Zie ook Deel III van dit rapport ("Afbakening van de onderzoeksregio").

regio als de doelregio. De metropool trekt duidelijk het overgrote deel van de problematische en gemarginaliseerde druggebruikers zowel van binnen de stad als van buiten de stad aan. Sinds de verhuis van het MSOC van de Generaal Lemanstraat naar het huidige adres (Van Arteveldestraat, stationsbuurt), bereikt men nog beter het MSOC-doelpubliek, nl. de **lokale drugscene**. Meer dan de helft van het publiek van het MSOC verblijft in de kernstad. Ten opzichte van de vorige jaren is de interne verschuiving binnen de kernstad opvallend: in 2000 is al bijna één op drie cliënten afkomstig uit postnummerzone 2060 (**Antwerpen-Noord**), de zone waar het MSOC sinds 1998 gehuisvest is. Gezien de overbevraging van het centrum, denkt men eraan om in de stad zelf een bijkomende MSOC-antenne op te richten. Hoewel in de stad Antwerpen een vrij gedifferentieerd aanbod van (drug)hulpverlening bestaat, is er nood aan een uitbreiding van laagdrempelige harm-reduction voorzieningen, ook in de niet-categoriale sector. Gezien het doelpubliek van het MSOC is het immers vooral de sector van het algemeen welzijnswerk (zoals opvangtehuizen) waarmee moet samengewerkt worden.

De cliënten die verblijven in de rest van de provincie zijn meestal afkomstig uit de **Kempen**, waar er een bekend gebrek aan gespecialiseerde hulpverlening bestaat. Anderzijds blijken daar de (gekende) druggebruikers ook minder gemarginaliseerd te zijn. Op het vlak van de hulpverlening heeft men er eerder nood aan ontwenningssentra enerzijds en aan ambulante dagcentra anderzijds. De methadonverstrekking zou er moeten gebeuren via huisartsen en apothekers, maar op een meer gestructureerde manier dan nu het geval is. Om dat deel van de provincie te bereiken, heeft het MSOC gekozen voor het ondersteunen met expertise van initiatieven die in de Kempen voor ambulante drughulpverlening worden genomen (Drughulp Kempen).

Het **Waasland** (met als voornaamste gemeente St.-Niklaas) hoort formeel bij Gent, maar historisch en sociaal bij Antwerpen. Deze regio ligt zelfs in afstand en sociale betrokkenheid dichterbij Antwerpen dan dat het geval is voor Mechelen. Men werkt eraan om de mensen van het Waasland, die makkelijker naar Antwerpen komen, te integreren bij MSOC Gent. Dat doet men door te pogen deze cliënten vanuit MSOC Antwerpen door te verwijzen en te heroriënteren naar het MSOC van Gent. Op zijn beurt probeert het MSOC van Gent via antennewerking en straathoekwerk in Sint-Niklaas deze cliënten te bereiken.

Mechelen hoort formeel bij Antwerpen, maar de facto kan men heel weinig gebruikers uit dat arrondissement bereiken, omdat men daar een vrij sluitend aanbod heeft : enerzijds het dagcentrum van De Sleutel (inclusief methadonverstrekking) en anderzijds de dienst GGZ (die via o.a. Therapeutisch Advies Drugs maar ook andere gerechtelijke statuten vooral werkt met doorverwijzingen vanuit justitie). Het MSOC Antwerpen voelt dan ook weinig behoefte om er zelf aanwezig te zijn, men zal eerder doorverwijzen naar één van beide diensten. Een aanwijzing voor het feit dat de bestaande hulpverlening in Mechelen voldoende is, is het vermoeden dat men anders meer toestroom zou hebben naar Antwerpen toe, wat niet het geval is. Bovendien verwijst de groep De Sleutel ook naar elkaars centra door. Zo worden Marokkaanse druggebruikers die zich aanbieden in de De Sleutel in Antwerpen doorverwezen naar hun centrum in Mechelen aangezien men daar allochtone personeelsleden heeft die specifieke hulp kunnen bieden voor deze groep.

2.2.1.2. MSOC van Genk/Limburg¹⁶⁷

Het MSOC van Genk/Limburg beschouwt van meetafaan de **provincie** Limburg als doelregio. Door een sterk uitgebouwde **antennewerking** (1 centrale antenne in Genk en 9 bijkomende antennes, verspreid over de provincie) poogt men alle Limburgse druggebruikers te bereiken. In deze eerder rurale provincie, zonder metropo(l)en als aantrekkingsfactoren voor problematisch druggebruik, is dat ook de enige verantwoorde manier om het doelpubliek te bereiken. De optie van decentralisatie werd genomen en verder gezet naar aanleiding van de conclusies van het provinciaal onderzoek van 1992¹⁶⁸. Bovendien is deze structuur sterk verankerd in de eerder bestaande antennestructuur van CAD, die in samenwerking met huisartsen en CGG's, de gehele ambulante drughulpverlening in de provincie voor hun rekening nemen. Voor het overige heeft de provincie Limburg een vrij gedifferentieerd aanbod aan drughulpverlening. Zowel hoogdrempelige als laagdrempelige voorzieningen zijn aanwezig. Bovendien blijken er niet zodanig veel gemarginaliseerde druggebruikers te zijn, aangezien de meeste gebruikers nog kunnen terugvallen op een sociaal weefsel.

Ongeveer de helft van de MSOC-cliënten is afkomstig uit **Midden-Limburg** en dan voornamelijk uit **Genk** zelf (ca. 25% van het totaal) en uit Hasselt (ca. 10 % van het totaal). De andere helft komt – in die volgorde – uit Zuid-Limburg (vnl. Sint-Truiden), het Maasland (vnl. Maasmechelen) en West-Limburg (vnl. Heusden-Zolder). Het cliënteel concentreert zich blijkbaar niet toevallig vooral in steden of grote gemeenten. Het Noorden van Limburg neemt het kleinste percentage cliënteel voor zijn rekening.

In **Beringen** ziet men een toenemend cijfer sinds men daar in 1998 met een methadonverstrekking gestart is. Men ondervond er problemen om de overwegend allochtone druggebruikers te bereiken, die een vrij gesloten groep vormen. Ook via straathoekwerk (voornamelijk naar jongeren toe) beginnen deze mensen nu stilaan de weg naar de hulpverlening te vinden.

In **Tongeren** zijn er slechts een klein aantal gebruikers die in aanmerking komen voor methadonverstrekking, zodat dit geregeld wordt via de huisartsen. De overige gebruikers werden vóór het bestaan van het MSOC bereikt door een personeelslid van het CAD, waarbij deze mensen overwegend blijven komen i.p.v. naar het regionaal personeelslid van het MSOC over te stappen.

De mensen van **Bilzen** kunnen in principe in Lanaken terecht. Een deel van de heroïnegebruikers in Bilzen wendt zich echter tot een plaatselijke arts die niet in het kader van samenwerking met het MSOC methadon voorschrijft.

Algemeen is geweten dat steden meer problematisch druggebruik aantrekken dan plattelandsgemeenten. Die tendens ziet men ook in Limburg. Zo heeft men het minst cliënten in **Noord-Limburg** (platteland, grote spreiding van gemeenten), vooral omdat daar waarschijnlijk minder problemen zijn met heroïne. Men ziet eerder problemen met

¹⁶⁷ Zie ook Deel III ("Afbakening van de onderzoeksregio").

¹⁶⁸ BOONS, M., DE BOECK, R., MARECHAL, N., ROMBAUTS, P. en VANHEX, M., o.c., 1992, De resultaten van dit onderzoek werden besproken in Deel II van dit verslag ("Beschrijving van de onderzoeksregio's").

cannabis, speed en cocaïne. Dit merkt men aan het grote aantal doorverwijzingen naar het MSOC vanuit de politie aldaar in het kader van Therapeutisch Advies en alternatieve gerechtelijke maatregelen.

Eindhoven, Bilzen, Tongeren en het Maasland zijn aantrekkingspolen : omwille van het **grensgebied met Nederland** zijn illegale drugs er relatief makkelijk beschikbaar. Gebruikers van Bilzen, Tongeren en het Maasland bevoorraden zich in Maastricht; die van Eindhoven in het noorden van Nederland. De gebruikers in West-Limburg daarentegen worden grotendeels bevoorrad door de Turkse 'maffia' of trekken naar Antwerpen.

Mensen die uit Nederland naar het MSOC komen – hoewel dat slechts een klein aantal is – worden meestal niet aangenomen. In Nederland werkt men immers wat de financiering betreft volgens een ander systeem, meer bepaald komen de mutualiteiten er niet tussen in de kosten, maar wel de gemeenten. Iemand die bij een Nederlandse mutualiteit aangesloten is, komt hier niet in aanmerking voor een terugbetaling door het RIZIV. Deze mensen worden doorverwezen naar een CAD in Nederland. Ze kunnen wel een voorschrift krijgen voor methadon tegen het remgeld van 50,- BEF.

Slechts een zeer kleine minderheid (ca. 3.5 %) komt van buiten de provincie. Zij zijn voornamelijk gedomicilieerd in het oostelijk gedeelte van de provincie **Vlaams-Brabant**, waar er geen MSOC bestaat.

2.3. EFFECTEVALUATIE

2.3.1. Effecten op de cliënten

De verhuis van het MSOC van **ANTWERPEN** van de rand van de stad naar het centrum is een belangrijke factor bij het onderzoeken van de effecten van de ligging op de cliënten. Men heeft zich hiermee dichterbij de doelgroep gevestigd. De jaarverslagen tonen aan dat er sinds de verhuis meer cliënten en meer gemarginaliseerde gebruikers worden bereikt. Zowel de psychologische als de geografische afstand is voor de meest gemarginaliseerden kleiner geworden. Gebruikers lopen gemakkelijker binnen en brengen gemakkelijker andere gebruikers mee.

Nochtans is juist de ligging - in de stationsbuurt, bij het De Coninckplein - voor een minderheid van de cliënten een drempel. In de Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) geeft 3 cliënten op 53 aan dat ze de ligging een minder positief punt vinden. Ook vermelden 4 cliënten op 53 hier 'het contact met andere gebruikers'. Wij nemen aan dat het om een minderheid van minder gemarginaliseerde cliënten gaat, die liefst niet geconfronteerd worden met de 'drugscene'.

Algemeen kan gesteld worden dat de **verhuis** naar de Van Arteveldestraat **zeer positief** is geweest voor de doelgroep.

De cliënten van het MSOC **LIMBURG** maken in de CSQ over het algemeen geen gewag van een grote geografische afstand tot het MSOC. Waar dat wel zo is, wordt dit toegeschreven aan het slecht georganiseerde openbare vervoer, ook al gaat het om kleine afstanden. We mogen ervan uitgaan dat de keuze van een verregaande **decentralisatie** voor Limburg een **goede keuze** is geweest. Het feit dat het MSOC Limburg ook

gebruikers van buiten de provincie bereikt, en dan voornamelijk van **Vlaams-Brabant**, doet ons de vraag stellen of het laagdrempelige hulpverleningsaanbod voor deze doelgroep in Vlaams-Brabant wel voldoende is. Men kan niet verwachten dat het MSOC Limburg deze taak op zich neemt. De geografische afstand tot het MSOC Brussel is voor problematische gebruikers in Vlaams-Brabant te groot. Ook uit gesprekken met sleutelfiguren¹⁶⁹ blijkt dat er nood is aan een bijkomend MSOC in de regio Leuven. Deze zou kunnen geënt worden op de bestaande structuur van het Mobiel Ambulant Team ('t Veerhuis, Leuven), met antennes in Tienen, Aarschot, Scherpenheuvel en Diest.

2.3.2. Effecten op het netwerk

Het MSOC van **ANTWERPEN** heeft zich steeds geprofileerd als een centrum dat de lokale drugscene wilde bereiken en slaagt hierin ook. Andere voorzieningen *in* de stad zijn eveneens van mening dat de verhuis een goede zaak is geweest. Nochtans halen verschillende respondenten aan dat dit niet voldoende is en dat er nood is aan een bijkomende MSOC-antenne op een andere plaats in de stad.

Bevraagde personen van diensten gevestigd *buiten* de stad geven aan dat de afstand tot het MSOC voor gebruikers in de rest van de provincie Antwerpen te groot is. Tegelijkertijd stelt men echter vast dat een extra inspanning van het MSOC Antwerpen om deze gebruikers alsnog te bereiken, niet nuttig zou zijn. Men heeft er eerder nood aan een gedecentraliseerd MSOC volgens het Limburgse model. Het MSOC van Antwerpen levert wel zijn expertise aan Drughulp Kempen.

Voor gebruikers van Sint-Niklaas en omstreken is de afstand tot het MSOC Gent te groot, waardoor deze mensen zich richten tot het MSOC Antwerpen. Er werden afspraken gemaakt met het straathoekwerk van Sint-Niklaas om deze mensen alsnog door te verwijzen naar het MSOC Gent.

Het MSOC doet geen inspanningen om problematische gebruikers uit het Mechelse te bereiken, aangezien men daar beschikt over een sluitend aanbod aan drughulpverlening.

Door externe diensten wordt de gedecentraliseerde werking van het MSOC **LIMBURG** als positief beschouwd juist omwille van het feit dat daardoor de geografische afstand tot de gebruikers zo klein mogelijk gehouden wordt.

2.4. CONCLUSIES

- Het MSOC van **ANTWERPEN** bestrijkt de brede stedelijke regio van de stad Antwerpen. Het MSOC van **GENK/LIMBURG** bestrijkt de gehele provincie Limburg. Beide MSOC's hebben een **zeer goede lokale verankering**, niet in het minst omdat zij geënt zijn op bestaande structuren met een lange voorgeschiedenis.
- In een aantal regio's bestaat er een **tekort aan laagdrempelige voorzieningen**. In de **stad Antwerpen** is het vooral de capaciteit van bestaande laagdrempelige voorzieningen die moet uitgebreid worden. In de **Kempen** is er een tekort aan gespecialiseerde drughulpverlening in het algemeen, maar de middelen van het MSOC van Antwerpen zijn te beperkt om zich actief op deze regio te richten. Het model van het MSOC, dat gericht is op de grootstadproblematiek leent zich daar trouwens niet toe. Ook in **Vlaams-Brabant** (meer bepaald de regio tussen Leuven,

¹⁶⁹ O.a. met Bert JOOSEN ('t Veerhuis Leuven) en met Luc JACOBS (CGG Turnhout).

Aarschot, Diest en Tienen) zou de ambulante laagdrempelige drughulpverlening meer middelen moeten krijgen om een MSOC-functie te kunnen vervullen. Het ligt immers niet besloten in de opdracht van het MSOC Limburg om gebruikers van die regio te bereiken.

2.5. AANBEVELINGEN

- **ANTWERPEN : Uitbreiding van laagdrempelige voorzieningen**

De capaciteit van laagdrempelige voorzieningen, die werken volgens de *harm reduction* methodiek, dienen in de stad Antwerpen uitgebreid te worden. Het gaat hier voornamelijk om laagdrempelige ambulante drugcentra, daklozenopvang, straathoekwerk, inloopruimtes en/of gebruikruimtes, enz.

- **KEMPEN : Uitbouw van de drughulpverlening**

In de Kempen dient de laagdrempelige drughulpverlening uitgebreid te worden volgens het gedecentraliseerde model van het MSOC Limburg, in nauwe samenwerking met huisartsen en apothekers.

- **VLAAMS-BRABANT : Ontwikkeling van een MSOC**

De bestaande ambulante drughulpverlening in de regio tussen Leuven, Aarschot, Diest en Tienen heeft nood aan meer middelen om een laagdrempelige MSOC-functie te kunnen uitbouwen.

3. LAAGDREMPELIGHEID IN DE CONTACTNAME

3.1. INLEIDING

De regering richtte in het **Actieplan** de MSOC's op ten dienste van marginale druggebruikers. In dat opzicht vormen de opvangcentra steunpunten voor de bestaande therapeutische projecten die beogen medische en sociale begeleiding te bieden aan personen die buiten de huidige netwerken van hulpverlening vallen. Men wil aldus proberen het contact met de druggebruikers te vergroten die het minst een "beroep" doen op de huidige opvang- en verzorgingsvoorzieningen.¹⁷⁰

De MSOC's zijn tevens opgericht voor de stedelijke agglomeraties met een ernstige drugproblematiek, zodat hieruit volgt dat de cliënten een ernstige drugproblematiek moeten hebben. In de regeringsverklaring staat geschreven dat de centra er zijn voor "druggebruikers die in de marginaliteit zijn beland" en dat de centra worden opgezet "waar drugsverslaving een bijzonder nijpend probleem is".¹⁷¹

De **RIZIV-conventie** specificeert de doelgroep van de MSOC's. De doelgroep moet aan drie criteria voldoen: gebruiker zijn van illegale drugs die beantwoordt aan de DSM-criteria voor problematisch druggebruik¹⁷², die door de bestaande voorzieningen, van

¹⁷⁰ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie – Drugs*, Brussel, 2 februari 1995, 2.

¹⁷¹ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Algemene beleidsverklaring inzake drugs en toxicomanie*, Brussel, 8 maart 1995, 4.

¹⁷² RIZIV-conventie, art. 6, lid 1.

welke aard ook (medisch, psychologisch of sociaal: ambulant of residentieel), niet of onvoldoende worden bereikt¹⁷³ en die omwille van een problematiek op meerdere vlakken (medisch, psychologisch of sociaal) nood hebben aan een multidisciplinaire behandeling.

Tenslotte stelt de RIZIV-conventie dat het MSOC verplicht is hulp te bieden aan patiënten van gelijk welk ras, geslacht, leeftijd, religie, levensbeschouwing of seksuele voorkeur. In de behandeling moet het MSOC steeds uitgaan van het respect voor ieders overtuiging en autonomie.¹⁷⁴ De MSOC's kunnen zelf voortdurend de nodige initiatieven nemen om met de beoogde populatie effectief in contact te treden.¹⁷⁵

3.2. PROCESEVALUATIE

Zowel het MSOC van Antwerpen als dat van Limburg volgen in de eerste plaats de bepalingen van de RIZIV-conventies omtrent de doelgroep. Bijkomend leggen ze wel eigen accenten, die we zullen nagaan aan de hand van de criteria voor hulpverlening in het MSOC.

3.2.1. MSOC Antwerpen

Komen in aanmerking voor opname in het MSOC: zij die een multidisciplinaire aanpak nodig hebben, mensen met meervoudige problemen, mensen met een combinatie van problematisch middelengebruik en een bijkomende problematiek.

Voorbeelden hiervan zijn:

- dubbele diagnose (bijkomende psychiatrische problematiek)
- ernstige somatische problemen (zwangerschap, HIV, Hep.C)
- ernstige sociale problemen (dakloosheid, prostitutie, totaal gebrek aan sociale vaardigheden)

Bijkomende criteria kunnen zijn:

- problematische gebruikers met kinderen in de thuissituatie
- problematische gebruikers die illegaal zijn
- problematische gebruikers uit de wijk Antwerpen-Noord (waar het MSOC gevestigd is)

Substitutiemedicatie (o.a. methadon) wordt enkel opgestart bij mensen die al pogingen ondernamen om te ontwennen.

Gebruikers die nog geen voorgaande hulpverlening genoten hebben, die nog een geïntegreerd leven hebben (werk, studie, steunfamilie) en waarvan het problematisch gebruik nog niet lang duurt, verwijst men door naar andere diensten, wanneer er andere hulpverlening beschikbaar is en wanneer de gebruiker toestemt. Wanneer ze verwezen kunnen worden, maar dit zelf niet willen, zal het MSOC via motivationele gesprekstechnieken werken naar een verwijzing toe.

Het RIZIV verwijst nog naar de DSM-III criteria. Nochtans bestaat er reeds een recentere versie: de DSM-IV. Gezien het RIZIV de DSM aanwendt, mogen we aannemen dat het RIZIV ook de meest recente versie van de DSM onderschrijft.

¹⁷³ RIZIV-conventie, art.2, §2.

¹⁷⁴ RIZIV-conventie, art. 4.

¹⁷⁵ RIZIV-conventie, art. 5, §2.

Een uitzondering op deze regel zijn mensen die geïntegreerd leven maar hun werk dreigen te verliezen door het gebruik. Wanneer ze stabiel zijn op methadon, worden ze zo snel mogelijk doorverwezen naar de eigen huisarts en de apotheker¹⁷⁶.

Daarnaast richt het MSOC zich meer specifiek op vrouwelijke druggebruiksters (met kinderen), zwangere gebruiksters en met HIV besmette gebruikers. Deze subgroepen worden als prioritair beschouwd, dat wil zeggen dat zij altijd opgenomen worden in het programma, ook al is er een wachtlijst of een opnamestop voor andere nieuwe cliënten wanneer de maximale capaciteit van het centrum bereikt is.

Een belangrijke methodiek om deze doelgroep te bereiken, is het **straathoekwerk**. Het MSOC van Antwerpen heeft twee organisatiegebonden straathoekwerksters, die zich voornamelijk richten op vrouwelijke druggebruikers en dan vnl. op heroïne-straatprostituees, een groep die moeilijk zelf de stap zetten naar een centrum, hoe laagdrempelig ook.

3.2.2. MSOC Genk/Limburg

Ook het MSOC Limburg richt zich tot gebruikers van illegale drugs die niet (meer) of onvoldoende bereikt worden door andere voorzieningen en waar een multidisciplinaire ambulante benadering geïndiceerd is¹⁷⁷.

De taakverdeling tussen het CAD en het MSOC geeft verder aan welke doelgroepen het MSOC voor zijn rekening neemt. Het MSOC richt zich prioritair op de acute, zware illegale drugproblematiek (met een belangrijke medische component) en het CAD op gebruikers van legale en illegale drugs die nog in een experimentele fase verkeren of die een zekere graad van gecontroleerd gebruik dan wel onthouding hebben bereikt (met een louter psycho-therapeutisch aanbod)¹⁷⁸. Het MSOC en het CAD hebben een centraal intakesysteem. Hierbij worden de volgende criteria gehanteerd:

- louter experimenterend gebruik: externe dienst (bijvoorbeeld: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg);
- druggebruiker zonder verslavingsprobleem, maar enkel met andere problemen: externe dienst (afhankelijk van welk probleem, bv. psychologische problemen: doorverwijzing naar een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, psycholoog of psychiater);
- druggebruiker met verslavingsprobleem en de cliënt wil begeleiding: CAD (nog niet problematisch gebruik en/of legaal drugprobleem) / MSOC (problematisch gebruik van illegale drugs);
- verschillende problematieken en het druggebruik is het belangrijkste probleem: CAD (nog niet problematisch gebruik en/of legaal drugprobleem) / MSOC (problematisch gebruik van illegale drugs);

¹⁷⁶ MSOC Antwerpen, *Kwantitatieve en kwalitatieve meerwaarde van de onthaalfunctie*, evaluatie i.k.v. Sociaal Impulsfonds Antwerpen 2000-2002, bijlage 3, 1.

¹⁷⁷ Bijlage bij Overeenkomst tussen het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging en de VZW Medisch-Sociaal Opvangcentrum Limburg uit Genk, 4; MSOC Limburg, *Visie*, verslag van de interne vergadering dd. 4 april 2000.

¹⁷⁸ CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1998*, 15.

- verschillende problematieken en het druggebruik is een secundair probleem: externe dienst;
- praktische redenen, te druk op CAD/MSOC: externe dienst;
- bij twijfel beslist het team.

Er worden bovendien speciale inspanningen gedaan naar vrouwelijke gebruikers (met kinderen) toe.

Om de doelgroep te bereiken, werkt het MSOC van Genk/Limburg eveneens met verschillende **straathoekwerkers** (1 in Genk en enkele in de antennegemeenten). Hun werk is complementair aan dat van het MSOC en zij kunnen nuttige informatie doorgeven aan het MSOC-personeel over gebruikers die (nog) niet in contact zijn met het centrum. Aangezien de straathoekwerkers vaak gedeeltelijk ook voor het CAD werken, richten zij zich op een ruimere doelgroep van gebruikers.

