

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**

**Deelrapport
Gent – Oostende**

Promotor : Prof. B. De Ruyver (UG)
Onderzoekers : G.Bosman (KVMW Gent)
F. Bullens (UG)
F. Vander Laenen (UG)

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

Juli 2001

INLEIDING

Dit rapport is het eindverslag van het onderzoek “*Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers van Gent en Oostende*”. Dit onderzoek werd gevoerd in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (DWTC), door de Universiteit Gent, onder leiding van Prof. dr. B. De Ruyver. De onderzoekstermijn liep van 1 april 1999 tot 31 maart 2001.

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

Het onderzoek bestaat uit vier delen.

Het eerste algemene deel beschrijft de doelstellingen en de methodieken van het onderzoek, en geeft een algemene omschrijving van de opdrachten van de Medisch Sociale Opvangcentra.

In deel twee worden de omgevingsfactoren beschreven die de werking en de uitbouw van het Medisch Sociaal Opvangcentrum van Gent en Oostende bepalen. Hierbij gaat de aandacht naar de aard, omvang en spreiding van het problematisch druggebruik in Oost- en West-Vlaanderen en naar het aanbod en de spreiding van de hulpverlening aan problematische druggebruikers in de regio's waar de Medisch Sociale Opvangcentra werden opgericht. Dit deel van het onderzoek levert de bouwstenen voor de proces- en effectevaluatie van de Medisch Sociale Opvangcentra.

Het derde deel van het onderzoek bevat de evaluatie van de interne werking van de Medisch Sociale Opvangcentra van Gent en Oostende en van hun participatie aan de bestaande netwerken voor de opvang van problematische druggebruikers. In de evaluatie wordt aandacht besteed aan de effecten van de Medisch Sociale Opvangcentra op de cliënt en op het netwerk.

In het vierde en laatste deel worden de centrale bevindingen en conclusies geformuleerd.

INHOUDSTAFEL

INLEIDING	1
INHOUDSTAFEL	3
<u>DEEL I: HET ONDERZOEK</u>	
1 INLEIDING	11
2 HET ONDERZOEK	12
2.1 VOORGESCHIEDENIS VAN HET ONDERZOEK	12
2.2 ONDERZOEKSDOELSTELLING	13
2.2.1 Belang van een ondubbelzinnige doelstelling	13
2.2.2 Expliciete doelstelling: optimalisering van de hulpverlening aan druggebruikers	13
2.2.3 Impliciete doelstelling: installatie van een evaluatiecultuur	13
2.3 DE ONDERZOEKSOPDRACHT	15
2.3.1 Teeledige onderzoeksopdracht	15
2.3.2 Taken	15
3 AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO'S	17
3.1 INLEIDING	17
3.2 AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO'S	17
4 METHODOLOGIE	18
4.1 PROBLEEMSTELLING	18
4.2 HET EVALUATIEONDERZOEK ALS PARTICIPATIEF ONDERZOEK	19
4.3 METHODEN	20
4.3.1 Globale methodiek: rapid situation assessment	20
4.3.2 Specifieke methoden	20
4.3.2.1 Inventarisatie van de beschikbare data	20
4.3.2.2 Literatuurstudie, studiereis en studiedagen	23
4.3.2.3 Observatie	23
4.3.2.4 Dossieranalyse	23
4.3.2.5 Bevraging van sleutelfiguren	24
4.3.2.5.1 Perspectief van de MSOC's	24
4.3.2.5.2 Perspectief van de andere actoren binnen de drugsector	24
4.3.2.5.3 Perspectief van de druggebruikers	25
4.3.2.6 Toetsing van de vergaarde data	28
4.3.2.7 Ontbrekende gegevens	29
4.3.2.7.1 Onderzoeksgegevens die onvoldoende door het onderzoek zijn voortgebracht	29
4.3.2.7.2 Het berekenen van de retentie	30
4.3.2.7.3 Het meten van de effectiviteit van de revalidatieactiviteiten	31
5 OPDRACHTOMSCHRIJVING VAN DE MSOC'S	32
5.1 INLEIDING	32