Het belangrijkste middel om de doelgroep te bereiken is in Limburg de **antennewerking**. De antennes zijn niet zozeer opgericht in functie van bepaalde 'haarden' van problematisch druggebruik, maar vooral om de afstand tussen gebruikers en het centrum zo klein mogelijk te maken.

Bemerking

Er weze opgemerkt dat beide MSOC's reeds zo'n lange voorgeschiedenis hebben (niet in deze vorm, maar dan toch met een gelijkaardig aanbod voor een gelijkaardige doelgroep) dat zij niet echt veel inspanningen meer moeten doen om zich kenbaar te maken bij de gebruikers. De centra zijn immers genoegzaam bekend bij de gebruikers. Het probleem situeert zich integendeel meer bij externe diensten, die nog steeds geen exacte kennis hebben over wat de MSOC's inhouden.

3.2.3. Partners in het werkveld

Uit de interviews blijkt dat **de partners in het werkveld** deze notie van laagdrempeligheid onderschrijven. Ze geven ook aan over het algemeen tevreden te zijn over de lage drempel van het MSOC: iedereen kan in het centrum binnen, zonder afspraak, men antwoordt - of probeert te antwoorden - op elke hulpvraag, zonder voorwaarden en eender wie de hulpvraag stelt. Ook niet-gemotiveerde mensen kunnen bij het MSOC terecht. Het MSOC hanteert ook weinig uitsluitingsmechanismen.

Laagdrempelig heeft vooral te maken met de houding die de hulpverleners hebben naar de cliënt toe. Het lage van de drempel ligt hem ook in de *doelstelling* (geen ontwenning als voorwaarde stellen tot het krijgen van hulp, de hulpverlening niet primair op het gebruik richten, eerst aan de primaire behoeften voldoen) en in de algemene sfeer.

Het begrip 'laagdrempeligheid' moet soepel gedefinieerd worden om te kunnen inspelen op bepaalde evoluties. Nochtans heeft laagdrempelig ook zijn grenzen. Het wil *niet* perse zeggen 'zonder voorwaarden'. Er moeten altijd minimale interne beheersbaarheidsregels gelden in elk centrum, hoe laagdrempelig ook.

Sommige *niet categoriale* diensten en voorzieningen en koepelorganisaties geven ook aan dat de drempel van de MSOC's nog lager kan door het organiseren van nachtopvang of door een inloopruimte te maken. Ook de doelgroep van nog niet problematische

gebruikers heeft nood aan laagdrempelige opvang: een gebruiker moet voldoende problemen hebben om in het MSOC terecht te kunnen. Sommige categoriale diensten geven ook aan dat het belangrijk is niet alleen in het MSOC een lage drempel te hebben. Er moet ook **in andere categoriale diensten** laagdrempelige opvang zijn. Het MSOC is een noodzakelijke partner om de drempel van de niet-categoriale diensten zo laag mogelijk te maken.

3.3. BEREIKTE POPULATIE DOOR DE MSOC's

3.3.1. MSOC Antwerpen

3.3.1.1. Aantal cliënten

Tabel 5 : Aantal cliënten van het MSOC Antwerpen

Jaar	Gekend	Nieuw (%)	Totaal
1992	167	156 (48.3)	323
1993	222	212 (48.9)	434
1994	272	175 (39.1)	447
1995	311	226 (42.1)	537
1996	385	204 (34.6)	589
1997	431	281 (39.9)	712
1998	455	260 (36.6)	715
1999	472	261 (35.6)	733
2000	497	215 (30.2)	712

In 2000 werden er 712 druggebruikers door het MSOC begeleid. Free Clinic is reeds sinds de jaren '70 actief in drughulpverlening. Reeds voor de start van het gespecialiseerde MSOC werden er belangrijke aantallen gebruikers begeleid¹⁷⁹. Het aantal cliënten neemt elk jaar toe. Vooral in 1997 - het jaar van erkenning als MSOC - steeg het aantal cliënten aanzienlijk (van 589 cliënten in 1996 naar 712 in 1997). De laatste jaren is de stijging iets minder opvallend. In 2000 merken we een lichte daling van het aantal cliënten, maar als men kijkt naar het aantal gepresteerde behandelingsweken¹⁸⁰, ziet men dat het lagere aantal cliënten geenszins een stabilisatie van het werkvolume betekent. Er wordt met de cliënten intensiever gewerkt dan vroeger, waardoor het aantal behandelingsweken blijft toenemen¹⁸¹.

3.3.1.2. Geslacht

Tabel 6 : Geslacht van de cliënten van het MSOC Antwerpen

Jaar	Man (%)	Vrouw (%)	Totaal
1997	486 (68.3)	226 (31.7)	712
1998	491 (69.6)	214 (30.4)	715
1999	517 (70.5)	216 (29.5)	733
2000	494 (69.4)	218 (30.6)	712

Het percentage vrouwelijke cliënten is steeds hoger geweest dan bij andere vormen van drughulpverlening in de stad Antwerpen, namelijk ongeveer 30% vrouwen, tegenover

¹⁷⁹ MSOC Antwerpen, *Overzicht gegevens drughulpverlening MSOC/Free Clinic 1998*, 2.

¹⁸⁰ Zie supra.

¹⁸¹ MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 2000*, 8.

minder dan 20% vrouwen bij andere drughulpcentra. Dit komt mede doordat het MSOC zich buigt over specifieke thema's zoals prostitutie, zwangerschapsbegeleiding en kinderen van druggebruikende ouders. Ook vergeleken met de andere MSOC's in België, bereikt het MSOC van Antwerpen het meeste aantal vrouwelijke gebruikers¹⁸².

3.3.1.3. Gemiddelde leeftijd

Tabel 7 : Gemiddelde leeftijd van de cliënten van het MSOC Antwerpen

Jaar	Gemiddelde leeftijd
1997	29.4 jaar
1998	30.7 jaar
1999	31.6 jaar
2000	32.1 jaar

Ook de gemiddelde leeftijd van het cliënteel ligt hoger dan bij andere drugcentra in de stad en blijft stijgen (29.4 jaar in 1997, 32.1 jaar in 2000), aangezien gemarginaliseerde druggebruikers vaak reeds een lange drugcarrière achter de rug hebben. Zelfs bij de nieuwe aanmeldingen in 1999 lag de gemiddelde leeftijd van de mannen boven de 30 jaar. Wanneer alleen de groep van methadoncliënten wordt beschouwd (ruim de helft van alle cliënten), stijgt de gemiddelde leeftijd zelfs tot 32.8 jaar. Alhoewel deze evolutie zich doorzet dat de werking meer en meer verschuift naar het langdurig begeleiden van een groep oudere gebruikers, blijft het MSOC geconfronteerd met ongeveer één nieuwe aanmelding per werkdag¹⁸³.

3.3.1.4. Contactratio¹⁸⁴

Tabel 8 : Gemiddeld aantal jaren contact van gekende cliënten met het MSOC Antwerpen

Jaar	Gemiddeld aantal jaren contact bij gekende cliënten
1997	4.8 jaar
1998	4.9 jaar
1999	5.4 jaar
2000	5.9 jaar

Ook de contactratio¹⁸⁵ stijgt jaar na jaar : van 4.8 jaar in 1997 tot 5.9 jaar in 2000.

3.3.1.5. Nationaliteit

Tabel 9 : Nationaliteit van de cliënten van het MSOC Antwerpen

Jaar	% België	% Rest Europa	% Afrika	% Azië / Oceanië	% Noord- / Zuid-Amerika	% Statenloos
1997	75.7	13.1	8.7	1.3	1	0.2
1998	73	14.5	8.1	2.9	1.1	0.3
1999	69	17.9	10.1	1.9	0.9	0.2
2000	69.8	18	9	1.6	1.3	0.3

¹⁸² PELC, I., DE RUYVER, B., CASSELMAN, J., NOIRFALISE, A., MACQUET, C., BOSMAN, G., BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P. en WARLAND, O., o.c., 2001, 33.

¹⁸³ MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens* 1999, 5.

¹⁸⁴ Gemiddeld aantal jaren contact met het centrum.

¹⁸⁵ 'Contactratio': gemiddeld aantal jaren contact met het centrum.

Wat de nationaliteit betreft, maakten in 2000 de Belgen een kleine 70% van alle cliënten uit. Vergeleken met vorige jaren worden steeds meer niet-Belgen bereikt. Bij de niet-Belgen vormen Marokkanen (9% van de totale populatie) en Portugezen (3.5%) de belangrijkste groepen. Bij de nieuwe aanmeldingen is bijna 40% niet-Belg en valt het toenemend aantal jonge mensen uit het vroegere Oostblok op (27 nieuwe aanmeldingen in 1999), die vaak illegaal in België verblijven en tewerkgesteld worden in criminele circuits. Voornamelijk omwille van taalproblemen verloopt de hulpverlening ten aanzien van deze groep moeizaam¹⁸⁶.

3.3.1.6. Opleidingsniveau

Tabel 10 : Opleidingsniveau van de cliënten van het MSOC Antwerpen

Opleidingsniveau	% 1997	% 1998	% 1999
Geen schoolse opleiding	2.1	2.8	2
Buitengewoon Lager Onderwijs	0.8	0.8	1.2
Lager onderwijs	55.4	55	51.6
Buitengewoon Secundair onderwijs	0	0.3	0.4
Beroepssecundair onderwijs	9.4	10	12.4
Technisch / kunst Secundair onderwijs	5.5	4.7	6.4
Algemeen Secundair Onderwijs	10.6	9.3	10.8
Hoger niet-universitair Onderwijs	3.6	3.8	3.5
Universitair onderwijs	0.6	1	1.4
Andere	3.9	3.2	3.2
Onbekend	8.1	9.1	7.1
Totaal	100	100	100

Gezien het gemarginaliseerde doelpubliek, zijn de MSOC-clieñten over het algemeen vrij laag geschoold. Ruim de helft van de cliënten heeft enkel een diploma van lager onderwijs.

3.3.1.7. Inkomstenbron

Tabel 11 : Inkomstenbron van de cliënten van het MSOC Antwerpen

Bron van inkomsten	% 1997	% 1998	% 1999
Eigen beroepsactiviteiten	21.9	22.9	27.3
(Ex-)partner	1.9	2.7	2.5
Andere familie	6.5	4.9	3.5
RVA	27.8	25.3	21.2
OCMW	18.5	19.7	19.8
Ziekte/invaliditeit	9.3	10.6	12.8
Pensioen	0	0	0.3
Andere	13.6	13.3	11.9
Onbekend	0.5	0.6	0.7
Totaal	100	100	100

Wat betreft de inkomenssituatie, heeft in 1999 slechts één vierde een wettelijk inkomen uit beroepsactiviteiten. Iets meer dan de helft heeft als voornaamste financieringsbron een

¹⁸⁶ MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 1999*, 7.

vervangingsinkomen (pensioen, werkloosheidsuitkering, ziekte-/invaliditeitsuitkering of OCMW)¹⁸⁷.

3.3.1.8. Middelengebruik

Wat betreft gebruikte producten, geven de cliënten in $\frac{3}{4}$ van de gevallen heroïne als basisproblematiek aan en hun aandeel blijft stijgen. De tweede grootste groep zijn de amfetaminegebruikers, hoewel hun aandeel daalt en steeds dichterbij de buurt komt van cocaïne. Tegelijkertijd blijkt echter ook hoe breed het gebruik van cocaïne en amfetamine in de groep van heroïnegebruikers verspreid is, als men kijkt naar de meldingen van deze productgroepen als tweede of derde product. De algemene trend naar meervoudig druggebruik laat zich ook hier voelen.

3.3.1.9. Injecterende gebruikers

Van de injecterende gebruikers, rapporteren steeds minder cliënten het recent injecteren van drugs, in tegenstelling tot een stijging van het aantal positieve antwoorden op de vraag naar ooit injecteren. In welke mate deze daling van recent injecteergedrag het resultaat is van een hoog aantal sociaal wenselijke antwoorden in de registratie, is moeilijk in te schatten.

3.3.2. MSOC Limburg

3.3.2.1. Aantal cliënten

Tabel 12 : Aantal cliënten van het MSOC Limburg

Jaar	Gekend	Nieuw (%)	Totaal
1997		320 (100)	320
1998	248	242 (47.6)	508
1999	304	205 (35.7)	574
2000	380	117 (21.6)	540

In 2000 had het MSOC Limburg 540 cliënten in begeleiding. Het aantal cliënten is elk jaar toegenomen, voornamelijk tijdens het eerste volledige werkingsjaar als MSOC (320 cliënten in 1997; 508 cliënten in 1998). In 2000 zien we ook een lichte daling, maar als we kijken naar de gepresteerde behandelingsweken¹⁸⁸, merkt men ook dat hier geen verlichting van de werkdruk tegenover staat.

¹⁸⁷ We refereren hier naar het wettelijk inkomen. In werkelijkheid genieten veel gebruikers een niet-wettelijk inkomen via bijvoorbeeld prostitutie of zwartwerk. Ook bij de cliënten die als voornaamste bron van inkomsten een vervangingsinkomen hebben, zijn er een aantal die toch af en toe werken.

¹⁸⁸ Zie supra.

Tabel 13 : Aantal cliënten van het MSOC Limburg, per antenne

Antenne	1999 (%)	2000 (%)
Beringen	1 (0.2)	3 (0.6)
Genk	223 (39.1)	214 (40.4)
Hasselt	98 (17.2)	83 (15.6)
Heusden-Zolder	55 (9.6)	56 (10.6)
Lanaken	8 (1.4)	10 (1.9)
Lommel	1 (0.2)	3 (0.6)
Maasmechelen	59 (10.3)	55 (10.4)
Neerpelt	38 (6.7)	31 (5.8)
Peer	1 (0.2)	1 (0.2)
Sint-Truiden	64 (11.2)	72 (13.5)
Tongeren	4 (0.7)	2 (0.4)
Onbekend	18 (3.2)	0
Totaal	570 (100)	530 (100)

De centrale antenne van Genk neemt ongeveer 40% van het cliënteel voor haar rekening. Ook Hasselt (ca. 16%), Sint-Truiden (ca. 12%), Maasmechelen en Heusden (elk ca. 10%) zijn eerder 'grote' antennes. De antenne van Neerpelt is goed voor ca. 6% van het cliënteel. 'Kleine' antennes zijn: Lanaken, Tongeren, Beringen en Lommel.

3.3.2.2. Geslacht

Tabel 14 : Geslacht van de cliënten van het MSOC Limburg

Jaar	Man (%)	Vrouw (%)	Totaal
1997	269 (84)	51 (16)	320
1998	418 (82.3)	90 (17.7)	508
1999	467 (81.4)	107 (18.6)	574
2000	426 (78.9)	114 (21.1)	540

Het cliënteel van het MSOC is overwegend mannelijk, maar het aandeel vrouwelijke cliënten stijgt elk jaar aanzienlijk, tot 21% in 2000.

3.3.2.3. Gemiddelde leeftijd

Tabel 15 : Gemiddelde leeftijd van de cliënten van het MSOC Limburg

Leeftijd	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)
< 18 jaar	37 (11.6)	22 (4.3)	29 (5.1)	12 (2.2)
18 - 24 jaar	46 (14.4)	165 (32.5)	163 (28.4)	144 (26.7)
25 - 34 jaar	175 (54.7)	216 (42.5)	258 (44.9)	224 (41.5)
35 - 44 jaar	55 (17.2)	97 (19.1)	112 (19.5)	143 (26.5)
45 - 54 jaar	4 (1.3)	8 (1.6)	10 (1.7)	15 (2.8)
55 - 64 jaar	0	0	0	0
> 64 jaar	0	0	0	0
onbekend	3 (0.9)	0	2 (0.3)	2 (0.4)
Totaal	320 (100)	508 (100)	574 (100)	540 (100)

De gemiddelde leeftijd van de cliënten situeert zich voornamelijk tussen 25 en 34 jaar. Nochtans verliest deze leeftijdscategorie aan terrein, ten gunste van de oudere leeftijdscategorieën. In 2000 is 26.5% van de cliënten tussen 35 en 44 jaar (tegenover 17.2% in 1997) en 2.8% ouder dan 45 jaar (tegenover 1.3% in 1997). Het

jongerenaandeel (tot 24 jaar) zakt in 2000 naar 28.9%, waar dit in 1998 nog 36.8% was¹⁸⁹.

3.3.2.4. Nationaliteit

Tabel 16 : Nationaliteit van de cliënten van het MSOC Limburg

Nationaliteit	1999 (%)	2000 (%)
Belg	414 (72.6)	373 (70.4)
Duits	2 (0.3)	1 (0.2)
Frans	1 (0.2)	1 (0.2)
Grieks	11 (1.9)	8 (1.5)
Italiaans	63 (11)	65 (12.3)
Nederlands	5 (0.9)	5 (0.9)
Portugees	2 (0.3)	2 (0.4)
Spaans	5 (0.9)	5 (0.9)
Hongaars	1 (0.2)	2 (0.4)
Iranee	1 (0.2)	2 (0.4)
Marokkaans	18 (3.2)	18 (3.4)
Pools	2 (0.3)	1 (0.2)
Russisch	1 (0.2)	1 (0.2)
Servisch	1 (0.2)	1 (0.2)
Turks	33 (5.8)	36 (6.7)
Totaal	570 (100)	530 (100)

Wat de nationaliteit betreft, maken de Belgen ongeveer 70% van alle cliënten uit. Bij de niet-Belgen vormen de Italianen (ca. 12% van de totale populatie) en de Turken (ca. 6%) de belangrijkste groepen. De antennes die het meeste niet-Belgen onder hun cliënten tellen, zijn: Heusden, Genk en Maasmechelen (telkens is ca. 40% van het cliënteel van de antenne niet-Belg).

3.3.2.5. Opleidingsniveau

Tabel 17 : Opleidingsniveau van de cliënten van het MSOC Limburg

Opleidingsniveau		% 1999	% 2000
Lager of middelbaar onderwijs		62	59
Hoger niet-universitair Onderwijs		2.1	3.7
Universitair onderwijs		1	

Gezien het gemarginaliseerde publiek, zijn de MSOC-clieñten over het algemeen vrij laag geschoold. Ongeveer 60% heeft enkel een diploma van lager of middelbaar onderwijs.

3.3.2.6. Inkomstenbron

Tabel 18 : Inkomstenbron van de cliënten van het MSOC Limburg

Bron van inkomsten		% 1999	% 2000
Eigen beroepsactiviteiten		33.8	35.6
Vervangingsinkomen, (waarvan werkloosheid)		46 (21.6)	46.9 (21.5)

¹⁸⁹ CAD/MSOC Limburg, Jaarverslag 2000, 38.

Bijna 60% van de cliënten is officieel niet beroepsactief. Van de actieve cliënten werken de meesten als arbeider¹⁹⁰. Toch puren 35.6% van de cliënten hun inkomsten uit eigen beroepsactiviteiten. Ongeveer 46% geniet een vervangingsinkomen¹⁹¹.

3.3.2.7. Middelengebruik

Niettemin staande dat het MSOC Limburg zich profileert als een organisatie voor illegale druggebruikers, zijn illegale drugs voor 10 van de 540 cliënten in 2000 niet het hoofdprobleem, wel alcohol of medicatie. Dit middelengebruik, in combinatie met een illegale drug, vormde de aanleiding om op het MSOC beroep te doen. Producten worden vaak gecombineerd: 71.9% van de cliënten houdt het niet bij één drug. Vergeleken met 1998 zien we in 1999 een stijging op dit vlak van meer dan 20%. Een verdubbeling van de combinatie met cannabis en een stijging van het bijgebruik van stimulantia zijn hiervoor verantwoordelijk¹⁹². In 2000 is er dan weer een daling van de 'stimulantia als hoofdproduct': in 1999 nog goed voor 24.5%, in 2000 slechts 20.4%¹⁹³.

Het gebruik van opiaten blijft de belangrijkste basisproblematiek (64% van alle cliënten). De tweede grootste groep zijn de gebruikers van stimulantia¹⁹⁴ als hoofdproduct (ca. 25%). Hierbij blijkt speed aanzienlijk populairder dan cocaïne of XTC. Wel zijn cocaïne en speed het meest voorkomende tweede of derde product. Opvallend is ook het hoge percentage cliënten dat cannabis als hoofdproduct vermeldt (iets minder dan 13%). Over het algemeen merkt men over de voorbije drie jaar echter weinig verschuivingen in het middelengebruik.

3.3.2.8. Injecterende druggebruikers

Heroïne wordt vooral geïnjecteerd (65.6%), maar toch ook behoorlijk veel ingespoten (25.8%). Amfetamine (86.1%) en cocaïne (79.4%) worden vooral gesnoven en voor de rest ingespoten¹⁹⁵.

3.4. ONVOLDOENDE BEREIKTE POPULATIE¹⁹⁶

Niettemin staande de MSOC's onmiskenbaar laagdrempelig werken, werd er vastgesteld dat bepaalde problematische druggebruikers in de regio wel **bereikt** worden, maar **onvoldoende kunnen geholpen** worden.

In de stad **ANTWERPEN** betreft dit voornamelijk de volgende groepen: de allochtonen; de illegale vluchtelingen en de dubbele diagnose-patiënten.

In de provincie **LIMBURG** constateert men dat een groep van problematische (jonge) gebruikers van andere drugs dan heroïne (cocaïne, amfetamines, XTC, enz.) moeilijker te bereiken zijn of moeilijker in contact te houden zijn.

¹⁹⁰ CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 2000*, 38.

¹⁹¹ Ook hier geldt dat in de officiële registratiegegevens geen rekening wordt gehouden met niet-wettelijke inkomsten zoals zwartwerk.

¹⁹² CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1999*, 37.

¹⁹³ CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 2000*, 41.

¹⁹⁴ Zijnde: cocaïne, amfetamine, XTC en andere stimulantia.

¹⁹⁵ CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 2000*, 41.

¹⁹⁶ Voor meer details: zie supra Deel IV (III. Analyse van het hulpverleningsaanbod).

Deze bemerkingen omtrent de onvoldoende bereikte groepen van druggebruikers, kunnen niet alleen aan de MSOC's worden toegeschreven, maar aan de hele (drug)hulpverlening. Het is zelfs zo dat de MSOC's tenminste nog inspanningen leveren om deze groepen te bereiken en in de mate van het mogelijke te helpen, maar wegens de beperkte middelen slaagt men daar niet helemaal in.

3.5. EFFECT OP HET NETWERK

Zowel in **ANTWERPEN** als in **LIMBURG** zijn externe bevraagden het erover eens dat de MSOC's **de doelgroep bereiken die ze zouden moeten bereiken**. Men wijst zelfs meermaals op het feit dat het MSOC **ANTWERPEN** meer gebruikers bereikt dan ze eigenlijk aankunnen, zoals de zeer gemarginaliseerde gebruikers zonder papieren, waarvoor het MSOC niet vergoed wordt. Menig respondent vraagt zich af hoe het MSOC dat zal kunnen volhouden zonder bijkomende middelen. Ook de specifieke aandacht voor bepaalde subgroepen zoals vrouwelijke gebruiksters wordt als zeer positief beschouwd.

Wat het MSOC van **ANTWERPEN** betreft, maken twee centra gewag van een verandering in hun cliënteel sinds de erkenning van Free Clinic als MSOC. De groep van gemarginaliseerde heroïnegebruikers is afgenomen in ADIC, waar vroeger de opiaatafhankelijken de grootste groep cliënten van ADIC uitmaakten. Deze evolutie is gunstig of niet te noemen, afhankelijk van welke doelstelling men voor ogen heeft. Indien de doelstelling het verminderen van de schadelijke gevolgen van het druggebruik is en het uit de marginaliteit halen van deze mensen, dan is deze evolutie gunstig. Heeft men echter een drugvrije samenleving voor ogen en wil men zoveel mogelijk mensen 'clean' krijgen, dan is het eerder een ongunstige evolutie. Hiertegenover staat dat men bij ADIC wel een duidelijke stijging van amfetaminegebruikers onder hun cliënteel ziet.

Vanuit De Sleutel rapporteert men een terugname van het aantal cliënten sinds de verhuis naar de Van Arteveldestraat, hoewel dit niet in de cijfergegevens van het centrum terug te vinden is¹⁹⁷. Men schrijft dit toe aan het feit dat de drempel voor het dagcentrum van De Sleutel ervoor zorgt dat voor de groep van zeer gemarginaliseerde gebruikers het MSOC een meer haalbaar alternatief is. Ook de afstand tot het MSOC was vóór de verhuis een belemmering voor deze groep.

Wat de psychiatrische centra in **LIMBURG** betreft, is er sinds de oprichting van het MSOC tijdelijk een verandering geweest in het cliënteel in die zin dat men in het begin een daling van het aantal heroïneverslaafden vaststelde, maar dit is een tijdelijk effect gebleken. Men merkt nu weer een stijging van het aantal cliënten met een heroïneprobleem. Deze heroïnegebruikers zijn wel jonger dan vroeger. In de psychiatrische ziekenhuizen ziet men sinds de oprichting van het MSOC meer gemotiveerde cliënten dan vroeger. Gebruikers die minder gemotiveerd zijn tot ontwenning kunnen nu immers bij het MSOC terecht.

Het effect van het MSOC op huisartsen die zich reeds tevoren inzetten voor heroïneafhankelijken, is dat zij nu een kader, een structuur hebben waarbinnen ze kunnen werken.

¹⁹⁷ VAN DIJCK, A. e.a., o.c., 10.

Een globaal effect van het MSOC is dat gebruikers minder oneigenlijk gebruik maken van andere voorzieningen, zoals bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen waartoe gebruikers zich vroeger vaak wendden louter om onderdak te hebben.

Door politiediensten wordt opgemerkt dat problematische druggebruikers minder in aanraking komen met politie of justitie sinds de oprichting van het MSOC in het algemeen en sinds de start van het methadonprogramma in het bijzonder.

3.6. EFFECTEN OP CLIËNTEN

Aangezien beide MSOC's al een gelijkaardig aanbod hadden voor een gelijkaardige doelgroep, ook voor de erkenning als MSOC, is er voor de cliënten zelf niet veel veranderd. In de Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) van **ANTWERPEN** valt wel op hoeveel kritiek de cliënten hebben op andere soorten van drughulpverlening, zelfs op gelijkaardige laagdrempelige, ambulante hulpverlening voor problematische gebruikers. Vooral de indruk die ze krijgen dat er elders strengere regels gehanteerd worden, waardoor men het gevoel heeft niet als persoon au sérieux genomen te worden, valt daarbij op¹⁹⁸.

3.7. CONCLUSIES

- Beide MSOC's **bereiken de doelgroep**, enerzijds via het straathoekwerk, anderzijds door de verhuis naar het centrum van de stad (**ANTWERPEN**) of door de sterk uitgebouwde antennewerking (**LIMBURG**).
- De MSOC's bereiken zelfs groepen van gebruikers die in het algemeen door de bestaande hulpverlening weinig bereikt worden, maar die men zelf niet voldoende kan helpen wegens een gebrek aan middelen. Voor het MSOC van **ANTWERPEN** betreft het voornamelijk **illegalen en anderstaligen** in het algemeen; voor het MSOC van **LIMBURG** betreft het problematische gebruikers van **andere middelen dan heroïne**.

3.8. AANBEVELINGEN

- **ANTWERPEN : MSOC-antenne in de stad**

Het MSOC van Antwerpen dient middelen te krijgen om een bijkomende MSOC-antenne te kunnen uitbouwen in de stad Antwerpen. De aandacht kan hierbij vooral gaan naar het beter bereiken van de groep van illegale en anderstalige problematische druggebruikers.

- **LIMBURG : Ondersteuning van de gedecentraliseerde werking**

Het MSOC van Limburg dient middelen te krijgen om de bestaande gedecentraliseerde werking nog beter uit te bouwen, met name moet er meer personeel kunnen ingezet worden in de verschillende antennes.

¹⁹⁸ 5 van de 53 respondenten.

4. LAAGDREMPELIGHEID IN DE REVALIDATIE

4.1. THEORETISCH KADER

4.1.1. Inleiding

Het **Actieplan** bepaalt dat men in de MSOC's zal trachten om op medisch gebied de kwaliteit van het leven van de druggebruiker te verbeteren door hem te behandelen en door de schade te verminderen die het druggebruik (vooral inspuitsbare drugs) voor de gezondheid betekent (AIDS, hepatitis).¹⁹⁹

De **RIZIV-conventie** bepaalt dat het MSOC een multidisciplinaire revalidatie-inrichting is, waarbij het centrum een afzonderlijke functionele eenheid vormt, met eigen personeel en eigen lokalen.²⁰⁰ De multidisciplinariteit betekent in de eerste plaats dat er personeelsleden van verschillende disciplines worden aangeworven. Multidisciplinariteit houdt bovendien in dat teamleden van verschillende disciplines bij de behandeling van een cliënt moeten tussen komen en dat de cliënten zo nodig gemotiveerd worden voor de tussenkomsten van andere teamleden dan het teamlid waar ze contact mee hebben. Het multidisciplinair karakter van het MSOC brengt met zich mee dat er in stafvergaderingen gezamenlijk kan overlegd worden over de revalidatie van de cliënten. De verschillende teamleden dienen tegenover de cliënten, indien nodig, dan ook de draagwijdte van hun beroepsgeheim toe te lichten, rekening houdend met de gezamenlijke cliëntenbespreking in de stafvergaderingen.²⁰¹

De revalidatie in de inrichting heeft volgens de RIZIV-conventies als doel **de toestand van de druggebruiker op medisch, psychologisch én sociaal vlak gevoelig te verbeteren**.²⁰² Het MSOC moet snel en op maat doeltreffende *medische en sociale begeleiding* bieden.²⁰³ De MSOC's moeten in staat zijn om een voldoende ruim aanbod aan revalidatieactiviteiten te ontwikkelen om te kunnen voldoen aan de behoeften van haar cliënten.²⁰⁴

In functie van de verbetering van de levenskwaliteit van de druggebruiker, kan het aangewezen zijn als tussenstap te werken aan beperkte, haalbare doelstellingen. In sommige gevallen kan de behandeling zich zelfs tijdelijk nagenoeg uitsluitend richten op het in contact komen en blijven met de druggebruiker.²⁰⁵

Met betrekking tot het druggebruik zelf, is de volledige ontwenning steeds de uiteindelijke doelstelling. Concreet zal het MSOC zijn doelstelling voor vele patiënten van de doelgroep echter dienen te beperken tot een vermindering of eliminatie van het druggebruik, eventueel door het toedienen van vervangingsmedicatie.²⁰⁶ Het opzet en het doel van de revalidatie-inrichting blijft echter hoe dan ook, de aanzet te vormen tot een effectieve behandeling van de verslaving.²⁰⁷

¹⁹⁹ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, Brussel, 2 februari 1995, 2.

²⁰⁰ RIZIV-conventie, art. 2 §1.

²⁰¹ RIZIV-conventie, art. 3.

²⁰² RIZIV-conventie, art. 7, §1.

²⁰³ RIZIV-conventie, art. 2, §2.

²⁰⁴ RIZIV-conventie, art. 15.

²⁰⁵ RIZIV-conventie, art. 7, §1.

²⁰⁶ RIZIV-conventie, art. 7, §1.

²⁰⁷ RIZIV-conventie, art. 2, §3, 2^{de} lid.

De RIZIV-conventie bepaalt ook dat de revalidatie in principe **beperkt is in duur**. Zodra een overdracht naar de reguliere zorgvoorzieningen mogelijk is en/of een multidisciplinaire behandeling niet meer nodig is, behoort een patiënt niet meer tot de doelgroep van het MSOC, en zal het MSOC de nodige maatregelen nemen om de overdracht van de behandeling naar andere zorgvoorzieningen te realiseren.²⁰⁸

4.1.2. Harm reduction

De parlementaire werkgroep drugs erkende in '97 reeds expliciet dat het middelengebruik een historische realiteit is²⁰⁹. Het streven naar een drugvrije samenleving is een utopische doelstelling. Ook de nieuwe federale drugnota kiest voor een normaliseringsbeleid, gericht op rationele risicobeheersing. Een belangrijke doelstelling is de daling van de fysische en psycho-sociale schade die drugmisbruik kan veroorzaken²¹⁰.

Het is in deze context dat de voorbije jaren initiatieven genomen zijn tot laagdrempelige hulpverlening, met als belangrijkste realisatie de oprichting van de MSOC's²¹¹. Een ander harm-reductionproject, spuitenruil, is sinds het de wet van 17 november 1998 en het Koninklijk Besluit van 5 juni 2000 wettelijk mogelijk en is sinds december 2000 structureel georganiseerd door de Vlaamse Gemeenschap²¹².

Harm reduction probeert de problemen die verbonden zijn met druggebruik te verminderen en erkent dat voor sommige druggebruikers, zeker op korte termijn, ontwenning waarschijnlijk geen realistische en haalbare doelstelling is. Dit betekent niet dat harm reduction en ontwenning elkaar uitsluiten, maar alleen dat ontwenning niet de enige en aanvaardbare doelstelling is. Bij harm reduction wordt uitgegaan van een hiërarchie in de doelstellingen, met meer onmiddellijke en realistische doelstellingen op weg naar een risicovrij gebruik of ontwenning. Het is dus een benadering die gekenmerkt wordt door pragmatisme.²¹³

4.1.3. Flexibiliteit versus formele regels

De MSOC's hanteren *twee theoretische modellen* als basis van de begeleiding-behandeling: de piramide van Maslow en de cirkel van Prochaska en DiClemente.

De **piramide van Maslow**²¹⁴ impliceert dat de elementaire noden zoals lichamelijke gezondheid, voedsel en huisvesting, die zich op de bodem van de piramide bevinden, de belangrijkste noden zijn aan de welke in de eerste plaats moet voldaan zijn alvorens

²⁰⁸ RIZIV-conventie, art. 6.

²⁰⁹ DE RUYVER, B., CASSELMAN, J., MEUWISSEN, K., BULLENS, F., VAN IMPE, K., o.c., 4-5.

²¹⁰ Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek, Brussel, 19 januari 2001, 7.

²¹¹ *Ibid.*, 23.

²¹² Vlaamse Regering, 'Besluit van de Vlaamse Regering houdende de subsidiëring van de organisatie van een spuitenverdeling / -ruil in Vlaanderen', 15 december 2000. Dit spuitenruilproject wordt getrokken door de MSOC's in Vlaanderen, met als coördinator het MSOC van Antwerpen.

²¹³ RILEY, D. en O'HARE, P., "Harm Reduction: History, Definition, and Practice", in: INCIARDI, J.A. en HARRISON, L.D. (eds.), *Harm Reduction, National and international Perspectives*, London, Sage Publications, 2000, 2.

²¹⁴ BERNSTEIN, D.A., ROY, E.J., SRULL, T.K. en WICKENS, C.D., *Psychology*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1991, 461-462.

andere noden zoals zinvolle tijdsbesteding, werk, psychologisch welbevinden, cultuur aan bod kunnen komen.

De **cirkel van Prochaska en DiClemente**²¹⁵ beschrijft het veranderingsproces van problematische druggebruikers. Er worden verschillende fasen onderscheiden van precontemplatieve fase (geen probleemperceptie en geen motivatie) tot bestendige verandering. Terugval wordt niet alleen als een normale fase gezien in dit veranderingsproces; het is de regel, niet de uitzondering.²¹⁶ Dit model impliceert dat men de behandelingsstrategie aanpast aan de fase van de verandering waarin de cliënt zich bevindt. Dit impliceert voor cliënten in de precontemplatieve fase een bijzondere mate van flexibiliteit in de behandelingsstrategieën.

Behandeling / begeleiding heeft het meeste kans op slagen wanneer de cliënt en de hulpverlener beiden focussen op dezelfde fase in de verandering.²¹⁷ Anders bestaat het gevaar dat, vanuit het perspectief van de cliënt, de hulpverlener te snel of te traag wil veranderen.²¹⁸ Het is dus van belang dat de hulpverlening op het tempo van de cliënt verloopt en dat de hulpverlener **verschillende modules** ontwikkelt naargelang de motivatiefase van de cliënt. Essentieel is daarbij dat de hulpverlener de cliënt begeleidt en motiveert om naar de volgende fase van de verandering over te gaan.²¹⁹

4.1.4. Behandeling versus begeleiding

In de opdrachtsbepaling zoals geformuleerd door het actieplan en de RIZIV-conventie duikt een **begripsverwarring** op, die ook door de MSOC's wordt overgenomen. Contact, begeleiding, behandeling en zorg worden schijnbaar willekeurig naast elkaar gebruikt.

Het is van belang het onderscheid tussen deze begrippen aan te geven²²⁰.

Bij **contact** is de cliënt op de hoogte van de werking en de doelstellingen van het centrum. Er is informeel contact tussen de begeleider en de cliënt.

Behandeling is gericht op het aanpakken van de oorzaken die aan de basis liggen van de afhankelijkheidsproblematiek door middel van inzichtgevende gespreksvoering. Behandeling is wel gericht op ontwenning of gecontroleerd gebruik als uiteindelijke doelstelling.²²¹

De term behandeling heeft bij de doelgroep van het MSOC een breder karakter en kan omschreven worden als **begeleiding**. Het omvat alle interventies gericht op het herstel,

²¹⁵ PROCHASKA, J.O. en DICLEMENTE, C.C., "Toward a Comprehensive Model of Change", in: MILLER, W.E. en HEATHER, N. (eds.), *Treating Addictive Behaviors, Processes of Change*, New York, Plenum Press, 1986, 3-27.

²¹⁶ PROCHASKA, J.O. en DICLEMENTE, C.C., o.c., 5.

²¹⁷ PROCHASKA, J.O. en DICLEMENTE, C.C., o.c., 6.

²¹⁸ PROCHASKA, J.O. en DICLEMENTE, C.C., o.c., 7.

²¹⁹ PROCHASKA, J.O. en DICLEMENTE, C.C., o.c., 8.

²²⁰ VAN BRUSSEL, G., "Druggebruik van jeugd tot geriatrisch probleem, een samenvatting", in DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FLAVEAU, A., DE LEENHEER, A., CARLIER, F., NOIRFALISE, A. en PELC, I. (red.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^{ste} eeuw*, Antwerpen, Maklu - Brussel, Bruylant, 2000, 162-163; Gemeente Amsterdam, " *Koersen naar evenwicht, Hoofdlijnen voor een Integraal Zorgbeleid voor harddrugverslaafden*", Amsterdam, Bureau Maatschappelijke en Gezondheidszorg, 1996, 10 en 23.

²²¹ MINJON, B. en WOLTERS, R.D.F., *Hulpverlening bij verslavingsproblemen*, Brussel, Samsom Uitgeverij, 1988, 45.

het ondersteunen van de cliënt en het leren leven en functioneren met de beperkingen eigen aan de problematiek. Volledig herstel is vaak niet mogelijk.²²²

Zorg kan het beste worden omschreven als korte, doelgerichte interventies op medisch of psychosociaal gebied, waarbij meestal een (deel)probleem acuut opgelost wordt, of als langdurend contact waarbij geprobeerd wordt de gevolgen van de verslaving zo veel mogelijk te beperken zonder de oorzaak zelf aan te pakken.²²³

Palliatie betekent het verminderen van lijden bij die personen die gebukt gaan onder een uitzichtloze verslaving. Hiervan is sprake als duidelijk is dat het niet reëel meer is om te verwachten dat de betrokken cliënt nog drugvrij door het leven zal gaan. Meestal is door de lange duur van de verslaving ook sprake van complicerende aandoeningen als psychopathologie, infecties, enz.²²⁴

4.2. PRAKTISCHE INVULLING

Via de bevraging van het personeel zien we hoe de MSOC-hulpverleners het hierboven beschreven theoretische kader in de praktijk vertalen naar de cliënten toe²²⁵.

4.2.1. MSOC Antwerpen

De prioritaire **doelstellingen** in de interventie ten aanzien van een cliënt is over het algemeen verschillend van cliënt tot cliënt (4/9). Men gaat in op wat de cliënt zelf als hulpvraag formuleert, wat de cliënt nodig heeft. Dit kunnen gesprekken zijn, maar kan zich ook beperken tot medicatie of een louter ondersteunend contact, zoals hulp bij administratie. Hiermee onderschrijft het personeel zeer duidelijk het '**zorg op maat**'-principe.

Men werkt hoofdzakelijk met beperkte doelstellingen, op het tempo van de cliënt. Dit zijn meestal eerst de meest prangende, materiële behoeftes, zoals inkomen en onderdak. Op lange termijn kan men dan werken met meer verregaande doelstellingen, zoals de zelfredzaamheid van de cliënt. De groei van de cliënt op persoonlijk vlak wordt verzekerd door op moeilijke momenten niet af te haken, maar het vertrouwen in de cliënt te behouden en door te gaan. Op lange termijn heeft men dus niet enkel het verbeteren van de fysieke toestand voor ogen, maar ook het veranderen van een 'marginale houding' ten opzichte van de maatschappij (5/9). Ook belangrijk is het kweken van een vertrouwensband met de cliënt, wat vaak een werk van lange adem is (3/9). Als men werkt met druggebruikers met kinderen, staan ook de kinderen centraal, in die zin dat men ernaar streeft de kinderen thuis te houden of terug thuis te krijgen en men de gezondheid en het welzijn van de kinderen mee opvolgt (2/9).

²²² DOM, G., "Verkenning van het terrein", in: DOM, G. (red.), *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*, Berchem, Epo, 1999, 51.

²²³ MINJON, B. en WOLTERS, R.D.F., o.c., 45.

²²⁴ VAN BRUSSEL, G., "Druggebruik van jeugd tot geriatrisch probleem, een samenvatting", in DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FLAVEAU, A., DE LEENHEER, A., CARLIER, F., NOIRFALISE, A. en PELC, I. (red.), o.c., 162-163.

²²⁵ Resultaten als antwoord op de vragen "Wat zijn jouw prioritaire doelstellingen in de interventie t.a.v. een cliënt?" en "Welke werkingsmodaliteiten wend je aan om die doelstellingen te bereiken?", interviews met het personeel van MSOC Antwerpen en van MSOC Limburg.

Problematisch druggebruik is een symptoom voor een heel aantal problemen. De rol van de hulpverlener is eigenlijk klein, de druggebruiker moet het voor een groot deel zelf doen. Ondertussen kan hulpverlening de schade beperken tot ze zelf volwassen genoeg zijn om een andere weg in te slaan. Dit komt in conflict met een ander aspect: druggebruikers zijn altijd verantwoordelijk voor hun eigen daden; drugs zijn geen excuus om last te veroorzaken. Daarom is het gevaarlijk een extreem **harm reduction-model** te hanteren, men moet meer durven denken in de richting van abstinentie, zeker met betrekking tot gestabiliseerde cliënten, wat nu soms te weinig gebeurt (2/9).

Als we kijken naar de **werkingsmodaliteiten** die gehanteerd worden om die doelstellingen te bereiken, blijken de meeste personeelsleden de **systeemtheorie** te hanteren, dat zeer geschikt is voor dit doelpubliek. Het is ondersteunend voor de hulpverlener in de zin dat men verantwoordelijkheden kan delen (5/9). Men laat echter steeds de deur open voor andere hulpverleningsstrategieën, in functie van de cliënt (2/9), zoals bijvoorbeeld de traumatheorie, aangezien veel van de MSOC-clieënten één of ander trauma met zich meedragen, waarbij het grondthema bestaat uit begrenzing via zorg (1/9). Ook de teamwerking wordt als een belangrijk middel vermeld (1/9), evenals het respectvol omgaan met de cliënt, consequent zijn, niets beloven wat je als hulpverlener niet kan waarmaken (1/9).

Deze werkingsmodaliteiten worden niet van bovenaf opgelegd. De hulpverleners hebben de vrijheid om het theoretisch kader toe te passen dat zij het meest geschikt vinden. Na verloop van tijd blijkt immers dat bepaalde problematieken bij dezelfde hulpverleners terecht komen, waardoor elke hulpverlener min of meer zijn eigen 'specialiteit' ontwikkelt.

4.2.2. MSOC Limburg

De **doelstellingen** ten aanzien van de cliënten bevinden zich hoofdzakelijk in de sfeer van het **'harm reduction'-denken**. Men streeft voornamelijk naar het kunnen leiden van een 'normaler', menswaardiger leven, dat niet meer in teken staat van drugs, en dit via methadon, maar ook via het aanleren van vaardigheden, via het voldoen aan de primaire behoeftes zoals het regelen van praktische zaken. De eerste doelstelling is dus eerder een beperkte doelstelling en focust op de reïntegratie in het maatschappelijk leven en het op peil brengen van het sociaal functioneren (13/15). Nochtans geeft men ook aan dat de ultieme doelstelling het stoppen met het gebruik is, m.a.w. ontwenning, al geeft men soms aan dat een drugvrij leven voor de MSOC-clieënten niet steeds een haalbare kaart is (7/15).

Daarnaast is ook het opvoeden tot zelfredzaamheid, de verantwoordelijkheid van de cliënt-druggebruiker stimuleren, het inzicht verschaffen in de eigen problematiek en het werken aan het verleden een belangrijke doelstelling (5/15).

Er bestaat minder eensgezindheid onder het personeel over de **werkingsmodaliteiten** om deze doelstellingen te bereiken. Algemeen vindt men het belangrijk om een vertrouwensband te kweken, een luisterend oor te bieden, ervoor te zorgen dat de cliënten zich begrepen voelen en een soort 'gezin' voor hen te zijn, dat nooit de hoop opgeeft (6/15). Een deel van het personeel vertaalt dit in een **gedragstherapeutische** aanpak, waarbij men het aanbieden van structuur, het stellen van regels en het confronteren van

de cliënten met hun sociale onaanpassing centraal staan (3/15). Het methadonprogramma en de regels daaromtrent geven deze structuur en regels meestal vorm. Anderen distantiëren zich (uitdrukkelijk) van de gedragstherapie en hanteren eerder de **client centered** therapie, waarbij men de nadruk legt op de empathie voor de cliënt (3/15). Sommige personeelsleden hebben het daarom vaak moeilijk om hun functie van hulpverlener te combineren met de rol als tweede verstreker bij de methadonverstrekking²²⁶. Nochtans hanteren veel personeelsleden verschillende werkingsmodaliteiten, afhankelijkheid van de individuele cliënt, en willen op die manier zo dicht mogelijk aanleunen bij de hulpvraag van de cliënt (8/15). Het gaat er dan om een evenwicht te zoeken tussen het aanbieden van hulp enerzijds en het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt anderzijds, wat niet steeds een makkelijke opdracht blijkt te zijn.

Tenslotte worden als werkingsmodaliteiten nog vernoemd: de systeemtherapie (3/15), motivatiebevordering en terugvalpreventie (3/15), de psycho-sociale begeleiding als voorwaarde voor methadon (1/15), de multidisciplinariteit (1/15) en 'prompting',²²⁷ (1/15).

4.3. AANBOD VAN LAAGDREMPELIGE REVALIDATIEACTIVITEITEN

Het aanbod aan revalidatieactiviteiten in de MSOC's is zeer uitgebreid en kan opgedeeld worden in de medische revalidatie enerzijds en de psycho-sociale revalidatie anderzijds. Het zou ons te ver leiden om een beschrijving te geven van alle activiteiten. We halen kort de belangrijkste aan en zullen ons verder voornamelijk concentreren op de effectevaluatie ten aanzien van de cliënten.

De medische revalidatie bestaat onder andere uit:

- crisisopvang
- medische consultaties
- hepatitisvaccinaties- en behandelingen
- spuitenverdeling en spuitenruil
- substitutiebehandeling

De psycho-sociale revalidatie bestaat onder andere uit:

- therapeutische gesprekken
- casemanagement
- het regelen van administratieve zaken

Tenslotte behoren ook doorverwijzingen naar andere zorgvoorzieningen tot de revalidatieactiviteiten.

4.3.1. Substitutiebehandelingen

Hoewel het verstrekken van vervangingsmedicatie, meestal methadon, niet de enige taak van een MSOC is, maakt het er toch een belangrijk deel van uit. De behandelingen met vervangingsmedicatie worden toegepast volgens de modaliteiten die werden vastgelegd in de consensustekst 'Methadon' van oktober 1994. Afhankelijk van de cliënt kan deze behandeling gericht zijn op ontwenning via afbouw of op een onderhoudsbehandeling.