5.2	<i>HET ACTIEPLAN TOXICOMANIE-DRUGS</i>	32
5.2.1	Oprichting van de sociaal-sanitaire opvangcentra voor druggebruikers	33
5.2.2	Doel van de sociaal-sanitaire opvangcentra voor druggebruikers	33
5.3	<i>DE PARLEMENTAIRE WERKGROEP DRUGS</i>	34
5.4	<i>CONVENTIES VAN DE MSOC'S MET HET RIZIV</i>	35
5.4.1	Doel op het niveau van de inrichting	36
5.4.2	Doel op het niveau van de cliënt	36
5.4.3	Doel op het niveau van het netwerk	37
5.5	<i>VEILIGHEIDS- EN SAMENLEVINGSCONTRACT</i>	37
 <u>DEEL II: EPIDEMIOLOGIE</u>		
1	INLEIDING	39
2	OMGEVINGSFACTOREN DIE DE WERKING VAN EEN MSOC BEÏNVLOEDEN	40
3	DEMOGRAFISCHE EN SOCIO-ECONOMISCHE SITUATIE IN DE ONDERZOEKSREGIO	42
3.1	<i>INLEIDING</i>	42
3.2	<i>BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSREGIO VAN HET MSOC VAN GENT</i>	42
3.2.1	Situering van de onderzoeksregio in de provincie oost-vlaanderen	42
3.2.2	Kenmerken van de onderzoeksregio	43
3.2.3	Demografisch en socio-economisch profiel van de onderzoeksregio	43
3.3	<i>BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSREGIO VAN HET MSOC VAN OOSTENDE</i>	44
3.3.1	Situering van de onderzoeksregio in de provincie west-vlaanderen	44
3.3.2	Kenmerken van de onderzoeksregio	44
3.3.3	Demografisch en socio-economisch profiel van de onderzoeksregio	45
4	HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE ONDERZOEKSREGIO	47
4.1	<i>HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE ONDERZOEKSREGIO VAN HET MSOC GENT</i>	47
4.1.1	Het geografisch attractiegebied van het msoc gent	47
4.1.2	Aard en omvang van het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio	48
4.1.3	Problematische druggebruikers bereikt door de categoriale hulpverlening	49
4.1.3.1	Problematische druggebruikers bereikt door het MSOC Gent	49
4.1.3.1.1	Algemeen	49
4.1.3.1.2	Demografisch en socio-economisch profiel van de cliënten	50
4.1.3.1.3	Middelengebruik	53
4.1.3.1.4	HIV, Hepatitis B en C	54
4.1.3.2	Problematische druggebruikers bereikt door de categoriale hulpverlening	55
4.1.3.2.1	Provinciaal	55
4.1.3.2.2	Regionaal	59
4.1.4	Moeilijk bereikte problematische druggebruikers	61
4.1.4.1	Uitval in de regio	61
4.1.4.2	Moeilijk bereikte doelgroepen	64
4.2	<i>HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE ONDERZOEKSREGIO VAN HET MSOC OOSTENDE</i>	66
4.2.1	Het geografisch attractiegebied van het msoc oostende	66
4.2.2	Aard en omvang van het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio	67

4.2.3	Problematische druggebruikers bereikt door de categoriale hulpverlening	68
4.2.3.1	Problematische druggebruikers bereikt door het MSOC Oostende	68
4.2.3.1.1	Algemeen	68
4.2.3.1.2	Demografisch en socio-economisch profiel van de cliënten	69
4.2.3.1.3	Middelengebruik	73
4.2.3.2	Bereikte problematische druggebruikers door de categoriale hulpverlening	77
4.2.4	Moeilijk bereikte problematische druggebruikers	79
4.2.4.1	Uitval in de regio	79
4.2.4.2	Moeilijk bereikte doelgroepen	80
5	HET AANBOD IN DE ONDERZOEKSREGIO'S	81
5.1	<i>DE ONTWIKKELING VAN DE CATEGORIALE DRUGHULPVERLENING IN BELGIË</i>	81
5.2	<i>HET AANBOD IN OOST-VLAANDEREN EN GENT</i>	83
5.3	<i>HET AANBOD IN WEST-VLAANDEREN EN OOSTENDE</i>	84
6	OVERLEGORGANEN EN INITIATIEVEN TOT REGISTRATIE EN COÖRDINATIE	85
6.1	<i>OVERLEGORGANEN EN INITIATIEVEN TOT COÖRDINATIE</i>	85
6.1.1	<i>OVERLEGORGANEN IN OOST-VLAANDEREN EN GENT</i>	85
6.1.1.1	Samenwerking en coördinatie op sectorniveau	85
6.1.1.2	Samenwerking en coördinatie op sectoroverschrijdend niveau	86
6.1.2	<i>OVERLEGORGANEN IN WEST-VLAANDEREN EN OOSTENDE</i>	87
6.1.2.1	Samenwerking en coördinatie op sectorniveau	87
6.1.2.2	Samenwerking en coördinatie op sectoroverschrijdend niveau	89
6.2	<i>INITIATIEVEN TOT REGISTRATIE</i>	89
6.2.1	Initiatieven tot registratie in Oost-Vlaanderen en Gent	90
6.2.2	Initiatieven tot registratie in West-Vlaanderen en Oostende	90
<u>DEEL III: PROCES- EN EFFECTEVALUATIE</u>		
1	INLEIDING	93
2	ALGEMEEN	94
2.1	<i>HISTORIEK</i>	94
2.1.1	Het MSOC van Gent	94
2.1.2	Het MSOC van Oostende	95
2.1.3	Aanmerkingen	95
2.2	<i>DE FINANCIERING VAN DE MSOC'S</i>	96
2.2.1	De wijze van financiering	96
2.2.2	De RIZIV-financiering	96
2.2.2.1	De revalidatieactiviteiten van het MSOC	97
2.2.2.2	De normale en maximale facturatiecapaciteit	97
2.2.2.3	De vergoedbare revalidatieprestaties	98
2.2.2.4	De prijs van de revalidatieprestaties	98
2.2.2.5	De voorwaarde van de sociale verzekerdheid	99
2.2.2.6	De registratie	99
2.2.3	De Gevolgen van de financiering	99
2.2.3.1	De eis van sociale verzekering	99