²²⁶ Zie supra.

²²⁷ Het meegaan met cliënten naar andere diensten als de drempel te hoog is.

4.3.1.1. Percentage methadoncliënten

Tabel 19 : Substitutiebehandelingen in het MSOC Antwerpen²²⁸

	Aantal	%
Methadonsiroop	211	29.6
Temgesic	26	3.6
Mephenon	23	3.2
Geen medicatie	18	2.5
Totaal methadonprogramma	278	39
Geen methadonprogramma	434	61
Totaal cliënten	712	100

In 2000 maakte iets minder dan 40% van alle cliënten van het MSOC van **ANTWERPEN** deel uit van het methadonprogramma. Het overgrote deel daarvan krijgt een substitutiebehandeling met methadonsiroop. 26 cliënten krijgen een behandeling met Temgesic (buprenorfine) en 23 cliënten krijgen een behandeling met Mephenon (methadontabletten à 5mg/co).

Tabel 20 : Substitutiebehandelingen in het MSOC Limburg

	1999		2000	
Antenne	Methadon (%)	Totaal	Methadon (%)	Totaal
Beringen	1 (100)	1	3 (100)	3
Genk	132 (58.9)	224	147 (67.7)	217
Hasselt	49 (48.5)	101	49 (57)	86
Heusden	34 (60.7)	56	27 (46.5)	58
Lanaken	1 (11.1)	9	3 (27.3)	11
Lommel	1 (100)	1	2 (66.7)	3
Maasmechelen	29 (46.8)	62	26 (45.6)	57
Neerpelt	9 (22.5)	40	11 (30.6)	36
Peer	0	1	1 (100)	1
Sint-Truiden	17 (26.1)	65	18 (25.7)	70
Tongeren	0	5	0	3
Onbekend	0	20	1 (33.3)	3
Totaal	273 (46.7)	585	288 (52.5)	548

In het MSOC van **LIMBURG** maakt **ongeveer de helft van het cliënteel** deel uit van het methadonprogramma. In de centrale antenne van Genk ligt dit percentage duidelijk hoger; in Neerpelt, Sint-Truiden en Lanaken aanzienlijk lager.

4.3.1.2. Plaats van verstrekking

Tabel 21 : Plaats van verstrekking voor methadoncliënten van MSOC Antwerpen²²⁹

Plaats van verstrekking	Aantal	%
MSOC	137	65
Apotheek	73	34.6
Derde	1	0.4
Totaal methadonsiroop	211	100

²²⁸ Voor het MSOC van Antwerpen beschikken we enkel over de cijfers van 2000.

²²⁹ Deze cijfers hebben betrekking op het jaar 2000.

2/3 van de cliënten van het MSOC van **ANTWERPEN** die een behandeling krijgen met methadonsiroop, haalt dagelijks of om de twee dagen hun vervangmedicatie in het MSOC af; 1/3 haalt de siroop bij een apotheek naar keuze.

In deze tabel werden niet de cliënten opgenomen die een substitutiebehandeling krijgen met Mephenon. Zij halen hun methadontabletten steeds bij de apotheek.

De plaats van verstrekking wordt in het MSOC van **LIMBURG** niet geregistreerd. In december 1997 werd er door het MSOC wel een evaluatie uitgevoerd van het methadonprogramma. Daarin blijkt dat het overgrote deel van de cliënten de methadon komt halen in het MSOC (in het centrum in Genk of in één van de antennes).

Tabel 22 : Plaats van verstrekking voor methadoncliënten van MSOC Limburg

Plaats van verstrekking	Aantal	%
Centrale verstrekking (MSOC)	103	88
Bij een apotheker	12	10.5
Door de huisarts	2	1.5
Totaal	117	100

Dat de grootste groep zijn methadon in het MSOC haalt, heeft enerzijds te maken met het feit dat een groot aantal cliënten nog niet gestabiliseerd is en zeer regelmatig nood heeft aan de laagdrempelige hulpverlening. Anderzijds kiezen ook gestabiliseerde cliënten en werkenden voor de centrale verstrekking onder andere omwille van de lage kostprijs van de methadon op de centrale verstrekking²³⁰.

4.3.2. Verhouding tussen medische en psycho-sociale begeleiding

Tabel 23 : Medische en psycho-sociale begeleidingen in het MSOC Antwerpen²³¹

Soort begeleiding	Aantal begeleidingen
Medisch en psychosociaal	278
Medisch	275
Totaal	553

De helft van het cliënteel van het MSOC van **ANTWERPEN** wordt begeleid zowel door het begeleidingsteam als door het permanentieteam. Zij hebben een vaste begeleider (psycho-sociaal) en worden ook gevolgd door de artsen (medisch). De andere 50% van het cliënteel wordt enkel door het permanentieteam gevolgd, dit wil zeggen door artsen en sociaal verpleegkundigen. Hoewel dit wordt geregistreerd onder de categorie "medisch", gaat het dus niet om louter medische begeleidingen. Zij krijgen ook psycho-sociale begeleiding, maar hebben hiervoor geen vaste begeleider. Er zijn geen cliënten die enkel door het begeleidingsteam gevolgd worden.

In het MSOC van **LIMBURG** worden de medische en de psycho-sociale consultaties alsdusdanig niet geregistreerd. Registratiegegevens hierover kunnen bovendien een vertekend beeld geven. Zo wordt er bijvoorbeeld per week slechts één prestatie per methadoncliënt geregistreerd, ook al is een cliënt die week vijf keer in het centrum geweest.

Wat wel geregistreerd wordt, zijn de prestaties per functie.

²³⁰ CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1998*, 57-58.

²³¹ Deze cijfers hebben betrekking op het jaar 2000.

Tabel 24 : Medische en psycho-sociale begeleidingen in het MSOC Limburg

Functie	Aantal begeleidingen (%) 1999	Aantal begeleidingen (%) 2000
Administratief	3	1
Arts	3581 (25.7)	3606 (25.7)
Ergotherapeut	4	7
Kinesitherapeut	45 (0.3)	40 (0.3)
Psychiatrisch	73 (0.5)	64 (0.5)
Psychologisch	5555 (39.8)	4668 (33.3)
Sociaal	1640 (11.7)	1681 (12)
Team		358 (2.5)
Verpleegkundige	3047 (21.8)	3591 (25.6)
Onbekend	4	1
Totaal	13952 (100)	14018 (100)

De interpretatie van deze cijfers verschilt naargelang wat men verstaat onder medische en psycho-sociale begeleidingen. Bekijken we enkel de categorieën 'arts' enerzijds en 'psychologisch' en 'sociaal' anderzijds, dan kunnen we besluiten dat het accent duidelijk ligt op de *psycho-sociale begeleidingen*. Nemen we ook andere categorieën in beschouwing, dan blijken er ongeveer *evenveel* psycho-sociale begeleidingen (de categorieën 'psychologisch' + 'sociaal': 52.5% in 1999 en 45.3% in 2000) als medische consultaties te zijn (de categorieën 'arts' + 'psychiatrisch' + 'verpleegkundige': 48% in 1999 en 51.8% in 2000).

Bemerkingen

Wegens de hoge caseload vinden personeelsleden van beide MSOC's het jammer dat er te weinig aandacht kan besteed worden aan de psychologische begeleiding in de vorm van individuele gesprekken, voornamelijk voor het methadoncliënteel.

4.3.3. Toeleiding naar de hulpverlening

4.3.3.1. Doorverwijzingen naar het MSOC

Tabel 25 : Doorverwijzingen naar het MSOC Antwerpen²³²

Verwijzer	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)
Gebruiker zelf	414 (68.1)	494 (63.3)	353 (55.5)
Omgeving	34 (5.6)	68 (8.7)	86 (13.5)
Welzijn/gezondheidszorg	43 (7.1)	52 (6.7)	43 (6.8)
Gespecialiseerd centrum	26 (4.3)	46 (5.9)	50 (7.8)
Med./psychiatr. amb.	35 (5.7)	49 (6.3)	32 (5.0)
Med./psychiatr. res.	8 (1.3)	13 (1.7)	6 (1.0)
Juridisch	48 (7.9)	58 (7.4)	66 (10.4)
Totaal	608 (100)	780 (100)	636 (100)

Het overgrote deel van de nieuwe cliënten komt *op eigen initiatief* of op initiatief van de omgeving naar het MSOC van **ANTWERPEN**. Bijna 1/3 van de aanvragen komt na verwijzing vanuit een professioneel kader. Naast justitiële diensten zijn vooral gespecialiseerde centra (in casu gaat het om een groot aantal verwijzingen vanuit het

²³² Enkel de nieuwe aanvragen zijn in deze tabel opgenomen.

Dagcentrum De Sleutel), huisartsen en welzijnscentra belangrijke verwijzers. Het aantal verwijzingen door huisartsen maar vooral ook uit de ziekenhuissector blijft klein²³³.

Tabel 26 : Doorverwijzingen naar het MSOC Limburg

Verwijzer	% 1997	% 1998	% 1999	% 2000
Nulde lijn	34.1	40.9	41.3	40.9
Eerste lijn	28.1	29.9	32.9	34.8
Tweede lijn	31.3	18.3	16.2	16.3
Derde lijn	5	8.1	7.1	1.9
Onbekend	1.5	2.8	2.5	6.1
Totaal	100	100	100	100

De meeste doorverwijzingen naar het MSOC van **LIMBURG** gebeuren via de nulde lijn, dit wil zeggen dat de nieuwe cliënten meestal *op eigen initiatief* komen of (in de tweede plaats) op initiatief van de onmiddellijke omgeving.

De verwijzingen via de eerste lijn gebeuren ook vrij vaak en dan meestal via de huisarts en via gerechtelijke of juridische instanties. Vooral de toename van verwijzingen vanuit politie of justitie is de laatste twee jaren opvallend.

De grootste verwijzer in de tweede lijn is het CAD.

Relatief weinig verwijzingen komen vanuit de derde lijn (residentiële sector). Dit is logisch aangezien het MSOC zich niet richt op minder problematische gebruikers, die meer op hun plaats zijn in ontwenningencentra en door deze centra dus ook niet doorverwezen worden naar het MSOC.

4.3.3.2. Doorverwijzingen vanuit het MSOC

In 2000 werden door het MSOC van **ANTWERPEN** 206 cliënten doorverwezen. 154 cliënten werden doorverwezen naar externe diensten; 39 cliënten zijn voor een deel van de behandeling doorverwezen naar externe diensten en werden enkel complementair door het MSOC begeleid. De begeleiding van 8 cliënten werd tijdelijk opgestart (max. 14 dagen) tot opname bij externe diensten en de begeleiding van 5 cliënten werd afgerond zonder doorverwijzing.

De doorverwijzingen vanuit het MSOC van **LIMBURG** worden enkel geregistreerd bij afsluiting van de behandeling. Jammer genoeg ontbreken er in de registratie teveel gegevens om hierover iets zinvols te kunnen zeggen²³⁴.

Bemerking

Zowel in het MSOC van **ANTWERPEN** als in het MSOC van **LIMBURG** ondervindt men moeilijkheden bij de doorstroming van een groep van 'oudere', gestabiliseerde cliënten, die vaak een methadononderhoudsbehandeling (MOB)²³⁵ nodig hebben. Deze moeilijke doorstroming wordt toegeschreven aan het feit dat de reguliere sector nog te weinig openstaat voor deze cliënten. Huisartsen (**ANTWERPEN**) en apothekers

²³³ MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 1999*, 17.

²³⁴ De categorie 'Niet ingevuld' bedraagt 63.2% in 1999 en 77% in 2000.

²³⁵ TODTS, S., "Methadon-onderhoudsbehandeling (MOB): mogelijkheden en voorwaarden", in DE RUYVER, B. en DE LEENHEER, A. (red.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu - Brussel, Bruylant, 1994, 267-273.

(**LIMBURG**) weigeren vaak de verantwoordelijkheid voor de opvolging van deze cliënten op zich te nemen, niet in het minst omdat er nog steeds geen degelijke wettelijke basis bestaat in ons land voor methadonverstrekking. Daarnaast bestaan er te weinig externe diensten die ten aanzien van deze groep van gestabiliseerde gebruikers een aangepast aanbod doen, zoals tewerkstellingsprojecten²³⁶.

4.4. EFFECTEVALUATIE VAN DE CLIËNTEN

Om na te gaan welke de effecten zijn van de behandeling door de MSOC's op de cliënten, hebben we gebruik gemaakt van een "proxy outcome measure". Dit wil zeggen dat de cliënten door middel van een enquête bevestigd werden over de mate waarin zij zelf vinden dat de begeleiding door het MSOC tegemoet komt aan hun noden en ook in welke mate deze begeleiding tot een verandering heeft geleid op een aantal vlakken.

Alvorens de bevindingen van deze enquête te beschrijven, brengen we kort verslag uit van de interviews met het MSOC-personeel. Zoals gezegd hebben de MSOC's van **ANTWERPEN** en **LIMBURG** reeds een jarenlange ervaring met de doelgroep. We hebben van deze situatie gebruik gemaakt om door het personeel een subjectieve effectevaluatie te laten maken van de groep van cliënten die reeds verschillende jaren in contact staan met het MSOC. Alle personeelsleden die hierover uitspraak gedaan hebben (6/9 in het MSOC **ANTWERPEN** en 11/15 in het MSOC **GENK/LIMBURG**), zijn het eens over het feit dat de meeste cliënten na een aantal jaren - van 3 tot 10 jaar - meer stabilisatie verworven hebben in hun leven, zowel op het vlak van het druggebruik (minder bijgebruik) als op sociaal (hebben een gezin, een vaste woonst, een job) en psychologisch (minder crisissen, minder terugval) vlak²³⁷. Hieruit kunnen we besluiten dat **tijd** een **zeer belangrijke, zoniet noodzakelijke voorwaarde** is voor een begeleiding door een MSOC en het zichtbaar worden van de effecten daarvan.

4.4.1. MSOC Antwerpen

4.4.1.1. Algemene tevredenheid

Tabel 27 : Algemene tevredenheid van de cliënten van het MSOC Antwerpen²³⁸

Zeerv tevreden	24
Tevreden	25
Niet tevreden	1
Geen mening	2
Geen antwoord	1
N	53

“Tevreden” en “zeer tevreden” zijn veruit de meest voorkomende antwoorden op deze vraag. Ongeacht de minder goede kanten aan het MSOC die de respondenten eventueel

²³⁶ Zie ook Hoofdstuk III ("Participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk").

²³⁷ Resultaten als antwoord op de vraag "Welke belangrijke evoluties merk je op bij de cliënten die het MSOC reeds enkele jaren bezoeken?", interviews met het personeel van het MSOC Antwerpen en het MSOC Limburg, 2000.

²³⁸ Resultaten als antwoord op de vraag "Wat is uw mening over het MSOC in het algemeen: zeer tevreden – tevreden – niet tevreden – geen mening", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Antwerpen, 2000.

verder aangeven, blijken bijna alle cliënten **tevreden tot zeer tevreden** te zijn over hun ervaring met het MSOC.

4.4.1.2. Belang van de verschillende revalidatieaspecten

Tabel 28 : Belangrijke aspecten in de revalidatie voor de cliënten van het MSOC Antwerpen²³⁹

	Ze er be lang rijk	Be lang rijk	Minder be lang rijk	Niet be lang rijk	Geen me ning	Geen an t wo ord	N
Hulp van de dokter	42	11	-	-	-	-	53
Hulp van de verpleegster	19	21	7	-	4	2	53
Hulp van de begeleider	30	13	4	1	3	2	53
Administratieve hulp	24	14	7	1	5	2	53
Methadon of andere medicatie	44	9	-	-	-	-	53

Methadon of andere medicatie wordt door de respondenten het meest belangrijk geacht. We moeten hierbij voor ogen houden dat het merendeel van de respondenten deel uitmaken van het methadoncliënteel. Iets minder, maar ook nog zeer belangrijk is blijkbaar de **hulp van de dokter**. Op de derde plaats komt de hulp van de begeleider. Enkele respondenten geven aan deze hulp belangrijk te vinden wanneer het nodig is. Hulp van de verpleegster en administratieve hulp worden iets minder belangrijk gevonden. Aan de hand van de uitleg die sommige respondenten bij deze vraag vermelden, is het duidelijk dat de antwoorden sterk beïnvloed zijn door wat voor hen van toepassing is.

4.4.1.3. Effectevaluatie op verschillende levensdomeinen

Tabel 29 : Effect van de revalidatie van het MSOC Antwerpen op de verschillende levensdomeinen²⁴⁰

Verbetering op het vlak van:	Ja	Neen	Hetzelfde gebleven	Geen antwoord / Niet van toepassing	N
Druggebruik	46	2	4	1	53
Gezondheid	39	4	8	2	53
Relatie met familie / vrienden	30	11	11	1	53
Werk / inkomenssituatie	27	8	15	3	53
Juridische situatie	28	7	13	5	53
Totaal	170	32	51	12	

Het merendeel van de respondenten is reeds langer dan 2 jaar in behandeling in het MSOC. Aangezien *tijd* een belangrijke rol blijkt te spelen in de effecten die een MSOC

²³⁹ Resultaten als antwoord op de vraag “Wat vindt u van de volgende hulp : zeer belangrijk – belangrijk – geen mening – minder belangrijk – niet belangrijk”, Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Antwerpen, 2000.

²⁴⁰ Resultaten als antwoord op de vraag “Vindt u dat uw situatie verbeterd is sinds u in het MSOC bent?”, Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Antwerpen, 2000.

heeft op zijn cliënten, mogen we ervan uitgaan dat de resultaten van dit onderdeel van de enquête vrij accuraat zijn.

Het is zeer duidelijk dat de cliënten over het algemeen een **verbetering** van hun persoonlijke situatie aangeven, op alle vlakken. De meeste positieve effecten worden door de respondenten gevoeld op het vlak van het **druggebruik en de gezondheid**. Daarnaast vindt een significant aantal respondenten dat hun situatie op het vlak van relaties, werk of inkomenssituatie of juridische situatie hetzelfde gebleven is of niet veranderd is.

Er weze opgemerkt dat de antwoorden op deze vraag geen uitsluitel geven over de mate waarin de behandeling in het MSOC *oorzaak* is van de verandering of niet-verandering in de situatie. Zo geeft een respondent aan dat zijn situatie op het vlak van zijn juridische situatie hetzelfde is gebleven, “ondanks de moeite die het MSOC heeft gedaan om hierin verandering te brengen”. Voor 5 respondenten was bovendien het laatste domein van verandering (juridische situatie) niet van toepassing aangezien zij vóór de behandeling in het MSOC ook geen problemen hadden met politie/justitie.

4.4.1.4. Verwachtingen ten aanzien van het MSOC

Het overgrote deel van de cliënten geeft aan **de hulp gekregen te hebben die ze verwachtten te krijgen** (46/53)²⁴¹. Men verwacht van het MSOC voornamelijk **medische** hulp voor het drugprobleem (stoppen met het druggebruik via methadon) (30/53). 10 op 53 respondenten verwacht vooral psychische steun (morele steun, luisterend oor) en evenveel respondenten verwachten begeleiding op verschillende vlakken²⁴².

4.4.1.5. Evaluatie van het MSOC

Wat men **vooral goed** vindt aan het MSOC zijn (in orde van belangrijkheid)²⁴³:

- de *menselijkheid* waarmee men wordt behandeld, de persoonlijke aanpak (vriendelijkheid, begrip, bereidwilligheid, oprechtheid, het menselijke aspect, men wordt niet over dezelfde kam geschoren, respect, niet veroordelend naar druggebruikers, toffe sfeer,...) (15/53)
- de *medewerkers* (12/53)
- de *laagdrempeligheid in de begeleiding* (de mogelijkheden die ze geven, soepelheid, vrijheid in de behandeling, niks wordt opgedrongen, professionele begeleiding, ambulante werking, steeds welkom bij moeilijkheden, ...) (11/53)
- de *laagdrempeligheid in de contactname* (steun van het straathoekwerk, flexibele uren, gratis consultatie, met alle vragen kan men terecht bij eender wie, op eender welk moment, anonimiteit,...) (8/53)
- de medische begeleiding (3/53)
- 'alles' (1/53)

²⁴¹ Resultaat als antwoord op de vraag "Kreeg u de hulp die u verwachtte te krijgen?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Antwerpen, 2000.

²⁴² Resultaten als antwoord op de vraag "Welke hulp verwachtte u te krijgen?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Antwerpen, 2000.

²⁴³ Resultaten als antwoord op de vraag "Wat vindt u vooral goed aan het MSOC?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Antwerpen, 2000.

Als **minder goede aspecten** worden aangehaald²⁴⁴:

- 'niks' (11/53)
- het *wachten* bij de dokters of de wachtlijst voor het methadonprogramma (7/53)
- het *contact met andere gebruikers* (4/53)
- de *ligging* (3/53)
- de *ondercapaciteit* (dat ze zich niet kunnen uitbreiden, te weinig personeel) (3/53)

4.4.2. MSOC Limburg

4.4.2.1. Algemene tevredenheid

Tabel 30 : Algemene tevredenheid van de cliënten van het MSOC Limburg²⁴⁵

	NP	G	H	S-T	B	MM	Totaal
Zeer tevreden	2	2	2	1	2	-	9
Tevreden	4	6	4	2	3	1	20
Niet tevreden	-	-	-	-	-	-	-
Geen mening	-	-	2	-	-	-	2
<i>N</i>	6	8	8	3	5	1	31

2/3 van de cliënten die de enquête invulden, zijn **tevreden** over het MSOC; 1/3 is zeer tevreden. Geen enkele cliënt gaf aan niet tevreden te zijn. Er zijn geen verschillen op dit vlak tussen de verschillende antennes.

4.4.2.2. Belang van de verschillende revalidatieaspecten

Tabel 31 : Belangrijke aspecten in de revalidatie voor de cliënten van het MSOC Limburg²⁴⁶

	Zeer belangrijk	Belangrijk	Minder belangrijk	Niet belangrijk	Geen mening	Geen antwoord	N
Hulp van de dokter	13	13	3	-	-	2	31
Hulp van de verpleegster	11	12	4	1	-	3	31
Hulp van de begeleider	15	15	1	-	-	-	31
Administratieve hulp	10	16	2	2	-	1	31
Methadon of andere medicatie	24	5	-	-	1	1	31

²⁴⁴ Resultaten als antwoord op de vraag "Wat vindt u vooral minder goed aan het MSOC?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Antwerpen, 2000.

²⁴⁵ Resultaten als antwoord op de vraag "Wat is uw mening over het MSOC in het algemeen: zeer tevreden – tevreden – niet tevreden – geen mening", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Limburg, 2000.

Opgesplitst per antenne:

- NP = Neerpelt (N = 6)
- G = Genk (N = 8)
- H = Hasselt (N = 8)
- S-T = Sint-Truiden (N = 3)
- B = Beringen (N = 5)
- MM = Maasmechelen (N = 1)

²⁴⁶ Resultaten als antwoord op de vraag "Wat vindt u van de volgende hulp : zeer belangrijk – belangrijk – geen mening – minder belangrijk – niet belangrijk", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Limburg, 2000.

Methadon of andere medicatie wordt door de respondenten het meest belangrijk geacht. Verder is het opvallend dat de **therapeutische** hulp (hulp van de begeleider) over het algemeen belangrijker wordt geacht dan de medische hulp (hulp van de dokter of de verpleegster).

4.4.2.3. Effectevaluatie op verschillende levensdomeinen

Tabel 32 : Effect van de revalidatie van het MSOC Limburg op de verschillende levensdomeinen²⁴⁷

Verbetering op het vlak van:	Ja	Neen	Hetzelfde gebleven	Geen antwoord / Niet van toepassing	N
Druggebruik	29	2	-	-	31
Gezondheid	20	4	5	2	31
Relatie met familie / vrienden	27	1	3	-	31
Werk / inkomenssituatie	14	1	15	1	31
Juridische situatie	19	4	7	1	31
Totaal	109	12	30	4	155

Het merendeel van de respondenten is reeds langer dan 2 jaar in behandeling in het MSOC. Aangezien *tijd* een belangrijke rol blijkt te spelen in de effecten die een MSOC heeft op zijn cliënten, mogen we ervan uitgaan dat de resultaten van dit onderdeel van de enquête vrij accuraat zijn.

Het is zeer duidelijk dat de cliënten over het algemeen een **verbetering** van hun persoonlijke situatie aangeven, op alle vlakken. De meeste positieve effecten worden door de respondenten gevoeld op het vlak van het **druggebruik** en de **relatie met familie of vrienden**. Daarnaast vindt een significant aantal respondenten dat hun situatie op het vlak van gezondheid en of juridische situatie verbeterd is. De situatie op het vlak van werk of inkomen is voor de helft van de respondenten hetzelfde gebleven.

Er weze opgemerkt dat de antwoorden op deze vraag geen uitsluitel geven over de mate waarin de behandeling in het MSOC *oorzaak* is van de verandering of niet-verandering in de situatie.

4.4.2.4. Verwachtingen t.a.v. het MSOC

Het overgrote deel van de cliënten geeft aan de **hulp gekregen te hebben die ze verwachtten te krijgen** (28/31)²⁴⁸. Op de open vraag welke hulp men verwacht van het MSOC, heeft 11 van de 31 respondenten geen antwoord gegeven. Van de 20 die wel een antwoord formuleerden, zijn de verwachtingen ten aanzien van het MSOC voornamelijk gericht op het **medische** aspect (medische hulp, methadon, ontwennen met behulp van methadon) (8/20) en op begeleiding in het algemeen (steun, begeleiding, gesprekken)

²⁴⁷ Resultaten als antwoord op de vraag "Vindt u dat uw situatie verbeterd is sinds u in het MSOC bent?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Limburg, 2000.

²⁴⁸ Resultaten als antwoord op de vraag "Kreeg u de hulp die u verwachtte te krijgen?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Limburg, 2000.

(7/20). 2 respondenten hadden meer diepgaande gesprekken verwacht en 2 respondenten zeggen de hulp verwacht te hebben die ze momenteel krijgen²⁴⁹.

4.4.2.5. Evaluatie van het MSOC

De **positieve aspecten** van het MSOC²⁵⁰ liggen vaak op het **medische** vlak (dat ze medicatie verstrekken die de kans geeft om clean te worden van de heroïne, het verstrekken van methadon) (8/20) en ook het feit dat er communicatie mogelijk is over de substitutiebehandeling wordt als positief beschouwd (2/20). Andere positieve punten zijn:

- de hulpverlening in het algemeen (ze helpen me goed, de begeleiding, het verlenen van steun) (6/20)
- de begeleiders en de gesprekken (sympathiek personeel, je kan altijd op hen rekenen, er kan openlijk gepraat worden, de gesprekken met de begeleiders) (6/20)
- de invalshoek van het MSOC ten aanzien van druggebruik(ers) (dat er een vereniging is die verslaafden helpt op een andere manier dan gewoon naar de gevangenis sturen) (1/20)

Waar gevraagd werd naar **minder goede aspecten** van het MSOC²⁵¹, hebben 13 van de 31 respondenten geen antwoord gegeven op de vraag. 2 respondenten van de overige 18 vinden dat er geen negatieve aspecten aan het MSOC zijn.

De cliënten hebben voornamelijk problemen met het feit dat zowel de gesprekken met de begeleiders als de methadonverstrekking enkel op gezette tijdstippen kunnen gebeuren (verstrekking zou 's morgens moeten gebeuren, het wachten op de aanwezigheid van de verstrekker, te vroeg gesloten 's avonds, men kan alleen op afspraak gaan) (4/18), met het feit dat men zich elke dag naar het MSOC moet verplaatsen voor de methadon (ik zou liever de methadon 2 keer per week halen, ik zou de methadon liever voor één week meekrijgen) (2/18) of dat men geen methadon krijgt als men te laat op de verstrekking is en of niet betaald heeft (2/18). Eén persoon vindt het lastig dat hij/zij in het MSOC met mensen geconfronteerd wordt die nog in het drugmilieu zitten.

4.5. CONCLUSIES

- De ingangspoort voor cliënten tot het MSOC van **ANTWERPEN** is steeds medisch. Dit is te verklaren door het feit dat het centrum reeds in het verleden de nadruk legde op gezondheidsproblemen. In het MSOC van **LIMBURG** ligt het accent iets minder op dit medische aspect en in de regio's overweegt zelfs het therapeutische aspect. Globaal genomen poogt men **in beide centra** een zo goed mogelijk **evenwicht** te bewerkstelligen tussen de medische en de psycho-sociale begeleiding.
- Wegens tijdsgebrek heeft men in het MSOC van **ANTWERPEN** moeten afzien van groepsactiviteiten. In het MSOC van **GENK/LIMBURG** organiseert men groepsactiviteiten, maar wegens beperkte belangstelling bij het cliënteel én het feit

²⁴⁹ Resultaten als antwoord op de vraag "Welke hulp verwachtte u te krijgen?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Limburg, 2000.

²⁵⁰ Resultaten als antwoord op de vraag "Wat vindt u vooral goed aan het MSOC?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Limburg, 2000.

²⁵¹ Resultaten als antwoord op de vraag "Wat vindt u vooral minder goed aan het MSOC?", Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Limburg, 2000.

dat deze activiteiten niet gefinancierd worden (en dus afhankelijk zijn van externe financiering die het MSOC zelf moet zoeken), kan men deze niet steeds doorvoeren.

- **Tijd** is een **zeer belangrijke, zomete noodzakelijke voorwaarde** voor een begeleiding door een MSOC en het zichtbaar worden van de effecten daarvan. Alle personeelsleden merken op dat cliënten die reeds jaren in begeleiding zijn in het MSOC een evolutie doormaken naar meer **stabilisatie** op verschillende vlakken. Ook de overgrote meerderheid van de cliënten geeft aan dat hun toestand **verbeterd** is, voornamelijk op het vlak van het druggebruik, de gezondheid (MSOC **ANTWERPEN**) en de relatie met familie en/of vrienden (MSOC **LIMBURG**).
- **Cliënten** zijn **tevreden tot zeer tevreden** over beide MSOC's en geven aan de hulp te krijgen die ze verwachten te krijgen. Men verwacht vooral medische hulp. Ook de houding van het MSOC-personeel (vriendelijk, menselijk, niet veroordelend) wordt als zeer positief beschouwd door de cliënten.
- Personeelsleden vinden dat ze wegens de overbevraging van het centrum te weinig tijd kunnen besteden aan individuele (therapeutische) gesprekken (voornamelijk ten aanzien van het methadoncliënteel) en hebben de indruk dat er soms te weinig wordt gedacht in de richting van ontwenning.

4.6. AANBEVELINGEN

- **Meer middelen voor psycho-sociale begeleiding**

De MSOC's moeten in de mogelijkheid gesteld worden om nog meer een aanbod te doen naar problematische gebruikers van andere middelen dan heroïne. Hiervoor dient het psycho-sociale aanbod (voornamelijk in de vorm van therapeutische gesprekken) uitgebreid te worden. Maar ook voor methadoncliënten is er nood aan intensievere individuele begeleiding. Dit betekent weer dat men hiervoor meer middelen zal moeten toekennen.

5. LAAGDREMPELIGHEID IN DE TIJD

5.1. INLEIDING

De **RIZIV-conventie** bepaalt dat om het laagdrempelig karakter van de inrichting te waarborgen, het MSOC voldoende uren per week toegankelijk moet zijn en daarbij moet rekening houden met de specifieke behoeften en levenswijzen van de beoogde populatie, ook als dat betekent dat de inrichting 's avonds en tijdens zon- en feestdagen moet werken. Het moet voor de (nieuwe) cliënten tijdens de openingsuren steeds mogelijk zijn zonder afspraak een beroep te doen op het MSOC. Het MSOC moet door samenwerkingsbanden proberen de doelgroep onderdak te verschaffen op de momenten dat het centrum gesloten is.²⁵²

²⁵² RIZIV-conventie, art. 2 §2, 2^{de} lid.

5.2. PROCES-EVALUATIE

5.2.1. MSOC Antwerpen

Tijdens weekdays is het centrum geopend van 10u. tot 13u. en van 14u. tot 20u.; op zaterdag van 10u. tot 13u. Tijdens deze uren kunnen methadoncliënten doorlopend hun methadon komen halen aan het 'methadonloket'. Anderen (cliënten én niet-cliënten) kunnen ook altijd binnenlopen, maar passeren steeds eerst langs het onthaal, waar een afspraak vastgelegd wordt voor een medische of psycho-sociale consultatie of naar externe diensten wordt doorverwezen. Door de sterk uitgebouwde onthaalfunctie wordt de drempel op het vlak van toegankelijkheid in de tijd zo laag mogelijk gehouden²⁵³.

De medische consultaties zijn per dag ingedeeld in drie blokken:

- van 10u. tot 13u. : op afspraak
- van 14u. tot 17u. : zonder afspraak
- van 17u. tot 20u. : op afspraak, uitgezonderd wanneer er weinig volk is of bij ernstige medische problemen.

De psycho-sociale hulpverlening gebeurt in principe steeds op afspraak.

Tijdens de openingsuren wordt er steeds telefoonpermanentie verzekerd door de onthaalmedewerkers.

5.2.2. MSOC Genk/Limburg

Het centrum in Genk is geopend elke werkdag van 10u. tot 21u. en zaterdag van 10u. tot 14u. Men kan er enkel binnen op afspraak, uitgezonderd voor intakes en crisissen. Ook tijdens de drie methadonverstrekkingsmomenten per dag kan men zonder afspraak binnenlopen, namelijk van 11u.30 tot 12u.30, van 13u.30 tot 14u.30 en van 17u.30 tot 19u. In de verstrekkingruimte kunnen cliënten dan koffie drinken, de krant lezen, een babbeltje slaan, en zonder voorafgaande afspraak een medische consultatie hebben. Na de avondverstrekking wordt er tot 21u. door een medewerker een permanentie verzorgd, alsook zaterdagvoormiddag. In de praktijk blijken de cliënten uiterst weinig gebruik te maken van de avond- en weekenduren. Wellicht kunnen deze manuren efficiënter ingezet worden op een ander tijdstip²⁵⁴.

In de antennes werkt men hoofdzakelijk op afspraak. In elke antenne wordt er op één bepaald moment van de dag een methadonverstrekking georganiseerd. De uren verschillen naargelang de antenne. Deze verstrekking gaat in bepaalde antennes door in het CAD/MSOC-kantoor; in andere regio's wordt de methadonverstrekking georganiseerd in een gebouw van een andere dienst zoals een OCMW. In de antennes waar de MSOC-medewerkers gehuisvest zijn in een CAD-kantoor, is er altijd een hulpverlener aanwezig en kunnen cliënten tijdens de normale kantooruren op afspraak komen of in geval van crisis opgevangen worden. In de andere antennes is er enkel tijdens de verstrekkingsmomenten een verpleegkundige en een hulpverlener aanwezig, in voorkomend geval ook een arts voor de medische consultaties. Bij afwezigheid van

²⁵³ Het onthaal wordt georganiseerd in samenwerking met Helpcenter, dat in hetzelfde gebouw gehuisvest is, en wordt gefinancierd via het SIF (Sociaal ImpulsFonds).

²⁵⁴ CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 2000*, 36.

hulpverleners in de antennes wordt de telefoon automatisch doorgeschakeld naar het centrale MSOC in Genk.

5.3. EFFECTEVALUATIE

5.3.1. Effect op de cliënten

In de CSQ van het MSOC van **ANTWERPEN** zijn slechts enkele vermeldingen terug te vinden betreffende de openingsuren. Enerzijds worden de flexibele openingsuren en het feit dat men er altijd terecht kan met eender welke vraag als positief beschouwd (3/53), anderzijds is het lange wachten voor een consultatie bij de dokter (6/53) of het feit dat men niet steeds dadelijk een gesprek kan hebben met de begeleider als men dit nodig heeft (2/53) voor enkele cliënten een minpunt. Enkele cliënten vinden de confrontatie met andere gebruikers in de wachtzaal of aan het methadonloket vervelend (4/53).

Wat het MSOC van **LIMBURG** betreft, zijn het voornamelijk cliënten van de regio's die het afsprakensysteem eerder als negatief evalueren. Zij vinden het jammer dat zowel gesprekken met begeleiders als de methadonverstrekking enkel op gezette tijdstippen kan gebeuren (4/18).

5.3.2. Effect op het netwerk

Over het algemeen worden de ruime openingsuren van beide MSOC's door externe diensten als zeer **positief** beschouwd. Eén bevraagde persoon, werkzaam in een dagopvangcentrum voor daklozen, vindt het jammer dat het MSOC van Antwerpen ook niet op zondag geopend is.

5.4. CONCLUSIES

- De MSOC's hebben gepoogd om zo laagdrempelig mogelijk te zijn in de tijd. In de realiteit zijn de meeste MSOC's geëvolueerd naar een **afsprakensysteem**. Er wordt wel een permanentie voorzien maar in de praktijk blijkt deze enkel te dienen om cliënten aan de afspraken te houden en bij te springen in crisissituaties. Dit is een goede illustratie van het feit dat de MSOC's omwille van de beperkte middelen bepaalde keuzes moeten doorvoeren. Met de huidige middelen kan men niet even laagdrempelig zijn op alle vlakken. Blijkbaar wordt de drempel op het vlak van openingsuren hierdoor het meest aangetast, ten voordele van een lagere drempel op andere vlakken.
- Bij het MSOC van **ANTWERPEN** is deze tendens het minst uitgesproken en slaagt men erin door de onthaalfunctie en de vrije consultaties de laagdrempeligheid in de tijd zoveel mogelijk in stand te houden.
- Wegens de verregaande decentralisering van de werking van het MSOC van **LIMBURG** heeft men met de huidige middelen niet de mogelijkheid om de drempel op het vlak van openingsuren laag te houden. De methadonverstrekking kan slechts op gezette tijdstippen doorgaan en voor gesprekken werkt men hoofdzakelijk op afspraak. Het is een keuze die men heeft moeten maken om de drempel op andere vlakken wel zo laag mogelijk te houden.

HOOFDSTUK III : PARTICIPATIE VAN DE MSOC's AAN HET REGIONALE NETWERK

1. INLEIDING

De externe opdracht van de MSOC's situeert zich op een dubbel niveau. Naast de opdracht tot samenwerking met andere diensten, moeten de MSOC's zich integreren in de regionale netwerken.

De conventie bepaalt dat de MSOC's **samenwerkingsverbanden** moeten aangaan met allerlei andere voorzieningen en zorgverstrekkers en dit in het belang van de cliënten. De MSOC's moeten samenwerken met de andere gespecialiseerde voorzieningen voor verslaafden (ambulante en residentiële), en met artsen, apothekers, ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, sociale diensten, enz. De MSOC's kunnen nooit weigeren om samen te werken met één van de zorgverstrekkers indien een cliënt er beroep op doet.²⁵⁵

De opdracht tot samenwerking en doorverwijzing vraagt een actieve houding van de MSOC's. De MSOC's moeten met andere woorden het initiatief opnemen.

De MSOC's moeten zich inschakelen in de bestaande **regionale overlegorganen** met betrekking tot de behandeling van druggebruikers en deelnemen aan de eventueel ontwikkelde initiatieven om tot een nauwkeurige **registratie** van de druggebruikers en tot een betere coördinatie van de verschillende voorzieningen te komen.²⁵⁶

2. BESCHRIJVING VAN HET BESTAANDE HULPVERLENINGSAANBOD T.A.V. DRUGGEBRUIKERS

Voor beide onderzoeksregio's kan gesteld worden dat er een vrij breed en gedifferentieerd aanbod bestaat aan diensten ten behoeve van druggebruikers en overleg- en coördinatiestructuren. Voor de loutere beschrijving van al deze diensten en structuren verwijzen we naar deel IV van dit rapport, waarin o.a. het bestaande hulpverleningsaanbod wordt geïventariseerd.

3. PROCES-EVALUATIE

3.1. Enkele voorafgaande bemerkingen

Vooraleer we overgaan tot de beschrijving en de evaluatie van de participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk, afzonderlijk per MSOC, kunnen we enkele algemene vaststellingen formuleren.

- Er is een gebrek aan accurate inventarissen van het aanbod aan diensten ten behoeve van druggebruikers. Bestaande inventarissen bevatten meestal enkel drugspecifieke diensten, terwijl ook heel wat andere niet-categoriale diensten een (zij het gedeeltelijke) werking ten aanzien van druggebruikers ontwikkeld hebben.

²⁵⁵ RIZIV-conventie, art. 2, § 5, 4^{de} lid.

²⁵⁶ RIZIV-conventie, art. 2, § 5, 3^{de} lid.

Een nog groter probleem is de **onduidelijkheid over de zorgfuncties**²⁵⁷. Een uitzondering hierop is de *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik* van de provincie Antwerpen²⁵⁸.

- Aangezien zowel het MSOC van Antwerpen als dat van Limburg een zeer lange voorgeschiedenis hebben, hebben zij zich niet zo moeten profileren of inwerken in bestaande structuren en netwerken zoals sommige andere MSOC's. Integendeel zijn zij vaak een drijvende kracht (geweest) en spelen zij vaak een **centrale rol** bij het ontstaan en het verder uitwerken van de **regionale netwerken**. Daarom zullen we in dit laatste hoofdstuk voornamelijk beschrijven in welke diensten en structuren zij participeren enerzijds en verslag uitbrengen van de evaluatie (door personeel en externe diensten) van de samenwerking met andere diensten anderzijds.

3.2. Inventaris van overleg- en coördinatiestructuren op cliëntoverstijgend niveau

3.2.1. MSOC Antwerpen

Op *cliëntoverstijgend niveau* participeert het MSOC van Antwerpen aan de volgende initiatieven:

- Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA): medeoprichter, voorzitter bureau, coördinatie werkgroepen specifieke projecten Strategisch Plan Drugs Antwerpen (SPDA) (NOOD, spuitenruil)
- Provinciaal drugoverleg: Platform Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen (PPMPA) en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA)
- Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV)
- VAD: raad van beheer, werkgroepen
- Drughulp Kempen
- Koninklijke ApothekersVereniging Antwerpen (KAVA)
- Algemeen welzijnswerk Antwerpen: drugwerkgroep Markant, coördinatie Helpcenter
- Regionaal overleg geestelijke welzijnszorg Antwerpen (ROGWA)
- Samenwerkingsverband via convenant CGG Altos + enkele CGG's Kempen
- LOGO's (lokaal gezondheidsoverleg)
- Stedelijk Overleg AIDS Antwerpen (SOA A): dagelijks bestuur
- Buurtoverleg: buurtorganisaties en politie

Specifieke projecten:

- Opvang Dakloze Druggebruikers (ODD)
- Antwerps straathoekwerkoverleg (ASTROV)
- NOOD-project: Netwerkontwikkeling rond Opvoedingsondersteuning voor Ouders met een Drugprobleem.
- AMOC (druggebruik en mobiliteit) (Europees project)
- IHE Birn (Europees project)

²⁵⁷ Zie ook het algemeen eindverslag van huidig onderzoek.

²⁵⁸ BRUGGEMAN, B., JACOBS, H. e.a., o.c. Deze gids is ook raadpleegbaar op het internet via <http://www.provant.be/welzijn>.

3.2.2. MSOC Limburg

Op *cliëntoverstijgend niveau* participeert het MSOC van Limburg aan de volgende initiatieven:

- VAD: Raad Van Beheer, werkgroepen (opleidingsartsen, vormingsactiviteiten naar bedrijven)
- Limburgs Platformoverleg Verslaving: dagelijks bestuur
- CAD: staf, jongerenteam, ouderwerking, kinderen van gebruikers
- Plaatselijk Drugoverleg in 36 Limburgse gemeenten: werkgroepen hulpverlening en preventie
- LISS (Limburgs Steunpunt Straathoekwerk)
- Plaatselijk Armoede Overleg Genk: cliëntgebonden overleg
- Consultatieve preventieraden van Genk, Hasselt, Houthalen
- Samenwerkingsafspraken met justitiële diensten
- Steden Genk en Hasselt: partners van het veiligheids- en samenlevingscontract
- Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg (SPIL)

Specifieke projecten

- trajectbegeleiding, in samenwerking met Katarsis
- SIF-projecten
- Medewerking aan vormingsactiviteiten van de VAD
- In samenwerking met het preventieteam:
 - ° drugcursussen in de gevangenissen van Limburg
 - ° vorming naar huisartsen, verpleegkundigen, Kind en Gezin, CLB

Bemerking

Het probleem bij provinciale overkoepelende structuren is dat er teveel sprake is van **bureaucratisering**. Er wordt te weinig de link gelegd tussen het provinciaal en het lokaal overleg. Het Limburgs Platformoverleg Verslaving (LPV) heeft jarenlang goed denkwerk verricht rond de drugproblematiek, maar op dit ogenblik maken te weinig mensen uit het werkveld deel uit van dit orgaan; het **lokaal** overleg is niet meer vertegenwoordigd. Nochtans zou het accent op deze lokale initiatieven moeten liggen.

3.3. Inventaris van diensten op cliëntniveau

3.3.1. MSOC Antwerpen

Op *cliëntniveau* hebben de MSOC-medewerkers contact met een zeer breed gamma van diensten, uit verschillende (vooral niet-categoriale) sectoren. Deze contacten gaan van (soms eenmalige of slechts sporadische) telefonische contacten tot jarenlange samenwerkingen rond bepaalde cliënten, waarbij de MSOC-hulpverlener de rol van casemanager vervult.

Schema 7 : Diensten waarmee het MSOC Antwerpen samenwerkt op cliëntniveau

Sector	Dienst
Drughulpverlening	De Sleutel Antwerpen ADIC Therapeutische Gemeenschappen
Algemeen Welzijnswerk	Daklozencentra Opvangtehuizen allerlei Justitieel Welzijnswerk Antwerpen (JWA)
Kinder-/jeugdsector	Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ) Kinderopvang Pleeggezinnendiensten Thuisbegeleidingsdiensten Kind&Gezin
Psychiatrie	Psychiatrische Centra (PC) Psychiatrische Afdeling van Algemeen Ziekenhuis (PAAZ), bv. EPSI Stuivenbergziekenhuis Antwerpen
Medische sector	Algemene ziekenhuizen Huisartsen / apothekers
Sociale sector	OCMW's Ziekenkassen
Politie/justitie	Politie Jeugdrechtbank Jeugdbrigade Justitiehuis Gevangenis
Andere	Budgetbegeleidingsdiensten Scholen Advocaten van cliënten Familie en partners van cliënten Werkgevers

3.3.2. MSOC Limburg

Op *cliëntniveau* hebben de MSOC-medewerkers contact met een zeer breed gamma van diensten, uit verschillende (vooral niet-categoriale) sectoren.

Schema 8 : Diensten waarmee het MSOC Limburg samenwerkt op cliëntniveau

Sector	Dienst
Drughulpverlening	TG Katarsis Genk TG De Klimop Reikem
Algemeen Welzijnswerk	Opvangtehuizen allerlei, o.a.: Opvang NOC Genk Daklozencentrum Maretak Hasselt Opvang Westhuis Beringen Crisisopvang Hasselt Crisisopvang Maasmechelen Beschut wonen Schuilplaats Hasselt
Kinder-/jeugdsector	Jongerenopvangtehuizen Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ)
Psychiatrie/Geestelijke Gezondheidszorg	CGG's Psychiatrische Ziekenhuizen, o.a.: PC Ziekeren Sancta Maria Munsterbilzen Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ), o.a.:

	PAAZ Sint-Jan Genk Psychiaters van A-diensten
Medische sector	Gemandateerde huisartsen Apothekers Wit-Gele Kruis
Sociale sector	OCMW's Ziekenkassen Pensioenkassen
Politie/justitie	Justitiehuisen Tongeren / Hasselt Politie/(Rijkswacht) Sociale dienst van de gevangenis
Andere	Werkgevers Familie en partners van cliënten

4. EFFECTEVALUATIE

4.1. Effecten op het personeel

4.1.1. MSOC Antwerpen²⁵⁹

Een al dan niet vlotte samenwerking met andere diensten is meestal **persoonsgebonden**. Wanneer contacten stroef verlopen, wordt dat meestal niet aan de diensten toegeschreven, maar aan bepaalde personen die er werken. In dat geval speelt vooral het feit dat de **visie** van het MSOC op druggebruik en druggebruikers door andere personen - meestal in niet-categoriale diensten - **niet wordt gedeeld** en dat externe diensten nog steeds **geen voldoende kennis** hebben over waar het MSOC voor staat (4/9). Zo hebben nieuwe en vaak jonge medewerkers van andere diensten soms te hoge verwachtingen ten aanzien van het MSOC-cliënteel enerzijds of beschouwt men hen als hopeloze gevallen waarmee men liever niets te maken heeft anderzijds (2/9). Men steekt veel tijd en energie in het vragen om begrip voor het MSOC-cliënteel bij andere diensten en het 'promoten' van de visie naar buiten toe (2/9).