2.2.3.2	Het capaciteitsprobleem	99
2.2.3.2.1	Het MSOC van Gent	100
2.2.3.2.2	Het MSOC van Oostende	100
2.2.4	Aanmerkingen	101
2.3	<i>HET INTERN BELEID VAN DE MSOC's</i>	103
2.3.1	Het personeelsbeleid	103
2.3.1.1	Het MSOC van Gent	103
2.3.1.2	Het MSOC van Oostende	103
2.3.1.3	Aanmerkingen	104
2.3.2	De interne procedures	105
2.3.2.1	Het MSOC van Gent	105
2.3.2.2	Het MSOC van Oostende	105
2.3.2.3	Aanmerkingen	105
2.3.3	De registratie	106
2.3.3.1	Het MSOC van Gent en Oostende	106
2.3.3.2	Aanmerkingen	107
2.4	<i>CONCLUSIES</i>	107
3	DE LAAGDREMPELIGE WERKING VAN DE MSOC's	109
3.1	<i>INLEIDING</i>	109
3.2	<i>De LAAGDREMPELIGHEID IN DE RUIMTE</i>	109
3.2.1	Inleiding	109
3.2.2	Procesevaluatie van de laagdrempeligheid in de ruimte	110
3.2.2.1	De geografische spreiding van het problematisch druggebruik en van het aanbod aan problematische druggebruikers	110
3.2.2.2	Het geografisch attractiegebied van het MSOC van Gent	110
3.2.2.3	Het geografisch attractiegebied van het MSOC van Oostende	111
3.2.3	EFFECTEVALUATIE	112
3.2.3.1	Effecten op de cliënten	112
3.2.3.2	Effecten op het netwerk	112
3.2.4	Conclusies	113
3.3	<i>LAAGDREMPELIGHEID IN DE CONTACTNAME</i>	113
3.3.1	Inleiding	113
3.3.2	Procesevaluatie	114
3.3.2.1	Het MSOC van Gent	114
3.3.2.1.1	De methodiek van de contactname	114
3.3.2.1.2	De bereikte populatie door het MSOC van Gent	115
3.3.2.2	Het MSOC van Oostende	118
3.3.2.2.1	De methodiek van de contactname	118
3.3.2.2.2	De bereikte populatie door het MSOC van Oostende	119
3.3.3	Effectevaluatie	122
3.3.3.1	Effect op de cliënten	122
3.3.3.2	Effect op het netwerk	123
3.3.3.2.1	De methodiek van de contactname	123
3.3.3.2.2	De bereikte doelgroep door het MSOC	123
3.3.3.2.3	De moeilijk bereikte doelgroepen	125
3.3.4	Conclusies	126
3.3.4.1	De methodiek van de contactname	126
3.3.4.2	De bereikte doelgroepen	127
3.3.4.3	Het effect op de netwerken	128
3.4	<i>DE LAAGDREMPELIGHEID IN DE TIJD</i>	129
3.4.1	Inleiding	129