Doorverwijzingen naar psychiatrische centra, huisartsen of daklozencentra blijft problematisch, aangezien gebruikers van illegale drugs door deze diensten nog steeds gemeden worden (5/9). Er wordt gewag gemaakt van een weinig vlotte samenwerking met de residentiële sector in het algemeen, al geeft men toe dat ook vanuit de ambulante sector soms een tekort aan inzicht in en begrip voor de residentiële sector heerst (1/9). Het behoud van de methadonbehandeling bij een verwijzing naar andere diensten (zoals psychiatrische en algemene ziekenhuizen en therapeutische gemeenschappen) of bij een verblijf in de gevangenis vormt ook een probleem (4/9).

Tenslotte wordt er gewezen op het feit dat een vlotte samenwerking met andere diensten uiterst belangrijk is, zeker betreffende cliënten met een zware en complexe problematiek, omdat men zo de verantwoordelijkheid kan delen. Deze verantwoordelijkheid wordt nog te vaak aan het MSOC overgelaten, wat een zware belasting kan betekenen voor de psycho-sociale begeleiders.

²⁵⁹ Resultaten als antwoord op de vraag "Met welke andere diensten werk je vooral samen? Hoe verlopen die contacten?", interviews met het personeel van het MSOC Antwerpen, 2000.

4.1.2. MSOC Limburg²⁶⁰

De samenwerking met andere diensten verloopt over het algemeen **vrij vlot** (11/15). Voorbeelden hiervan zijn de sociale dienst van de gevangenis, het daklozencentrum De Maretak in Hasselt en bepaalde OCMW's (al dan niet in het kader van het PAO²⁶¹). Meestal is deze vlotte samenwerking wel **persoonsgebonden** (6/15). Zo zijn er bepaalde OCMW's waarmee goed samengewerkt wordt, omdat men er een contactpersoon heeft (2/15), en andere OCMW's waarmee de samenwerking niet goed verloopt, omdat de medewerkers niet naar vergaderingen komen, of te strikt maatschappelijk denken, enz. (4/15). Ook de samenwerking met residentiële diensten is meestal afhankelijk van bepaalde personen.

De meeste knelpunten situeren zich op het vlak van het **beroepsgeheim**. Vooral waar het politie- of justitiediensten betreft (politie, rijkswacht en justitieassistenten), geeft men aan dat deze omwille van hun verschil in positie meer informatie vragen betreffende cliënten dan het beroepsgeheim van de hulpverleners toelaat. Maar ook tegenover andere personen of instanties, zoals het Comité Bijzondere Jeugdzorg, bepaalde OCMW's of werkgevers zegt men voorzichtig te moeten zijn met het doorgeven van informatie, aangezien externe diensten minder snel geneigd zijn tot samenwerking als er een drugproblematiek in het spel is (9/15). De vermelde knelpunten omtrent het beroepsgeheim zijn des te meer opvallend omdat er vanuit CAD/MSOC Limburg protocollen en formulieren werden ontwikkeld die juist aan dit euvel ten aanzien van de justitiële sector wilden tegemoet komen²⁶². Misschien is het tijd om deze protocollen te evalueren op hun praktisch nut. Een onafhankelijk overlegorgaan zou deze samenwerking kunnen coördineren.

Andere diensten waarbij de samenwerking niet altijd even vlot verloopt, zijn: bepaalde zieken- en pensioenkassen, bepaalde psychiaters in A-diensten die teveel medicatie voorschrijven, bepaalde apothekers die zeer terughoudend zijn tot samenwerking, bepaalde residentiële voorzieningen waar MSOC-cliënten enkel terecht kunnen als ze zich voldoende aan de regels kunnen houden, bepaalde crisisopvangdiensten of voorzieningen voor beschut wonen waarbij men enkel terecht kan als men clean is, zelfs van methadon, en psychiatrische instellingen die mensen met een primaire psychiatrische probleematiek weigeren op te nemen indien er eveneens een drugprobleem is (de zgn. 'dubbele diagnoses').

Hoewel de samenwerking niet steeds optimaal verloopt omwille van stereotiepen die er buiten het MSOC leven, geeft men ook aan dat uitleg geven al veel kan helpen.

²⁶⁰ Resultaten als antwoord op de vraag "Met welke andere diensten werk je vooral samen? Hoe verlopen die contacten?", interviews met het personeel van het MSOC Limburg, 2000.

²⁶¹ Plaatselijk Armoede Overleg.

²⁶² CASSELMAN, J., DE RUYVER, B., BULLENS, F., MEUWISSEN, K. en VAN IMPE, K., o.c., 27.

4.2. Effecten op het netwerk

4.2.1. MSOC Antwerpen²⁶³

Ook door externe diensten wordt de **centrale rol** van het MSOC in het netwerk onderschreven. De samenwerking met het MSOC wordt in het algemeen als positief beschouwd. Als positief punt vermeldt men bijvoorbeeld het feit dat bepaalde subgroepen (zoals zwangere gebruikers, kinderen van gebruikers, gebruikers met zware medische problematieken, prostituées, mensen zonder papieren) kunnen doorverwezen worden naar het MSOC. Als er knelpunten worden aangehaald, worden die praktisch uitsluitend toegeschreven aan het probleem van de **ondercapaciteit** van het MSOC, wat de toeleiding van cliënten naar het MSOC bemoeilijkt. Verschillende bevraagde personen stellen een decentralisatie via bijkomende MSOC-antennes in de stad voor als mogelijke oplossing.

Enkele diensten waar geen medici werkzaam zijn, hebben problemen met het beroepsgeheim van de artsen van het MSOC en stellen dat het MSOC te weinig informatie doorgeeft omtrent de medische toestand van cliënten, voornamelijk op het vlak van de substitutiebehandeling. De categoriale drughulpverlening stelt dat er te weinig sprake is van een gericht doorverwijzingsbeleid. Men heeft de indruk dat bepaalde cliënten die bijvoorbeeld 'rijp' zijn voor een ontwenningencentrum, te lang in het MSOC worden gehouden en niet snel genoeg worden doorverwezen.

4.2.2. MSOC Limburg²⁶⁴

Er werden door externe actoren **geen knelpunten** in de samenwerking met het MSOC vermeld. De samenwerking verloopt vlot tot uitstekend (2/3). Deze vlotte samenwerking wordt onder andere verzekerd door het systeem van de *tweede verstrekker*, een functie die ook door medewerkers van externe diensten wordt vervuld in de antennes. Ook de *interviewvergaderingen* zorgen ervoor dat er regelmatig structureel overleg gepleegd wordt tussen het MSOC en bepaalde externe diensten.

4.3. Effecten op de cliënten

Zowel in het MSOC van **ANTWERPEN** als in het MSOC van **LIMBURG** ondervindt men moeilijkheden bij de **doorstroming** van een groep van 'oudere', gestabiliseerde cliënten, die vaak een methadononderhoudsbehandeling (MOB) nodig hebben. Deze moeilijke doorstroming wordt toegeschreven aan het feit dat de reguliere sector nog te weinig openstaat voor deze cliënten. Huisartsen (**ANTWERPEN**) en apothekers (**LIMBURG**) weigeren vaak de verantwoordelijkheid voor de opvolging van deze cliënten op zich te nemen, niet in het minst omdat er nog steeds geen degelijke wettelijke basis bestaat in ons land voor methadonverstrekking. Daarnaast bestaan er te weinig externe diensten die ten aanzien van deze groep van gestabiliseerde gebruikers een aangepast aanbod doen, zoals tewerkstellingsprojecten.

²⁶³ Resultaten als antwoord op de vraag "Hoe verloopt de samenwerking met het MSOC?", interviews met externe actoren in de provincie Antwerpen, 2000.

²⁶⁴ Resultaten als antwoord op de vraag "Hoe verloopt de samenwerking met het MSOC?", interviews met externe actoren in de provincie Limburg, 2000.

5. CONCLUSIES

- Aangezien zowel het MSOC van **ANTWERPEN** als dat van **LIMBURG** een zeer lange voorgeschiedenis hebben, hebben zij zich niet zo moeten profileren of inwerken in bestaande structuren en netwerken zoals sommige andere MSOC's. Integendeel zijn zij vaak een drijvende kracht (geweest) en spelen zij vaak een **centrale rol** bij het ontstaan en het verder uitwerken van de **regionale netwerken**.
- Gezien de opdracht van de MSOC's om de hulpverlening niet in de eerste plaats te concentreren rond het druggebruik, maar wel rond de omliggende problemen, stellen we vast dat de samenwerking met de categoriale drughulpverlening slechts een klein gedeelte uitmaakt van de externe werking. Het accent ligt daarentegen veel sterker op contacten - zowel op cliëntniveau als op cliëntoverstijgend niveau - met andere **niet-categoriale sectoren**, zoals de sector van het algemeen welzijnswerk, de medische sector (ziekenhuizen, artsen, apothekers), de sector van politie en justitie, enz.
- Algemeen hebben de MSOC's een **dynamiek** tot stand gebracht in het (drug)hulpverleningslandschap. Sinds 1997 zijn vooral gespecialiseerde drugcentra zich gaan heroriënteren in de richting van de *harm reduction*- benadering. Zo wordt er door andere voorzieningen (ook niet-gespecialiseerde voorzieningen zoals gevangenissen) meer overgegaan tot het verstrekken van methadon.
- Nochtans is deze *harm reduction*- benadering nog niet voldoende doorgedrongen bij externe diensten. De samenwerking met andere dan drugspecifieke diensten, wordt bemoeilijkt door het feit dat zij minder ervaring en know-how hebben op het vlak van de drugproblematiek en omtrent de *harm reduction*-visie. Zo worden druggebruikers over het algemeen gemeden door daklozencentra, ziekenhuizen, psychiatrische centra en huisartsen, of worden zij bij opname verplicht om te ontwennen (ook van methadon), zelfs al worden zij niet doorverwezen voor hun drugprobleem, maar voor andere medische, sociale of psychiatrische problemen. Men ondervindt met name moeilijkheden bij de doorstroming van een 'oudere' groep van gestabiliseerde cliënten naar de reguliere sector van huisartsen (**ANTWERPEN**) en apothekers (**LIMBURG**).
- Een al dan niet vlotte samenwerking met andere diensten is hoofdzakelijk **persoonsgebonden** en dus niet structureel.
- In **ANTWERPEN** blijkt er te weinig sprake te zijn van een gericht doorverwijzingsbeleid tussen de gespecialiseerde drughulpverlening.
- In **LIMBURG** verloopt de samenwerking met politie en justitie niet steeds goed omwille van het beroepsgeheim.

6. AANBEVELINGEN

- **Sensibilisering betreffende de *harm reduction*-visie**

Het 'promoten' van de *harm reduction*-visie naar externe diensten toe, waar deze visie duidelijk te weinig ingeburgerd is, vergt de MSOC's heel wat tijd en energie. Deze taak dient echter niet enkel door de MSOC's uitgevoerd te worden. Het nationaal en lokaal beleid dient deze visie beter te ondersteunen en te verspreiden, zowel bij de categoriale als bij de niet-categoriale hulpverlening, zodat *harm reduction*-strategieën een plaats krijgen op alle echelons van de hulpverlening.

- **Zorgcircuits**

Zowel voorzieningen binnen de drughulpverlening als binnen de andere sociale sectoren die met de doelgroep van de MSOC's in aanraking komen, dienen beter op elkaar afgestemd te worden. Samenwerking moet een meer structureel karakter krijgen en het lokale overleg dient beter geïntegreerd te worden in overkoepelende overlegorganen. Als sectoren waarbij een bijzondere inspanning op dit vlak noodzakelijk is, kunnen we vermelden:

- algemene en psychiatrische ziekenhuizen,
- huisartsen en apothekers,
- daklozenopvang,
- politie en justitie.

DEEL VI : ALGEMENE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

I. HET ONDERZOEK

Teneinde aan de tweevoudige onderzoeksopdracht tegemoet te komen, werd een combinatie gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodes. De kwalitatieve component werd voornamelijk vertaald in het afnemen van interviews. Hierbij werd het project MSOC bekeken vanuit verschillende invalshoeken: niet enkel vanuit de invalshoek van de MSOC's zelf, maar ook van de overige categoriale hulpverlening, van de niet-categoriale hulpverlening, van politie en justitie en ten slotte van de druggebruikers zelf.

- **Installatie van een evaluatiecultuur**

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

- **Ontwikkelen van evaluatiecriteria**

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

Om evoluties bij de cliënten na te gaan, kan - in afwachting van beter ontwikkelde evaluatie-instrumenten - het gebruik van de ASI-vragenlijst in alle drughulpverleningsinstellingen aangemoedigd worden.

- **Combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methodes**

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

II. DE MSOC's EN DE OPDRACHTBEPALINGEN

De Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers (MSOC's) werden vanaf 1997 in België opgericht om een leemte in het hulpverleningsaanbod ten aanzien van druggebruikers op te vullen. De centra staan voor laagdrempelige ambulante hulpverlening ten aanzien van problematische en gemarginaliseerde gebruikers van illegale drugs, vanuit het zgn. *harm reduction*-perspectief.

De belangrijkste opdrachten van de MSOC's zijn te vinden in de conventies die de MSOC's sloten met het RIZIV. Deze opdrachtbepalingen zijn zeer uitgebreid en op bepaalde vlakken onduidelijk.

Elk MSOC heeft vanuit de algemene opdracht een specifieke werking ontwikkeld naargelang de kenmerken van de regio waarin het functioneert.

- **Uitklaren van doelstellingen en verwachtingen**

Globaal bekeken zijn de opdrachten van de MSOC's nog te sterk gericht op de problemen die verband houden met het middelengebruik op zich, waardoor een globale aanpak van alle problemen, gericht op de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten, in het gedrang komt. **Daarom is een uitklaring van de verwachtingen en de doelstellingen van het MSOC noodzakelijk**, met het oog op het stimuleren van de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten en hun subjectieve levenskwaliteit.

De doelstellingen dienen geherformuleerd te worden. Men zou met name het accent kunnen leggen op het *aanpassingsvermogen* van de interventiedrempel eerder dan op de laagdrempelige interventie op zich, op de *vermindering van de schade* eerder dan op de beperking van de risico's, op de substitutiebehandeling gericht op *onderhoud* eerder dan op ontwenning, op het werken in samenspraak met en gericht op de cliënt (*case management*) eerder dan op het doorverwijzen van de cliënt tussen voorzieningen binnen het netwerk.

Voornamelijk de **onduidelijkheid** omtrent het spanningsveld **tussen de harm reduction-benadering en de ontwenningbenadering** moet uitgeklaard worden via een duidelijke definiëring van deze begrippen.

III. AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO's

De onderzoeksregio voor het MSOC van ANTWERPEN is tweevoudig: in eerste instantie richten we ons op de **stad Antwerpen**; in tweede instantie op de rest van de **provincie Antwerpen**

De onderzoeksregio voor het MSOC GENK/LIMBURG is de **provincie Limburg**.

IV. BESCHRIJVING VAN HET DRUGGEBRUIK EN HET HULPVERLENINGSAANBOD IN DE ONDERZOEKSREGIO's

- Aard en omvang van het problematisch druggebruik

Als we de aard en de omvang van het druggebruik willen kennen, moeten we ervan uitgaan dat we nooit een volledig beeld zullen hebben. Men dient bijgevolg de grootste omzichtigheid aan de dag te leggen bij het formuleren van tendenzen inzake druggebruik.

- Het problematisch druggebruik en gemarginaliseerde druggebruikers blijken zich voornamelijk *in stedelijke regio's* te concentreren.
- Er blijkt een tendens te bestaan naar meervoudig druggebruik en *complexere problematieken*. De klassieke heroïnegebruiker, die enkel een probleem heeft met dat ene product, bestaat niet (meer).
- Er zou een stijging zijn van het problematisch gebruik van andere middelen, met name *opwekkende middelen*. De personen die deze producten (al dan niet problematisch) gebruiken, zijn vaak jonger en vinden moeilijker de weg naar de hulpverlening.
- Er is minder dan vroeger sprake van een 'drugmilieu'. Druggebruik is meer *verspreid* en hoeft niet per se problematisch te zijn. Het *gecontroleerd gebruik* van de zogenaamde '*hard drugs*' komt evenzeer voor. In de hulpverlening merkt men trouwens een evolutie in de richting van veiliger druggebruik.

- **Gestandaardiseerde registratie**

Om zicht te krijgen op de aard en de omvang van het druggebruik in België in het algemeen, en het problematisch druggebruik in het bijzonder, is er in de eerste plaats nood aan betrouwbare en vergelijkbare **gegevens**.

Zowel op lokaal als federaal vlak is er nood aan een **gestandaardiseerd registratiesysteem**, om de vergelijking van gegevens te optimaliseren. Een eerste prioriteit hierbij is het ontwikkelen van gemeenschappelijke standaardvariabelen. Aangezien we geen volledige lezing hebben kunnen doorvoeren van alle bestaande mogelijkheden, zouden de items die gebruikt worden door het BIRN een eerste aanknopingspunt kunnen vormen. Het zou tevens interessant, zoniet noodzakelijk zijn om ook een **geanonimiseerde identificatiecode** te ontwikkelen voor (problematische) druggebruikers die in contact komen met de hulpverlening. Dit om dubbeltellingen te vermijden enerzijds en om een zicht te krijgen op het traject van cliënten binnen de drughulpverlening anderzijds.

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

- **ANTWERPEN: Vervolg en verbreding van bestaand onderzoek**

Het bestaande registratieonderzoek, uitgevoerd door SODA en UIA, bij *vier drughulpverleningsinstellingen* in de stad Antwerpen, dient verdergezet te worden en bovendien uitgebreid naar andere, ook niet-categoriale, voorzieningen enerzijds en naar voorzieningen in de rest van de provincie anderzijds. Zoals hierboven reeds gesteld, merken we op dat dit in de praktijk een zeer moeilijke opdracht kan betekenen, aangezien het op elkaar afstemmen van de registratiesystemen hiervoor een voorwaarde is.

- **LIMBURG: Herhaling van het provinciaal onderzoek**

Het is wenselijk dat het provinciaal onderzoek van 1992, dat een bevraging inhield van de verschillende sectoren die in aanraking komen met gebruikers van illegale drugs, herhaald wordt teneinde zicht te krijgen op tendenzen in de aard en omvang van het (problematisch) druggebruik in de provincie Limburg.

- **LIMBURG: Etnografisch onderzoek**

Het is wenselijk om in de provincie Limburg in de toekomst ook aandacht te besteden aan etnografisch onderzoek aangezien dit tot op heden nog niet gebeurd is.

- **Spreiding en analyse van het hulpverleningsaanbod**

Zowel de provincie ANTWERPEN als de provincie LIMBURG beschikken over een veelheid van diensten en een **gedifferentieerd aanbod** ten aanzien van druggebruikers. De meerderheid van deze diensten hebben voornamelijk een aanbod ten aanzien van legale druggebruikers of niet-problematische illegale gebruikers. In de praktijk zien we

dat voornamelijk *niet-categoriale diensten* in contact komen met de MSOC-doelgroep en/of samenwerken met het MSOC.

Er bestaat in het hele land een grote onduidelijkheid over het zorgaanbod. Dit geldt voornamelijk voor de voorzieningen die niet noodzakelijk een specifiek aanbod hebben ten aanzien van druggebruikers, zoals voorzieningen in de sector van het algemeen welzijnswerk.

- **Uitklaren van het drughulpverleningsaanbod**

Het is noodzakelijk dat diensten en voorzieningen die een rol hebben op het vlak van het problematisch druggebruik, in elk geografisch attractiegebied dat door het onderzoek werd omschreven, zouden betrokken worden bij de **identificatie** van het **problematisch druggebruik** én van het **zorgaanbod** in de regio.

De verscheidenheid van projecten en therapeutische programma's moet, eens geïdentificeerd door alle betrokken diensten samen, bijdragen tot de ontwikkeling van netwerken en zorgcircuits. Dit zou kunnen leiden tot de *optimalisering van de coördinatie* in de betrokken sectoren, gericht op de noden en behoeften van de cliënten.

- **Volwaardig behoefteonderzoek is noodzakelijk**

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

- **Onderzoek naar niet-bereikte doelgroepen**

Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoeveel cliënten in de regio niet bereikt worden door de drughulpverlening, hoeveel cliënten geen enkel contact hebben met de hulpverlening, zelfs niet met het straathoekwerk (de zogenaamde '*hidden populations*'), en vooral wat hiervan de redenen zijn. Ook hierbij is de inzet van **kwalitatief onderzoek** onmisbaar.

- **LIMBURG : Uitgebreidere inventaris van het drughulpverleningsaanbod**

Het is wenselijk dat in de provincie Limburg een uitgebreidere inventaris van hulpverleningsinstellingen t.a.v. druggebruikers zou opgesteld worden, waarbij met name de *zorgfuncties* uitgebreider omschreven zijn dan dat nu het geval is. Dit zou kunnen gebeuren naar het voorbeeld van de 'Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik' van de provincie Antwerpen.

- **LIMBURG en ANTWERPEN: Uitbreiding van laagdrempelige initiatieven**

Zowel in Limburg als in Antwerpen bestaat een acute nood aan een uitbreiding van laagdrempelige initiatieven voor het doelpubliek van de MSOC's, met name gemarginaliseerde druggebruikers.

Dit betekent dat niet alleen de MSOC's dienen uitgebreid te worden, maar ook andere niet-categoriale diensten. We denken hierbij vooral aan daklozenopvang (dag- en

nachtopvang) en crisiscentra waar illegale druggebruikers terecht kunnen **zonder strikte formele vereisten** zoals de voorwaarde tot ontwenning (ook niet van methadon).

V. PROCES- EN EFFECTEVALUATIE

Hoofdstuk I : Interne werking

- Wat betreft **interne procedures**:

De erkenning als MSOC heeft een uitbreiding van de organisatie, meer regels en een meer formele sfeer tot gevolg gehad. Dit wordt zowel door het personeel als door de cliënten gevoeld.

Zowel het MSOC van ANTWERPEN als dat van LIMBURG beschikken over voldoende **zelfreflectie**. Men tracht, met ander woorden, steeds oplossingen te vinden voor organisationele problemen die de uitbreiding van een centrum met zich meebrengt. De **moeizame interne communicatie** en het **zo laag mogelijk houden van de drempel ten aanzien van de cliënten** blijven hierbij aandachtspunten.

- Wat betreft de **financiering** en de **capaciteit**:

De MSOC's van ANTWERPEN en LIMBURG hebben hun **maximale capaciteit overschreden**. Deze overbelasting/bevraging heeft verstekkende **gevolgen**:

- Doordat de werklust en werkdruk van het MSOC-personeel enorm hoog is, kan er te weinig tijd vrijgemaakt worden om elke cliënt even intensief op te volgen;
- Men moet steeds op zoek gaan naar bijkomende financiering om bijvoorbeeld groepsactiviteiten of andere nieuwe initiatieven te kunnen organiseren;
- Men ziet zich verplicht om een selectie te maken in het nieuwe cliënteel in het voordeel van de meest gemarginaliseerden waardoor minder problematische cliënten uit de boot dreigen te vallen; enz.