3.4.2	Procesevaluatie	130
3.4.2.2	Het MSOC van Gent	130
3.4.2.3	Het MSOC van Oostende	130
3.4.2.4	Aanmerkingen	130
3.4.3	Effectevaluatie	131
3.4.3.2	Effect op de cliënten	131
3.4.3.3	Effect op het netwerk	131
3.4.4	Conclusies	132
3.5	DE LAAGDREMPELIGHEID IN DE REVALIDATIE	133
3.5.1	Inleiding	133
3.5.1.1	Het Actieplan en de RIZIV-conventie	133
3.5.1.2	De harm reduction benadering	134
3.5.1.3	Theoretische modellen	134
3.5.1.4	Behandeling versus begeleiding	135
3.5.2	Het aanbod van laagdrempelige revalidatieactiviteiten	136
3.5.2.2	Procesevaluatie	136
3.5.2.2.1	De medische revalidatie	136
3.5.2.2.2	De psychosociale revalidatie	140
3.5.2.2.3	De verhouding tussen de medische en de psychosociale begeleiding	142
3.5.2.2.4	Toeleiding naar de hulpverlening	146
3.5.2.3	Effectevaluatie van de revalidatieactiviteiten	152
3.5.2.3.1	Effect op de cliënten	152
3.5.2.3.2	Effect op de netwerken	157
3.5.3	Conclusies	161
3.5.3.1	Het verbeteren van de situatie van de cliënten op medisch, psychologisch en sociaal vlak	161
3.5.3.2	Effect op de cliënt	163
3.5.3.3	Effect op het netwerk	164
4	DE PARTICIPATIE VAN DE MSOC'S AAN HET REGIONALE NETWERK	165
4.1	INLEIDING	165
4.2	ANALYSE VAN HET BESTAANDE NETWERK	165
4.2.1	Het aanbod en de spreiding van drughulpverlening aan problematische druggebruikers	165
4.2.1.1	Identificatie van het aanbod	165
4.2.1.1.1	Het aanbod en de spreiding in de regio van het MSOC Gent – de provincie Oost-Vlaanderen	165
4.2.1.1.2	Het aanbod en de spreiding in de regio van het MSOC Oostende – de provincie West-Vlaanderen	166
4.2.1.2	Aanmerkingen	166
4.2.2	Overlegorganen en initiatieven tot coördinatie	168
4.2.3	Conclusies	170
4.3	EVALUATIE	172
4.3.1	Procesevaluatie	172
4.3.1.1	Samenwerking van het MSOC met andere diensten en voorzieningen in het netwerk	172
4.3.1.1.1	Samenwerking met de categoriale diensten	172
4.3.1.1.2	Samenwerking met niet-categoriale diensten of personen	173
4.3.1.1.3	Samenwerking met politie en justitie	174
4.3.1.1.4	Aanmerkingen	174
4.3.1.2	Samenwerking op netwerkniveau	175
4.3.1.2.1	Het MSOC van Gent	175
4.3.1.2.2	Het MSOC van Oostende	176

4.3.1.2.3	Het MSOC van Gent en Oostende	177
4.3.1.2.4	Aanmerkingen	177
4.3.2	Effect op de netwerken	178
4.3.2.1	Het MSOC van Oostende	179
4.3.2.2	Het MSOC van Gent	180
4.3.3	Conclusies	181

DEEL IV: CONCLUSIES

1	ALGEMENE CONCLUSIES	185
1.1	<i>DE METHODOLOGIE</i>	185
1.2	<i>OMGEVINGSFACTOREN DIE DE WERKING EN DE UITBOUW VAN HET MSOC VAN GENT EN OOSTENDE BEPALEN</i>	185
1.2.1	De aard en de omvang van het problematisch druggebruik in Oost- en West-Vlaanderen	186
1.2.2	De geografische spreiding van het problematisch druggebruik in Oost- en West-Vlaanderen	186
1.2.3	Het bestaande aanbod en de spreiding van de drughulpverlening aan problematische druggebruikers in de regio's waar de MSOC's werden opgericht	186
1.2.4	Het financieringssysteem van de revalidatie van problematische druggebruikers	187
1.3	<i>DE PERCEPTIE VAN DE KOMST EN DE WERKING VAN DE MSOC's</i>	187
2	PROCESEVALUATIE VAN DE MSOC'S	188
2.1	<i>Hebben de MSOC's die doelgroepen bereikt die niet (meer) of onvoldoende door de bestaande hulpverlening worden bereikt?</i>	188
2.1.1	Algemeen	188
2.1.2	De bereikte doelgroepen	189
2.1.3	De moeilijk bereikte doelgroepen	190
2.2	<i>Zijn de MSOC's erin geslaagd om de situatie van de cliënten op medisch psychologisch en sociaal vlak te verbeteren?</i>	192
2.2.1	Het in contact komen met de hulpverlening	192
2.2.2	Het verbeteren van de levenskwaliteit	194
2.2.3	De doorverwijzing	196
2.3	<i>Zijn de msoc's erin geslaagd in het netwerk te integreren en het netwerk te ondersteunen?</i>	197
2.3.1	Algemeen	197
2.3.2	De rol van de MSOC's in het netwerk	198
2.3.3	De samenwerking van de MSOC's met de partners in het werkveld	198
2.3.4	Het MSOC van Gent als ondersteuning van het netwerk	199
2.3.5	Het geografisch attractiegebied van de MSOC's	200
3	EFFECTEVALUATIE VAN DE MSOC'S	202
3.1	<i>WAT IS HET EFFECT VAN HET MSOC OP DE CLIËNTEN?</i>	202
3.1.1	Het MSOC als nieuw alternatief tegenover de klassieke drughulpverlening	202
3.1.2	De evaluatie van de aanpak van het MSOC	202
3.1.3	De effecten van de revalidatie op de cliënten	203
3.2	<i>WAT IS HET EFFECT VAN HET MSOC OP HET NETWERK?</i>	203
3.2.1	De discussie harm reduction versus drugvrije samenleving	203
3.2.2	De perceptie en de evaluatie door het netwerk van het MSOC	204
3.2.3	Het ontstaan van een stroom van cliënten naar de laagdrempelige voorzieningen	204
3.2.4	Het MSOC van Oostende en het netwerk	205
3.2.5	Het MSOC van Gent en het netwerk	205

4	DE NETWERKONTWIKKELING	207
4.1	<i>DE BESTAANDE SAMENWERKING EN NETWERKONTWIKKELING</i>	207
4.1.1	Een gebrek aan coördinatie, samenwerking en afstemming	207
4.1.2	Een groeiend besef van de nood aan afstemming en netwerkontwikkeling	208
4.1.3	De uitbouw van structureel, sectoraal overleg	208
4.2	<i>DE NOODZAAK VAN EEN EFFICIËNTE SAMENWERKING EN NETWERKONTWIKKELING</i>	209
4.2.1	Algemeen	209
4.2.2	De essentiële eigenschappen van een netwerk die een antwoord geven op alle hulpvragen	210
4.2.3	De integratie van alle betrokken partijen in de uitbouw van het netwerk	211
4.2.4	Essentiële randvoorwaarden voor de uitbouw van het netwerk	211
	LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	213
	LIJST VAN TABELLEN EN FIGUREN	215
	BIBLIOGRAFIE	219

DEEL I HET ONDERZOEK

1 INLEIDING

Deel 1 van het onderzoek bestaat, naast de inleiding, uit vier hoofdstukken.

In hoofdstuk twee wordt de aanleiding voor het onderzoek; de doelstelling van het onderzoek en de onderzoeksopdracht besproken.

In hoofdstuk drie wordt de onderzoeksregio afgebakend.

In hoofdstuk vier geven we een overzicht van de verschillende methodieken die gebruikt werden om de onderzoeksdoelstellingen en de onderzoeksopdracht te realiseren. We bespreken de mogelijkheden en beperkingen van de gehanteerde methodologie.

In het vijfde en laatste hoofdstuk omschrijven we de doelstellingen van de MSOC's op basis van het Actieplan Toxicomanie drugs, de conclusies en aanbevelingen van de parlementaire onderzoekscommissie drugs, de RIZIV-conventie en de veiligheids- en samenlevingscontracten van de steden Gent en Oostende.

2 HET ONDERZOEK

2.1 VOORGESCHIEDENIS VAN HET ONDERZOEK

Het Actieplan Toxicomanie Drugs voorzag in 1995 de oprichting van de “sociaal-sanitaire opvangcentra” voor drugverslaafden. Het Actieplan bepaalde ook dat de regering een studie zou uitvoeren met het oog op het evalueren van de werking van deze opvangcentra en met het oog op het bepalen en het analyseren van de effecten, in de negen stadscentra, van de evolutie van de algemene problematiek inzake drugverslaving.¹

Gezien de laattijdige oprichting van de MSOC's, liep ook de voorziene evaluatiestudie vertraging op. Bovendien was het, in functie van de evaluatiestudie, noodzakelijk om voor de negen opvangcentra voorafgaandelijk een identieke methodologie en evaluatiecriteria uit te werken.² 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 ernaar gestreefd werd een eenvormige methodologie en evaluatiecriteria uit te werken.³ Dit evaluatieonderzoek is gebaseerd op de handleiding voor de evaluaties van de MSOC's.