Inhoudelijk mag het werken met de doelgroep van de MSOC's niet onderschat worden. Omwille van de hoge werkdruk en het veeleisende werk, ondervinden de MSOC's *moeilijkheden bij het vinden en/of houden van geschikt personeel*.

Het effect op andere diensten is dat zij steeds moeilijker cliënten naar het MSOC kunnen doorverwijzen.

De financiering via het RIZIV laat onvoldoende toe de groep van cliënten *die niet in orde zijn met de ziekenkas*, te helpen.

- Wat betreft de **registratie**:

De MSOC's van ANTWERPEN en LIMBURG registreren **meer gegevens** dan door bepaalde registratieprojecten vereist wordt.

Een goede, uniforme registratie is essentieel om een beleid te kunnen ontwikkelen maar ook om een beleid te kunnen evalueren. Er is een **gebrek aan een systematische financiering** voor de registratie en de verplichtingen die de RIZIV-conventie oplegt inzake registratie zijn bijzonder uitgebreid. In de huidige omstandigheden is registratie voor de hulpverleners in het werkveld een bijkomende taak, die als *tijdsintensief* wordt ervaren én die *ten koste* gaat van de contacten met de *cliënten*.

Inzake registratie hebben de MSOC's op dit moment onvoldoende personeel en zijn zij in de praktijk vaak afhankelijk van de goodwill van enkele personeelsleden die deze taak op zich nemen. Het gevolg is een belasting van de veldwerkers en eventueel een partiële registratie. Daarom is het van belang om binnen de MSOC's **personeel** ten dele **vrij te stellen** om voldoende tijd te kunnen vrijmaken voor de registratie.

- **Herziening van financiële en administratieve voorwaarden**

Er dient een **herziening** te gebeuren van de **administratieve voorwaarden** en van de **financiële modaliteiten van de MSOC's** zoals ze op dit ogenblik vastgelegd zijn. Een aantal maatregelen van dit vrij rigide mechanisme komen immers in botsing met de flexibiliteit die wenselijk is voor een project waarvan het voornaamste kenmerk het aanpassingsvermogen is.

Meer specifiek is er in de eerste plaats nood aan **bijkomende financiering**, volgens een financieringssysteem dat veel stabiel is dan hetgene dat gebaseerd is op de terugbetaling van reeds gedane uitgaven. Met name moeten de MSOC's middelen toegekend worden **voor de cliënten die zich in een situatie van administratieve marginaliteit bevinden** ("zonder papieren", daklozen, personen zonder ziekte- en invaliditeitsverzekering,...). Om deze groep van cliënten beter te kunnen helpen, heeft men met andere woorden nood aan een gemengd financieringsmodel.

De MSOC's moeten meer vrijheid krijgen bij de invulling van het **personeelskader**. Het personeelskader moet regelmatig kunnen herzien worden in functie van veranderende noden en behoeften en de financiële middelen moeten hierop afgestemd worden.

De administratieve en financiële schikkingen werden bedacht voor periodes van hulpverlening die *veel te kort* zijn, vergeleken met de realiteit van het werkveld, waar de doelgroep zich kenmerkt door de *chroniciteit* van haar problematiek. Een realistische meerderheid van de begeleidingen in een MSOC bedraagt enkele **jaren** en niet enkele maanden zoals het op dit ogenblik van het project "MSOC" verondersteld wordt. De administratieve en financiële schikkingen moeten dus aangepast worden zodat zij beter aansluiten op deze tijdsmaat.

De personeelsbezetting is hoofdzakelijk berekend op basis van het aantal te verrichten begeleidingen. Er is slechts een beperkt luik voorzien voor **beleid, registratie, opleiding, overleg, inter- en supervisie en evaluatie**. De ondercapaciteit van de MSOC's zorgt dat er voor deze structurele activiteiten onvoldoende tijd kan vrijgemaakt worden. Deze activiteiten zijn nochtans van cruciaal belang. Gezien de bestaande werkdruk binnen de MSOC's, is het zinvol om personeel vrij te stellen om deze aspecten van de organisatie systematisch aan te pakken.

Hoofdstuk II : Laagdrempelige werking

- Laagdrempeligheid in de ruimte

Het MSOC van ANTWERPEN bestrijkt de brede stedelijke regio van de stad Antwerpen. Het MSOC van GENK/LIMBURG bestrijkt de gehele provincie Limburg. Beide MSOC's hebben een **zeer goede lokale verankering**, niet in het minst omdat zij geënt zijn op bestaande structuren met een lange voorgeschiedenis.

In een aantal regio's bestaat er een **tekort aan laagdrempelige voorzieningen**. In de stad **Antwerpen** is het vooral de capaciteit van bestaande laagdrempelige voorzieningen die

moet uitgebreid worden. In de **Kempen** is er een tekort aan gespecialiseerde drughulpverlening in het algemeen, maar de middelen van het MSOC van Antwerpen zijn te beperkt om zich actief op deze regio te richten. Het model van het MSOC, dat gericht is op de grootstadproblematiek leent zich daar trouwens niet toe. Ook in **Vlaams-Brabant** (meer bepaald de regio tussen Leuven, Aarschot, Diest en Tienen) zou de ambulante laagdrempelige drughulpverlening meer middelen moeten krijgen om een MSOC-functie te kunnen vervullen. Het ligt immers niet besloten in de opdracht van het MSOC Limburg om gebruikers van die regio te bereiken.

• **ANTWERPEN : Uitbreiding van laagdrempelige voorzieningen**

De capaciteit van laagdrempelige voorzieningen, die werken volgens de *harm reduction* methodiek, dienen in de stad Antwerpen uitgebreid te worden. Het gaat hier voornamelijk om laagdrempelige ambulante drugcentra, daklozenopvang, straathoekwerk, inloopruimtes en/of gebruikruimtes, enz.

• **KEMPEN : Uitbouw van de drughulpverlening**

In de Kempen dient de laagdrempelige drughulpverlening uitgebouwd te worden volgens het gedecentraliseerde model van het MSOC Limburg, in nauwe samenwerking met huisartsen en apothekers.

• **VLAAMS-BRABANT : Ontwikkeling van een MSOC**

De bestaande ambulante drughulpverlening in de regio tussen Leuven, Aarschot, Diest en Tienen heeft nood aan meer middelen om een laagdrempelige MSOC-functie te kunnen uitbouwen.

- **Laagdrempeligheid in de contactname**

Beide MSOC's **bereiken de doelgroep**, enerzijds via het straathoekwerk, anderzijds door de verhuis naar het centrum van de stad (ANTWERPEN) of door de sterk uitgebouwde antennewerking (LIMBURG).

De MSOC's bereiken zelfs groepen van gebruikers die in het algemeen door de bestaande hulpverlening weinig bereikt worden, maar die men zelf niet voldoende kan helpen wegens een gebrek aan middelen. Voor het MSOC van ANTWERPEN betreft het voornamelijk **illegalen en anderstaligen** in het algemeen; voor het MSOC van LIMBURG betreft het problematische gebruikers van **andere middelen dan heroïne**.

• **ANTWERPEN : MSOC-antenne in de stad**

Het MSOC van Antwerpen dient middelen te krijgen om een bijkomende MSOC-antenne te kunnen uitbouwen in de stad Antwerpen. De aandacht kan hierbij vooral gaan naar het beter bereiken van de groep van illegale en anderstalige problematische druggebruikers.

• **LIMBURG : Ondersteuning van de gedecentraliseerde werking**

Het MSOC van Limburg dient middelen te krijgen om de bestaande gedecentraliseerde werking nog beter uit te bouwen, met name moet er meer personeel kunnen ingezet worden in de verschillende antennes.

- Laagdrempeligheid in de begeleiding

De ingangspoort voor cliënten tot het MSOC van ANTWERPEN is steeds medisch. Dit is te verklaren door het feit dat het centrum reeds in het verleden de nadruk legde op gezondheidsproblemen. In het MSOC van LIMBURG ligt het accent iets minder op dit medische aspect en in de regio's overweegt zelfs het therapeutische aspect. Globaal genomen poogt men **in beide centra** een zo goed mogelijk **evenwicht** te bewerkstelligen tussen de medische en de psycho-sociale begeleiding.

Wegens tijdsgebrek heeft men in het MSOC van ANTWERPEN moeten afzien van groepsactiviteiten. In het MSOC van GENK/LIMBURG organiseert men groepsactiviteiten, maar wegens beperkte belangstelling bij het cliënteel én het feit dat deze activiteiten niet gefinancierd worden (en dus afhankelijk zijn van externe financiering die het MSOC zelf moet zoeken), kan men deze niet steeds doorvoeren.

Tijd is een **zeer belangrijke, zoniet noodzakelijke voorwaarde** voor een begeleiding door een MSOC en het zichtbaar worden van de effecten daarvan. Alle personeelsleden merken op dat cliënten die reeds jaren in begeleiding zijn in het MSOC een evolutie doormaken naar meer **stabilisatie** op verschillende vlakken. Ook de overgrote meerderheid van de cliënten geeft aan dat hun toestand **verbeterd** is, voornamelijk op het vlak van het druggebruik, de gezondheid (MSOC ANTWERPEN) en de relatie met familie en/of vrienden (MSOC LIMBURG).

Cliënten zijn **tevreden tot zeer tevreden** over beide MSOC's en geven aan de hulp te krijgen die ze verwachten te krijgen. Men verwacht vooral medische hulp. Ook de houding van het MSOC-personeel (vriendelijk, menselijk, niet veroordelend) wordt als zeer positief beschouwd door de cliënten.

Personeelsleden vinden dat ze wegens de overbevraging van het centrum te weinig tijd kunnen besteden aan individuele (therapeutische) gesprekken (voornamelijk ten aanzien van het methadoncliënteel) en hebben de indruk dat er soms te weinig wordt gedacht in de richting van ontwenning.

• Meer middelen voor psycho-sociale begeleiding

De MSOC's moeten in de mogelijkheid gesteld worden om nog meer een aanbod te doen naar problematische gebruikers van andere middelen dan heroïne. Hiervoor dient het psycho-sociale aanbod (voornamelijk in de vorm van therapeutische gesprekken) uitgebreid te worden. Maar ook voor methadoncliënten is er nood aan intensievere individuele begeleiding. Dit betekent weer dat men hiervoor meer middelen zal moeten toekennen.

- Laagdrempeligheid in de tijd

De MSOC's hebben gepoogd om zo laagdrempelig mogelijk te zijn in de tijd. In de realiteit zijn de meeste MSOC's geëvolueerd naar een **afsprakensysteem**. Er wordt wel een permanentie voorzien maar in de praktijk blijkt deze enkel te dienen om cliënten aan de afspraken te houden en bij te springen in crisissituaties. Dit is een goede illustratie van het feit dat de MSOC's omwille van de beperkte middelen bepaalde keuzes moeten

doorvoeren. Met de huidige middelen kan men niet even laagdrempelig zijn op alle vlakken. Blijkbaar wordt de drempel op het vlak van openingsuren hierdoor het meest aangetast, ten voordele van een lagere drempel op andere vlakken.

Bij het MSOC van ANTWERPEN is deze tendens het minst uitgesproken en slaagt men erin door de onthaalfunctie en de vrije consultaties de laagdrempeligheid in de tijd zoveel mogelijk in stand te houden.

Wegens de verregaande decentralisering van de werking van het MSOC van LIMBURG heeft men met de huidige middelen niet de mogelijkheid om de drempel op het vlak van openingsuren laag te houden. De methadonverstrekking kan slechts op gezette tijdstippen doorgaan en voor gesprekken werkt men hoofdzakelijk op afspraak. Het is een keuze die men heeft moeten maken om de drempel op andere vlakken wel zo laag mogelijk te houden.

Hoofdstuk III : Participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk

Aangezien zowel het MSOC van ANTWERPEN als dat van LIMBURG een zeer lange voorgeschiedenis hebben, hebben zij zich niet zo moeten profileren of inwerken in bestaande structuren en netwerken zoals sommige andere MSOC's. Integendeel zijn zij vaak een drijvende kracht (geweest) en spelen zij vaak een **centrale rol** bij het ontstaan en het verder uitwerken van de **regionale netwerken**.

Gezien de opdracht van de MSOC's om de hulpverlening niet in de eerste plaats te concentreren rond het druggebruik, maar wel rond de omliggende problemen, stellen we vast dat de samenwerking met de categoriale drughulpverlening slechts een klein gedeelte uitmaakt van de externe werking. Het accent ligt daarentegen veel sterker op contacten - zowel op cliëntniveau als op cliëntoverstijgend niveau - met andere **niet-categoriale sectoren**, zoals de sector van het algemeen welzijnswerk, de medische sector (ziekenhuizen, artsen, apothekers), de sector van politie en justitie, enz.

Algemeen hebben de MSOC's een **dynamiek** tot stand gebracht in het (drug)hulpverleningslandschap. Sinds 1997 zijn vooral gespecialiseerde drugcentra zich gaan heroriënteren in de richting van de *harm reduction*- benadering. Zo wordt er door andere voorzieningen (ook niet-gespecialiseerde voorzieningen zoals gevangenis) meer overgegaan tot het verstrekken van methadon.

Nochtans is deze *harm reduction*- benadering nog niet voldoende doorgedrongen bij externe diensten. De samenwerking met andere dan drugspecifieke diensten, wordt bemoeilijkt door het feit dat zij minder ervaring en know-how hebben op het vlak van de drugproblematiek en omtrent de *harm reduction*-visie. Zo worden druggebruikers over het algemeen gemeden door daklozencentra, ziekenhuizen, psychiatrische centra en huisartsen, of worden zij bij opname verplicht om te ontwennen (ook van methadon), zelfs al worden zij niet doorverwezen voor hun drugprobleem, maar voor andere medische, sociale of psychiatrische problemen. Men ondervindt met name moeilijkheden bij de doorstroming van een 'oudere' groep van gestabiliseerde cliënten naar de reguliere sector van huisartsen (ANTWERPEN) en apothekers (LIMBURG).

Een al dan niet vlotte samenwerking met andere diensten is hoofdzakelijk **persoonsgebonden** en dus niet structureel.

In ANTWERPEN blijkt er te weinig sprake te zijn van een gericht doorverwijzingsbeleid tussen de gespecialiseerde drughulpverlening.

In LIMBURG verloopt de samenwerking met politie en justitie niet steeds goed omwille van het beroepsgeheim.

• **Sensibilisering betreffende de *harm reduction*-visie**

Het 'promoten' van de *harm reduction*-visie naar externe diensten toe, waar deze visie duidelijk te weinig ingeburgerd is, vergt de MSOC's heel wat tijd en energie. Deze taak dient echter niet enkel door de MSOC's uitgevoerd te worden. Het nationaal en lokaal beleid dient deze visie beter te ondersteunen en te verspreiden, zowel bij de categoriale als bij de niet-categoriale hulpverlening, zodat *harm reduction*-strategieën een plaats krijgen op alle echelons van de hulpverlening.

• **Zorgcircuits**

Zowel voorzieningen binnen de drughulpverlening als binnen de andere sociale sectoren die met de doelgroep van de MSOC's in aanraking komen, dienen beter op elkaar afgestemd te worden. Samenwerking moet een meer structureel karakter krijgen en het lokale overleg dient beter geïntegreerd te worden in overkoepelende overlegorganen. Als sectoren waarbij een bijzondere inspanning op dit vlak noodzakelijk is, kunnen we vermelden:

- algemene en psychiatrische ziekenhuizen,
- huisartsen en apothekers,
- daklozenopvang,
- politie en justitie.

BIBLIOGRAFIE

Beleidsdocumenten

KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, Brussel, 2 februari 1995.

KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Algemene Beleidsverklaring inzake Drugs en Toxicomanie*, Brussel, 8 maart 1995.

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

OVEREENKOMST TUSSEN HET COMITÉ VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN DE VZW FREE CLINIC UIT ANTWERPEN, MET BETREKKING TOT HET MEDISCH-SOCIAAL OPVANGCENTRUM VOOR DRUGGEBRUIKERS (M.S.O.C.) VAN DIE VZW ('RIZIV-conventie van MSOC Antwerpen'), 19 februari 1997.

OVEREENKOMST TUSSEN HET COMITÉ VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN DE VZW MEDISCH-SOCIAAL OPVANGCENTRUM LIMBURG UIT GENK ('RIZIV-conventie van MSOC Genk/Limburg'), 20 februari 1997.

HOGE GEZONDHEIDSRAAD, *Consensusconferentie over methadon*, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Brussel, 8 oktober 1994.

Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek, 28 oktober 2000.

HOGE GEZONDHEIDSRAAD, *Verslag over de follow-up van de consensusconferentie over methadon*, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Brussel, november 2000, URL:
www.health/fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/consensusconferentie_methadone.html

Besluit van de Vlaamse Regering houdende de subsidiëring van de organisatie van een spuitenverdeling / -ruil in Vlaanderen, 15 december 2000.

Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek, 19 januari 2001.

Literatuur

BALTHAZAR, T., BOGAERT, M., DE RUYVER, B., DEWALLENS, F. en MAXIMUS, L., *Juridische aspecten van druggebruik*, Gent, Mys&Breesch, 1996.

BERGERET, I., DE BACKER, V., FROM, L., JOOSTEN, J., NICAISE, P. en PELC, I., *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues*

dans les établissements hospitaliers, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Oktober 1999 (tussentijds verslag).

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

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

BIRN, *Belgisch Nationaal Rapport over Drugs 2000*, Brussel, 2000.

BLOM, T., DE DOELDER, H. en HESSING, D.J. (reds.), *Naar een consistent drugbeleid*, Sanders Instituut, Deventer, 1996.

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

BOUVERNE-DE BIE, M., *Forensisch welzijnswerk*, Gent, Academia Press, 1999.

BROEKAERT, E., VANDERPLASSCHEN, W. en SOYEZ, V. (eds.), *Proceedings of The International Symposium On Substance Abuse Treatment and Special Target Groups*, 1999.

BRUGGEMAN, B., JACOBS, H. e.a., *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen 1999*, Platform Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen.

BRUGGEMAN, B., JACOBS, H. e.a., *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen 2000*, Platform Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen.

BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P. en WARLAND, O., *Evaluatie van de MSOC's. Tussentijds verslag : fase van de piloot- en haalbaarheidsstudie*, o.l.v. prof. I. Pelc, prof. J. Casselman, prof. B. De Ruyver en prof. A. Noirfalise, i.o.v. DWTC, Brussel, U.L.B. – Leuven, K.U.L. – Gent, U.G. – Luik, U.Lg., 1999.

BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P. en WARLAND, O., *Evaluatie van de MSOC's. Tweede tussentijds verslag*, o.l.v. prof. I. Pelc, prof. J. Casselman, prof. B. De Ruyver en prof. A. Noirfalise, i.o.v. DWTC, Brussel, U.L.B. – Leuven, K.U.L. – Gent, U.G. – Luik, U.Lg., 1999.

BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P. en WARLAND, O., *Evaluatie van de MSOC's. Derde tussentijds verslag*, o.l.v. prof. I. Pelc, prof. J. Casselman, prof. B. De Ruyver en prof. A. Noirfalise, i.o.v. DWTC, Brussel, U.L.B. – Leuven, K.U.L. – Gent, U.G. – Luik, U.Lg., 2000.

BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P. en WARLAND, O., *Evaluatie van de MSOC's. Vierde tussentijds verslag*, o.l.v. prof. I. Pelc, prof. J. Casselman, prof. B. De Ruyver en prof. A. Noirfalise, i.o.v. DWTC, Brussel, U.L.B. – Leuven, K.U.L. – Gent, U.G. – Luik, U.Lg., 2000.

BUNING, E., "Outreach work with drug users: an overview", *The International Journal of Drug Policy*, 1993, nr. 4, 78 - 81.

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

CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1997*, 1998.

CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1998*, 1999.

CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 1999*, 2000.

CAD/MSOC Limburg, *Jaarverslag 2000*, 2001.

CASSELMAN, J., 'Integrale benadering in de geestelijke gezondheidszorg', *Acta Hospitalia* 1979, Vol. XIX, nr. 4, p. 382-383.

CASSELMAN, J., *Present procedures and services in the treatment of drug-related problems with reference to evaluation*, WHO Consultation Group on Assessing Standards of Care in Drug Abuse Treatment, San José, Costa Rica, 15-18 November 1988.

CASSELMAN, J., *Met vallen en opstaan. Motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugproblemen*, Leuven/Apeldoorn, Garant, 1996.

CASSELMAN, J., *Druggebruik: aard en omvang*, lezing Postacademisch Vormingsprogramma Drugproblemen, 17 december 1998.

CASSELMAN, J. en VAN DAELE, L., "Epidemiologie van drugsgebruik in België", *Handboek Verslaving*, Houten / Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum, A 5600, 1-19.

DECORTE, T., *Informal control mechanisms among cocaine and crack users in the metropolitan area of Antwerp (Belgium)*, Leuven, K.U.L., 1999.

DECORTE, T., *The Taming of Cocaine, Cocaine Use in European and American Cities*, Brussel, VUB University Press, 2000.

DE LONG, C.A.J., SCHIPPERS, G.M. en DE WILDT, W., "Het gebruik van farmaca bij de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen", *Handboek Verslaving*, Houten / Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum, B 4336-3, 5 –10.

DE RUYVER, B., CASSELMAN, J., MEUWISSEN, K. BULLENS, F. en VAN IMPE, K., *Het Belgisch drugbeleid anno 2000 : een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*, i.o.v. Minister van Justitie, Gent, U.G. – Leuven, K.U.L., 2000.

DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FRANCK, P. en VAN DAELE, L., *Kansarmoede, druggebruik, criminaliteit*, Gent, U.G., 1992.

DE RUYVER, B., HAP, M., MARCHANDISE, T., SCHLEIPER, A. en VERMEULEN, G., *Drugbeleid in 2000*, Antwerpen, Maklu – Brussel, Bruylant, 1997.

DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, C. (eds.), *Het drugbeleid in België : actuele ontwikkelingen*, Antwerpen, Maklu – Brussel, Bruylant, 1998.

DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FLAVEAU, A., DE LEENHEER, A., CARLIER, F., NOIRFALISE, A. en PELC, I. (red.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21ste eeuw*, Antwerpen, Maklu – Brussel, Bruylant, 2000.

DE RUYVER, B., VAN BOUCHAUTE, J. en BALTHAZAR, T., *Methadon, Hulpmiddel of wondermiddel?*, Garant, Leuven/Apeldoorn, Reeks Alcohol en Andere Drugs, nr. 2, 1994.

DOM, G. (red.), *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*, Berchem, Epo, 1999.

DRIESSEN, F.M.H.M., VÖLKER, B.G.M., KREGTING, J. en VAN DER LELIJ, B., *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*, Den Haag / Utrecht, Bureau Driessen, 1999.

EMCDDA, *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*, Scientific monograph No 1, 1997.

EMCDDA, *Understanding and responding to drug use: The role of qualitative research*, Scientific monograph No 4, 2000.

EMCDDA, *Evaluation: A key tool for improving drug prevention*, Scientific monograph No 5, 2000.

EMCDDA, *Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe*, Insights No 3, 2000.