Het onderzoek werd gevoerd in opdracht van het DWTC. De onderzoekstermijn liep van 1 april 1999 tot 31 maart 2001. De opdracht werd toegewezen aan een consortium van vier universiteiten. De ULB⁴ evalueerde de MSOC's van Charleroi en Mons; de ULg⁵ het MSOC van Liège; de KUL⁶ de MSOC's van Antwerpen en Genk en de UG⁷ de MSOC's van Gent en Oostende.

De vier universiteiten publiceren samen een eindrapport voor alle onderzochte MSOC's.⁸ Elke universiteit publiceert ook een deelrapport, waarin de resultaten van de evaluatie van de respectieve MSOC's aan bod komen.

Dit is het deelrapport van de MSOC's van **Gent en Oostende**.

¹ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Algemene Beleidsverklaring inzake Drugs en Toxicomanie*, Brussel, 8 maart 1995, 9 p.; KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, Brussel, 2 februari 1995, 18 p.

² Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, 5 juni 1997, *Gedr. St. Kamer*, 1996-97, 1062/1, 860.

³ B. DE RUYVER, A. NOIRFALISE, L. VAN DAELE en T. MANFREDINI, *Handleiding voor de evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC's) voor druggebruikers*, onderzoek in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden, Universiteit Gent, Gent, 1997, 89 p.

⁴ ULB: Université Libre de Bruxelles, promotor is prof. dr. I. Pelc.

⁵ ULg: Université de Liège, promotoren zijn prof. dr. C. Macquet en prof. dr. A. Noirfalise.

⁶ KUL: Katholieke Universiteit Leuven, promotor is prof. dr. J. Casselman.

⁷ UG: Universiteit Gent, promotor is prof. dr. B. De Ruyver.

⁸ I. PELC, B. DE RUYVER, J. CASSELMAN, A. NOIRFALISE, C. MACQUET, G. BOSMAN, F. BULLENS, L. FROM, K. MEUWISSEN, P. NICAISE en O. Warland, *Evaluatie van de medisch sociale opvangcentra voor druggebruikers, Eindverslag*, onderzoek in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, DWTC, Brussel, 2001, 67 p.

2.2 ONDERZOEKSDOELSTELLING

2.2.1 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. Onderzoek en evaluatie van programma's krijgen steeds meer aandacht. Verklaringen hiervoor zijn de hervormingen in de organisatie van de gezondheids- en de welzijnssector en de nood aan efficiënte hulpverlening voor druggebruikers.⁹ 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 instellingen 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 in vraag te stellen.¹⁰ Daarom is het zinvol, bij de aanvang van het onderzoek, de doelstellingen van dit onderzoek duidelijk te stellen.

2.2.2 EXPLICIETE DOELSTELLING: OPTIMALISERING VAN DE HULPVERLENING AAN DRUGGEBRUIKERS

In deze evaluatiestudie staat de legitimiteit van de MSOC's niet ter discussie: het tienpuntenplan van de federale regering (1995)¹¹ en de parlementaire werkgroep (1997)¹² hebben de nood aan een laagdrempelige drughulpverlening, zoals die momenteel door de MSOC's wordt geleverd, duidelijk aangeduid.

Het is dan ook de bedoeling van dit onderzoek de functie van de MSOC's (als onderdeel van een hulpverleningsnetwerk) in het kader van een algemene beleidsstrategie van hulpverlening ten aanzien van problematische druggebruikers te *optimaliseren*.¹³ De evaluatie en de formulering van de conclusies moeten dan ook in functie van een leerproces gezien worden.

2.2.3 IMPLICIETE DOELSTELLING: INSTALLATIE VAN EEN EVALUATIECULTUUR

Volgens het Actieplan inzake drugbestrijding 2000-2004 van de Europese Unie, moet een regelmatige evaluatie van de resultaten van de initiatieven, programma's en beleidsmaatregelen een integraal onderdeel zijn van de Europese aanpak van de drugproblematiek en moet evaluatie in de toekomst meer aandacht krijgen.¹⁴

⁹ WHO, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Client Satisfaction Evaluations*, Framework Workbook, s.l., 1998, 9.

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

¹¹ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, Brussel, 2 februari 1995, 18 p.

¹² Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek -Conclusies en aanbevelingen, 5 juni 1997, *Gedr.St. Kamer* 1996-97, 33.

¹³ Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

¹⁴ Communicatie van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement betreffende een Actieplan van de Europese Unie inzake Drugsbestrijding (2000-2004); URL: www.europa.eu.int, 7.

De World Health Organisation (WHO), het United Nations International Drug Control Programme (UNDCP) en het European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) hebben samen een raamkader en acht werkboeken uitgewerkt in functie van de 'Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder'.¹⁵

Dit initiatief onderstreept verder het belang van de ontwikkeling van een positieve evaluatiecultuur. Er wordt benadrukt dat het belangrijk is dat men zich realiseert dat evaluatie van hulpverlening meer is dan het toepassen van een geheel van procedures. Evaluatie is een houding van zich voortdurend vragen stellen en informatie verzamelen. Feedback over alle aspecten van het programma is een onderdeel van de evaluatie, zelfs wanneer het resultaat minder positief is dan verwacht werd.¹⁶

Ook in België is de nood aan de evaluatie van behandelingsactiviteiten¹⁷ en van het functioneren van netwerken, groot.¹⁸ Evaluatie is immers van belang om het gevoerde beleid te kunnen aanpassen aan nieuwe evoluties.¹⁹ Onderzoek naar de pragmatische effecten van wetgeving en beleid, de zogenaamde *policy analysis*, is in België een bijna onontgonnen terrein.²⁰

In navolging van het Europees Actieplan wordt in de *federale drugnota* de uitbouw van een evaluatief instrumentarium als een prioritaire nood omschreven.²¹ Het MSOC-evaluatieonderzoek is dan ook een duidelijk signaal voor de installatie van een evaluatiecultuur.

¹⁵ Dit zijn de werkboeken die door de WHO, het UNDCP en het EMCDDA werden uitgewerkt:

- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Framework Workbook*, s.l., 1998, 24 p.
- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Planning Evaluations*, Workbook 1, s.l., 1998, 96 p.
- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Implementing Evaluations*, Workbook 2, s.l., 1998, 49 p.
- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Needs Assessments*, Workbook 3, s.l., 1998, 65 p.
- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 4, Process Evaluations*, 1998, s.l., 74 p.
- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Costs Evaluations*, Workbook 5, s.l., 1998, 64 p.
- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Client Satisfaction Evaluations*, Workbook 6, s.l., 1998, 56 p.
- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Outcome Evaluations*, Workbook 7, s.l., 1998, 101 p.
- *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Economic Evaluations*, Workbook 8, s.l., 1998, 49 p.

¹⁶ WHO, UNDCP, EMCDDA, *Workbooks Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder, Framework Workbook*, 4.

¹⁷ BIRN, Belgian Information Reitox Network, *Belgisch Nationaal Rapport over Drugs 2000*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 2001, 29.

¹⁸ BIRN, Belgian information reitox network, *Belgian National Report on Drugs 1998, National Policy, Epidemiology, Demand Reduction, Early Warning System*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 1999, 102.

¹⁹ BIRN, Belgian information reitox network, *Belgisch Nationaal Rapport over Drugs 2000*, 28.

²⁰ K. RAES, o.c., 176-177.

²¹ *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel, 19/01/2001, 7.

2.3 DE ONDERZOEKSOPDRACHT

2.3.1 TWEELEDIGE ONDERZOEKSOPDRACHT

Het evaluatieonderzoek heeft een tweeledige opdracht.

De eerste opdracht behelst de kritische evaluatie van *de ontwikkeling en resultaten* van de MSOC's.²² Dit heeft betrekking op de wijze waarop de MSOC's zijn gestart en hun interne werking hebben ontwikkeld, rekening houdend met alle beïnvloedende omgevingsfactoren.

De tweede opdracht betreft de evaluatie van de *plaats van de MSOC's binnen hun specifieke regionale netwerken van de hulpverlening*.²³ Er wordt onderzocht in welke mate de MSOC's samenwerken met andere actoren en deelnemen aan de netwerken van hulpverlening aan problematische druggebruikers, rekening houdend met de aanwezigheid van netwerken voor de komst van de MSOC's en het verder ontwikkelen van de netwerken sinds de oprichting van de MSOC's.