- FOUNTAIN, J., STRANG, J., GRIFFITHS, P., POWIS, B. and GOSSOP, M., 'Measuring Met and Unmet Need of Drug Misusers: Integration of Quantitative and Qualitative Data', *Eur. Addict. Res.* 2000, 6, 97-103.
- GRIETEN, C., *COOL-project : HIV-preventie bij injecterende druggebruikers. Etnografisch onderzoek injecterende druggebruikers Antwerpen. Tussentijds verslag.* Antwerpen – Brussel, VAD – Free Clinic, 1994.
- HEBBERECHT, P., 'Van preventiecontract tot veiligheids- en samenlevingscontract... of de logica van een veiligheidsstaat', *Panopticon* 1997, 101-110.
- INCIARDI, J.A. en HARRISON, L.D. (ed.), *Harm Reduction. National and International Perspectives*, Thousand Oaks/London/New Dehli, Sage Publications, 2000.
- KEYMEULEN, R. en MAERTENS, J., "Dagcentra voor druggebruikers in Vlaanderen", *Handboek Verslaving*, Houten / Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum, B 5130.
- KINABLE, R., CASSELMAN, J., TODTS, S. en VAN DEUN, P., *Drugsgebruikers en AIDS, AIDS-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project*, Brussel, VAD – Leuven, K.U.L. – Antwerpen, Free Clinic, 1994.
- KOETER, M.W.J. en VAN DEN BRINK, W., 'Methodologische problemen bij effectonderzoek in de verslavingszorg', *T.Alc.Drugs* 1995, Vol. 21, nr. 1, 1-10.
- LINCOLN, S.Y. en GUBA, E.G., *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, Sage Publications, 1998.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds, Geactualiseerde cijfers*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 1998.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Vrind 99: Vlaamse Regionale Indicatoren*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Profiel Vlaanderen 2000*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000.
- MINJON, B., 'Methadon, toepassingen in de drugshulpverlening', In BUISMAN, W.R., CASSELMAN, J., NOORLANDER, E.A., SCHIPPERS, G.M. en DE ZWART, W.M. (red.), *Handboek Verslaving*, Houten / Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum, B 4370, 1-20.
- MINJON, B. en WOLTERS, R.D.F., *Hulpverlening bij verslavingsproblemen*, Brussel, Samsom Uitgeverij, 1988.

MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 1997*, 1998.

MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 1998*, 1999.

MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 1999*, 2000.

MSOC Antwerpen, *Registratiegegevens 2000*, 2001.

MSOC Limburg, *Evaluatie methadonprogramma Limburg*, 1998.

NASSEN, E., "Nieuwe begrippen voor een nieuwe toekomst van de geestelijke gezondheidszorg" *Hospitalia*, 1999, nr. 3, p. 111-123.

PELC, I., DE RUYVER, B., CASSELMAN, J., NOIRFALISE, A., MACQUET, C., BOSMAN, G., BULLENS, F., FROM, L., MEUWISSEN, K., NICAISE, P. en WARLAND, O., *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers. Algemeen rapport*, Brussel, DWTC, 2001.

PRESTON, A. (ed.); *The Methadone Briefing, An easy to use reference the methadone and methadone prescribing: for health and other professionals*, Island Press, United Kingdom, 1996.

PROCHASKA, J.O. en DICLEMENTE, C.C., "Toward a comprehensive Model of Change", in MILLER, W.E. en HEATHER, N. (eds.), *Treating Addictive Behaviors, Processes of Change*, New York, Plenum Press, 1986, 3-27.

PROVINCIE LIMBURG EN LIMBURGS PLATFORMOVERLEG VERSLAVING, *Drugwijzer. Wegwijs in drughulpverlening en –preventie in Limburg 1999*.

RAES, K., *Tegen betere wetten in. Een ethische kijk op het recht*, Gent, Academia Press, 1997.

RAES, K., *Het recht van de samenleving*, Brussel, VUBPRESS, 1999.

RAES, V., *Drughulpverlening in Vlaanderen, Feiten en Problemen*, i.o.v. Minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Gezin en Welzijn, VAD, Brussel, 1995.

REASON, P. en ROWAN, J. (ed.), *Human Inquiry : a sourcebook of new paradigm research*, New York, Wiley, 1981.

RHODES, T., STIMSON, G., CROFTS, N., BALL, A., DEHNE, K., KHODAKEVICH, L., "Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment'; implications for assessment and response", *AIDS* 1999, 13 (suppl A), S259-S269.

RHODES, T., STIMSON, G., FITCH, C., BALL, A. en RENTON, A., "Rapid assessment, injecting drug use, and public health", *The Lancet*, Vol. 354, 1999, 65-68.

ROGERS, C., *Client-centered therapy : its Current Practice, Implications and Theory*, Boston, Houghton Mifflin Co., 1951.

SELENER, D., *Participatory Action Research and Social Change*, New York, Ithaca, 1997.

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

SMALING, A. en HIJMANS, E. (red.), *Kwalitatief onderzoek en levensbeschouwing*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 1997.

STOCKMAN, R. (ed.), *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector*, Antwerpen, Intersentia Rechtswetenschappen, 1998.

STRAIN, C.E., STITZER, M.L. (eds.), *Methadone Treatment for Opiate Dependence*, Maryland, John Hopkins University Press, 1999.

TODTS, S., 'Methadon-onderhoudsbehandeling (MOB) : mogelijkheden en voorwaarden, in DE RUYVER, B. en DE LEENHEER, A. (eds.), *Drugbeleid 2000*, Maklu, Antwerpen – Bruylant, Brussel, 1994, 267-273.

TODTS, S., 'Peer education at the Free Clinic of Antwerp', *International Journal of Drug Policy* 1996, vol. 7, nr. 1.

TODTS, S., FONCK, K., COLEBUNDERS, R., VERCAUTEREN, G., DRIESEN, K., UYDEBROUCK, M., VRANCKX, R. en VAN MOL, F., 'Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison', *Arch Public Health* 1997, 55, 87-97.

TODTS, S., 'Harm reduction als vorm van drugsbeleid', *Welzijnsids* 1998, Afl. 28, 41-65.

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

VAN AKEN, J.E. en BAGCHUS, P.M., "Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg", *Acta Hospitalia*, 1997, nr. 1, 59-64.

VAN BAELEN, L., 'Ginger en de Vlaamse registratie middelengebruik : mobilisatie voor registratie', *VAD-berichten* 1998, maart-april, 2-3.

VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G., "Registratieonderzoek van druggebruikers door het Parket Antwerpen – 1991", *Panopticon*, 1993, 14, 526-536.

VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P., VAN HAL, G. en LIEVENS, A., "Registratie van druggebruikers via de Parketten in Vlaanderen", *T.A.D.P.* 1994, 20, 155.

VAN DAELE, L., CASSELMAN, J., DEBBAUT, D., DE RUYVER, B., ETIENNE, M., GILLET, I., NOIRFALISE, A. en PASSCHYN, L., *Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gegevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie*, i.o.v. DWTC, Gent, UG - Leuven, KUL- Liège, ULg, 1996.

VAN DAELE, L. en MANFREDINI, T., *Handleiding voor de evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC'') voor druggebruikers*, o.l.v. prof. B. De Ruyver en prof. A. Noirfalise, i.o.v. DWTC, Gent, U.G. – Luik, U.Lg., 1997.

VANDENBUSSCHE, E. en WYDOODT, J.P., *Vlaamse Registratie Middelengebruik, Registratiegegevens 1998*, VAD, Brussel, 1999.

VANDERPLASSCHEN, W., DE BOURDEAUDHUIJ, I. en VAN OOST, P., *Eindrapport Onderzoeksproject CASE MANAGEMENT in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, niet gepubliceerd, 1999.

VAN DEUN, P., 'Hulpverlening aan drugsverslaafden : van verscheidenheid naar continuïteit', in DE RUYVER, B. en DE LEENHEER, A. (eds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu – Brussel, Bruylant, 1994, 203-211.

VAN DEUN, P., 'Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen', in MENSINK, C. en SPRUIT, I.P. (red.), *Jaarboek verslaving 1998 over gebruik en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 1999, 154-170.

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

VAN OUYEN-HOUBEN, M. en DE GROEN, I., 'De verslavingsintake gestandaardiseerd : over de ASI, de EuropASI en het BIC', *T.Alc.Drugs* 1997, Vol. 22, nr. 1, 40-44.

VAN REGENMORTEL, T., *Maatzorg, een methodiek voor het begeleiden van kansarmen*, Leuven / Amersfoort, Acco, 1996.

VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN, *Doorverwijsgids*, Brussel, 1999.

VERRANDO, R., 'De huisarts en de drughulpverlening : van een solistische medische kijk naar een multidisciplinair overleg', interne publicatie MSOC Genk, 1999.

VERRANDO, R., 'Infectieziekten bij druggebruikers', interne publicatie MSOC Genk, 1999.

VRANKEN, J., GELDOLF, D. en VAN MENXEL, G., *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1995*, Leuven, Acco, 1995.

WAAL, H., "Overstating the case. Methodological comments on 'The effects of harm reduction in Amsterdam' by Buning and van Brussel", *European Addiction Research*, 1997, nr. 3, 102-110.

WHO, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment*, workbooks, draft version.

WHYTE, W.F. (ed.), *Participatory Action Research*, Newbury Park, Sage Publications, 1991.

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

BIJLAGEN

Bijlage 1 : Vragenlijst voor het personeel van de MSOC's

Bijlage 2 : Client Satisfaction Questionnaire

Bijlage 3 : Vragenlijst voor de externe actoren

Bijlage 4 : Overzicht van geregistreerde variabelen, MSOC Antwerpen

Bijlage 5 : Overzicht van geregistreerde variabelen, MSOC Limburg

VRAGENLIJST PERSONEEL MSOC

Vraag 1 : Functie

Vraag 2 : Ancienniteit in het MSOC

Vraag 2 b (indien reeds in dienst vóór MSOC) : veranderingen w.b. doelgroep, w.b. werking?

Vraag 3 : Welke zijn jouw dagelijkse taken?

Vraag 4 : Aan welke taken besteed je het meeste tijd / het minste tijd (+ motivatie)?

Vraag 5 : Wat zijn – in het algemeen – jouw prioritaire doelstellingen in de interventie t.a.v. een cliënt?

Vraag 6 : Welke werkingsmodaliteiten wend je aan om die doelstellingen te bereiken?

Vraag 7 : Welk soort contact heb je met de andere leden van het psycho-sociale team? Met het medische team?

Vraag 8 : Met welke andere partners/diensten in het netwerk werk je vooral samen? Hoe verlopen die contacten (knelpunten?)?

Vraag 9 : Welke belangrijke evoluties merk je op bij de cliënten die het MSOC reeds enkele jaren bezoeken?

Vraag 10 : Hoe hanteer je de volgende begrippen : laagdrempeligheid / marginalisatie / problematisch druggebruik.

Vraag 11 : Hoe percipier je het MSOC in het algemeen?

Vraag 12 : Waarom werk je hier (graag/minder graag)? Waarom blijf je hier (niet) werken?

VRAGENLIJST VOOR DE CLIËNTEN VAN HET MSOC

LEES DIT AUB VOOR U DE VRAGENLIJST INVULT

Waarom deze vragenlijst invullen?

Het MSOC probeert zijn werking voortdurend te verbeteren. In het licht hiervan loopt er momenteel een onderzoek naar het functioneren van het MSOC. Dit onderzoek werd door de Eerste Minister toevertrouwd aan de Katholieke Universiteit Leuven en meer bepaald aan Professor Casselman en zijn onderzoeker Karolien Meuwissen.

In het kader van dit onderzoek hadden wij graag om uw medewerking verzocht. Wil men de werking van het MSOC onderzoeken, dan is het immers belangrijk na te gaan welke betekenis het MSOC heeft voor zijn cliënten. ***We willen u daarom de mogelijkheid geven uw eigen mening te geven over het MSOC en over andere diensten.*** Dan kunnen we kijken wat er kan verbeterd worden. Help ons aub door deze vragenlijst in te vullen.

Vertrouwelijk!

- Zet uw naam NERGENS op deze bladzijden
- Al uw antwoorden blijven volledig vertrouwelijk
- Niemand van het MSOC zal uw antwoorden te zien krijgen, enkel de onderzoeker van de universiteit

Hoe vul je het formulier in?

- Vul aub ALLE vragen in. Kruis het juiste antwoord aan of schrijf je antwoord op de open ruimte.
- Als u nog iets meer wilt zeggen over de werking van het MSOC of van een andere dienst, kunt u de achterkant van de bladzijden gebruiken.

Wat doe je als het formulier is ingevuld?

- Doe het formulier in een envelop en plak ze toe
- Steek de envelop in de doos die daartoe bestemd is
- De doos wordt niet geopend door iemand van het MSOC, enkel door de onderzoeker

1. Hoe lang bent u al cliënt van het MSOC?

Minder dan 1 maand	
1 maand tot 6 maanden	
6 maanden tot 1 jaar	
Meer dan 1 jaar	
Meer dan 2 jaar	

2. Wat is uw mening over het MSOC in het algemeen?

Zeerv tevreden	
Tevreden	
Niet tevreden	
Geen mening	

3. Waarvoor komt u het meest in het MSOC?

Consultatie bij de dokter	
Gesprek met de begeleider	
Afhalen van methadon of andere medicatie	
Administratieve ondersteuning (in orde maken van papieren voor OCMW, ziekenkas, VDAB, ...)	
Andere	

4. Wat vindt u van de volgende hulp:

• hulp van de dokter?

Zeerv belangrijk	
Belangrijk	
Minder belangrijk	
Niet belangrijk	
Geen mening	

• hulp van de verpleegster?

Zeerv belangrijk	
Belangrijk	
Minder belangrijk	
Niet belangrijk	
Geen mening	

- hulp van de begeleider?

Zeer belangrijk	
Belangrijk	
Minder belangrijk	
Niet belangrijk	
Geen mening	

- administratieve hulp?

Zeer belangrijk	
Belangrijk	
Minder belangrijk	
Niet belangrijk	
Geen mening	

- methadon of andere medicatie?

Zeer belangrijk	
Belangrijk	
Minder belangrijk	
Niet belangrijk	
Geen mening	

5. Kreeg u de hulp die u verwachtte te krijgen?

Ja	
Neen	

6. Welke hulp verwachtte u te krijgen in het MSOC?

7. Wat vindt u vooral goed aan het MSOC?

8. Wat vindt u vooral minder goed aan het MSOC?

9. Vindt u dat uw situatie verbeterd is sinds u in het MSOC bent?

- op het vlak van uw druggebruik?

Ja	
Neen	
Hetzelfde gebleven	

- op het vlak van uw gezondheid?

Ja	
Neen	
Hetzelfde gebleven	

- op het vlak van uw relatie met familie of vrienden?

Ja	
Neen	
Hetzelfde gebleven	

- op het vlak van uw werk/inkomenssituatie?

Ja	
Neen	
Hetzelfde gebleven	

- op het vlak van uw juridische situatie (problemen met politie en justitie of verblijf in de gevangenis)?

Ja	
Neen	
Hetzelfde gebleven	

10. Kent u andere centra voor drughulpverlening?

Ja	
Neen	

Zoja, welke? Ambulant, residentieel, ...?

11. Waarin verschilt het MSOC volgens u van de andere centra voor drughulpverlening?

Tot slot nog enkele algemene gegevens

12. Uw geslacht

Man	
Vrouw	

13. Uw leeftijd

... jaar oud

14. Welke nationaliteit hebt u?

15. Welk product of welke producten gebruikt u op dit ogenblik? (Als het er meerdere zijn, kan je ze nummeren in orde van belangrijkheid, bv. heroïne: 1; cocaïne: 2; enz.)

Heroïne	
Methadon	
Cocaïne	
Crack	
Amfetamine / speed	
LSD of XTC	
Cannabis	
Benzodiazepines / medicatie	
Alcohol	
Andere	

Dit is het einde van de vragenlijst . Dank u voor uw medewerking

VRAGENLIJST VOOR VOORZIENINGEN

1. Dienst van bevraagde persoon?
Functie?
Wat is uw positie of rol in het netwerk t.a.v. druggebruikers?
Met welke diensten werkt u het meest samen?
JAARVERSLAG?
2. Heeft u contact met het MSOC? Waarom / hoe?
Welke kennis heeft u van het MSOC?
Wat zijn uw ervaringen ermee? Opvattingen erover? Perceptie van de plaats in het netwerk?
Hoe verloopt samenwerking? Knelpunten?
3. Hoe definieert u het begrip “gemarginaliseerde druggebruiker”?
Wat is uw eigen inbreng (of van uw dienst) t.a.v. hen?
Worden ze vaak doorverwezen naar andere hulpverlening? Wanneer?
Hoe percipieert u de werking van het MSOC t.a.v. marginale druggebruikers?
4. Hoe definieert u het begrip “problematische druggebruiker”?
Zijn er tendensen waar te nemen in de stad / provincie (bv. op vlak van leeftijd, geslacht, middelen, polygebruik,...)?
Voldoet het aanbod op vlak van hulpverlening in de stad / provincie t.a.v. problematische gebruikers? Zijn er leemtes, knelpunten (bv. tekort aan bepaald soort hulpverlening of geen vlotte samenwerking tussen verschillende diensten)? = evaluatie netwerk
5. Wat betekent volgens u “laagdrempelige hulpverlening”?
Beantwoordt het MSOC daaraan volgens u?
6. Zijn er groepen die nog marginaler zijn en die door het MSOC niet bereikt worden, maar eventueel wel door andere niet-categoriale diensten (daklozenopvang, straathoekwerk)?
7. In welke mate verandering in aard / omvang van cliënten-druggebruikers sinds de oprichting van het MSOC?
8. (voor gespecialiseerde voorzieningen) Specifieke kenmerken en aanwezige problematieken bij cliënten die eerste hulpvraag stellen?
9. (voor gespecialiseerde voorzieningen) Eventueel ontbrekende items in jaarverslag.
 - adres
 - beschrijving van het soort voorziening
 - equipe
 - openingsuren (bereikbaarheid)
 - geografisch gebied van activiteit

- criterium betreffende de leeftijd
- criteria voor opname en / of uitsluiting
- beschrijving van het aanbod
- doelpubliek
- aantal cliënten-druggebruikers
- woonplaats van de cliënten

10. (voor politie- en justitiediensten) Zorgt het verschil in invalshoek tussen justitie en hulpverlening (veiligheid vs. gezondheid) voor problemen? Zijn er ev. conflicten omtrent beroepsgeheim, hoe worden ze opgelost?

REGISTRATIE VAN GEGEVENS : MSOC ANTWERPEN

1. EIGEN DATABASE

a) Basisformulier

Het basisformulier bevat de volgende items :

Naam
Geslacht
Adres
Geboortedatum
Datum eerste contact
Contact in '99 gehad of niet
Belangrijkste drug
Nationaliteit
Overleden of niet, reden overlijden, datum overlijden
Weekresultaten

b) Andere links eigen database

- Kinderen

Het bestand 'kinderen' bevat :

Namen van de kinderen van de cliënt
Geslacht
Geboortedatum

Men registreert ook of men de **zwangerschap** ervan **begeleid** heeft. Zo ja, dan worden de volgende items ingevuld :

Gewicht
Lengte
Methode
Ziekenhuis
Arts
Medicatie

- Behandeling

Het bestand 'behandeling' bevat de behandelingen die ooit in Free Clinic plaatsgrepen en registreert de volgende gegevens :

Begindatum en einddatum
Vervangingsmedicatie
Casemanager

Free Clinic/apotheek

Opmerkingen (bv.: verblijft in de gevangenis sinds...)

2. RIZIV-VERVOLGFORMULIER

= aanvraagformulier (geautomatiseerd)

Op dit formulier wordt de aanvraag tot facturatie geregistreerd. Voor elke aanvraag, hernieuwing of hervatting wordt een nieuw RIZIV-vervolgformulier opgesteld, met bv. datum van aanvraag.

Daarnaast houdt men ook de weekregisters en dagboeken van activiteiten bij, zoals omschreven in de conventie, bestemd voor het RIZIV om terugbetaling van de revalidatie te verkrijgen.

3. VAD-REGISTRATIE

Men is in april 1999 gestart met de *VLIS-registratie*, en dit op vraag van het VVBV, waarvan men lid is. De VVBV (Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg, eigenlijk initieel een belangengroep voor Therapeutische Gemeenschappen, die een RIZIV-conventie hebben) verzamelt alle gegevens van zijn leden en geeft ze in totaliteit door aan de VAD.

De VLIS-registratie heeft men zelf aangepast, nl. door VAD-items te combineren met VVBV-coderingen, en bevat de volgende items :

Verwijzer

Nationaliteit

Werkelijke verblijfplaats

Hoogste opleidingsniveau

Beroep

Bron van inkomsten

Burgerlijke staat

Justitiële situatie (VAD-items)

Justitiële verwijzing of niet

Leefsituatie (ouders, alleen, eigen gezin,...)

Hoofdproduct + 2 bijproducten

Probleemgraad (niet DSM-IV, maar 'afhankelijkheid', 'misbruik' of 'intoxicatie')

Belangrijkste toedieningswijze

Frequentie van het gebruik

Beginleeftijd

Eerste leeftijd van middelen tout court (incl. alcohol)

Probleemniveau

Spuitedrag (Ooit gespoten? Gespoten in de laatste 30 dagen? Naaldensharing?

Naaldensharing in de laatste 30 dagen? Wanneer beginnen spuiten?)

Getest op virussen? + datum van de test (HIV, Hep. A, Hep. B, Hep. C)

Behandelingswijze (lijst van 9, waarvan 4 in te vullen) (**Begindatum, Einddatum, Hoe buiten gegaan?**)

Hiernaast kan men nog eigen query's en rapporten ontwikkelen op basis van de geregistreerde gegevens.

REGISTRATIE VAN GEGEVENS : MSOC GENK/LIMBURG

1. EIGEN DATABASE

a) Basis : CGG-registratie, nl. intakeformulier

Voor de intakegegevens heeft men zich gebaseerd op het CGG-intakeformulier, voornamelijk om de vergelijkbaarheid van de gegevens te bevorderen. Alle items werden overgenomen, uitgezonderd 'relatiebekwaamheid en seksualiteit'. Ook de codering is dezelfde, met dat verschil dat sommige hoofdcodes niet meer worden opgesplitst naar de subcodes, wegens te uitgebreid.

Het intakeformulier bevat de volgende gegevens :

Kantoor

(Her)openingsdatum dossier

Hulpverlener

Naam

Geboortedatum

Geslacht

Woonplaats (domicilie)

Telefoonnummer

Actuele verblijfplaats

Nationaliteit

Huisarts, gemeente, telefoonnummer

Burgerlijke staat

Werkelijke leefsituatie

Hoofdberoep

Onderwijsniveau

Onderwijsfase

Wijze van aanmelding

Verwijzing

Vroegere contacten met geestelijke gezondheidszorg

Bron van inkomsten

Cliënttype

Afsluitingsdatum van het dossier, algemene toestand van de cliënt

Huidige toestand

Doorverwezen naar

Activiteiten van de dienst

Diagnosevariabelen DSM-IV

Hoofdproducten, bijproducten (voor elk product : toedieningswijze, frequentie, leeftijd 1° gebruik)

Leeftijd allereerste gebruik van illegale drugs

Gebruik injectiemateriaal

HIV

Hepatitis

b) Andere links eigen database

- mutualiteit

Naam van de mutualiteit

Inschrijvingsnummer

- justitie

Vanuit het VSP krijgt het MSOC Genk middelen om rond gerechtscliënten te werken, vandaar deze afzonderlijke registratie, met de volgende items (die trouwens eveneens werden overgenomen van het CGG-intakeformulier, laatste blz.) :

Opdrachtgever (~aard van de maatregel : VOV, probatie, politie, rijkswacht,...)

Naam doorverwijzer

Aard van maatregel (= inhoud van de behandeling)

Datum aanvang maatregel

Datum einde maatregel

- Convenant Kindermishandeling

Vanuit de Vlaamse Gemeenschap loopt er voor alle CGG een programma voor het melden van kindermishandeling, waar het MSOC Genk mee is ingestapt. Daarom deze aparte registratie, waarin voornamelijk kinderen van cliënten worden opgenomen die mishandeld worden / werden.

2. RIZIV

- weekregisters en dagboeken van alle activiteiten, overeenkomstig de conventie

Datum

Hulpverlener

Functie van de hulpverlener

Aard van de activiteit

Aanwezig

Duur van de activiteit

Wijze van contact

Inhoud van de activiteit

- facturatiegegevens
- RIZIV-dossier
= aanvraagformulier (niet geautomatiseerd)
+ medisch verslag

Naam van de patiënt

Geboortedatum

RIZIV-dossiernummer
Aanvraag/hervatting/verlenging
Verwijzer
Diagnose DSM-IV, Specifieke anamnese
Voorafgaande behandelingen
Huidige toestand patiënt
Doelstellingen van de revalidatie
Vervangingsmedicatie

Hiernaast kan men nog eigen query's en rapporten ontwikkelen op basis van de geregistreerde gegevens.