2.3.2 TAKEN

De specifieke taken van het project worden in de onderzoeksovereenkomst in drie luiken onderverdeeld, met name:²⁴

- Luik van de piloot- en haalbaarheidsstudie
- Epidemiologisch luik
- Luik van de proces- en effectevaluatie van de MSOC's.

De onderzoeksovereenkomst specificeert deze 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 druggebruik 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 druggebruikers.

²² Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

²³ Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1.

²⁴ Onderzoeksovereenkomst, technische specificaties, 1-3.

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 effect-evaluatie 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.

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.

De *effectevaluatie* heeft betrekking op de effecten voor de cliënten enerzijds, en op de effecten voor 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 op de cliënten.

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

3 AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO'S

3.1 INLEIDING

Met “onderzoeksregio” bedoelen we de geografische ruimte waar dit onderzoek zich naar richt. Het vastleggen van de onderzoeksregio houdt bijgevolg geen beoordeling in over het gebied dat de MSOC's zouden moeten bereiken, maar heeft een wetenschappelijke waarde.

In het Actieplan en in de RIZIV-conventie is niet duidelijk bepaald wat de doelregio's van de MSOC's zijn.

Het Actieplan spreekt over ‘stedelijke agglomeraties met ernstige drugproblemen’.

In de RIZIV-conventies wordt bepaald dat de MSOC's als medisch sociaal opvangcentrum deel uitmaken van een netwerk van ambulante centra voor druggebruikers. Het RIZIV verwacht van dit netwerk dat het er in slaagt medisch-psycho-sociale zorgen te verstrekken aan druggebruikers in het gehele land. Het geografisch werkterrein van het MSOC bestrijkt dus niet alleen de ruime omgeving van de steden, maar ook andere nabijgelegen regio's die zelf niet over een zo een centrum beschikken.²⁵

3.2 AFBAKENING VAN DE ONDERZOEKSREGIO'S

De onderzoeksregio's werden afgebakend door de opdracht van de MSOC's als criterium te nemen. Ten gevolge van de dubbele opdracht werd een *dubbele onderzoeksregio* afgebakend.

In eerste instantie werd nagegaan welke regio het MSOC daadwerkelijk bestrijkt. Dit is het *geografisch attractiegebied*. Deze regio werd als onderzoeksregio beschouwd voor wat betreft de interne werking van het MSOC.

In tweede instantie werd vertrokken vanuit de redenering van het RIZIV, dat verwacht dat de MSOC's zich integreren in de overlegorganen en de initiatieven tot coördinatie. Het RIZIV gaat uit van de *organische groei* van de netwerken die bijgevolg kunnen verschillen van regio tot regio en van provincie tot provincie.

Om die reden worden in het onderzoek naar het aanbod van hulpverlening aan problematische druggebruikers en de aanwezigheid van netwerken en initiatieven tot coördinatie, de organisch gegroeide netwerken waarin het MSOC zich integreerde, als onderzoeksregio genomen.

²⁵ RIZIV-conventie, art. 2, §4.

4 METHODOLOGIE

4.1 PROBLEEMSTELLING

In België is er een gebrek aan epidemiologische gegevens over de aard, de omvang en de spreiding van het druggebruik in het algemeen, en vooral van het problematisch druggebruik in het bijzonder.²⁶ De federale drugnota maakt van de uitbouw van een epidemiologisch instrumentarium dan ook een prioritaire nood.²⁷

Het feit dat het gebruik van sommige drugs gecriminaliseerd is, zorgt ervoor dat het gebruik van deze illegale drugs verdoken plaatsvindt en (in self report studies) ondergerapporteerd wordt.

Bovendien wijzigen trends en patronen van het (problematisch) druggebruik vrij snel, met als gevolg dat het een tijd duurt voor nieuwe trends in druggebruik zijn opgenomen in de registratie.²⁸

Een ander knelpunt is de bias die ingebouwd zit in de registratie zelf. De registratie is in de eerste plaats gebaseerd op de gegevens van de gebruikers die door de drughulpverlening bereikt worden, in plaats van op (het voorkomen van druggebruik in) de algemene populatie.²⁹

De indrukken die de hulpverlening heeft over de omvang en de aard van het druggebruik in de regio, zijn dan ook gekleurd door hun ervaringen met cliënten.

Een ander gevolg van deze bias is dat het niet eenvoudig is de aard en vooral de omvang van moeilijk bereikte groepen in kaart te brengen. De uitval van cliënten in de drughulpverlening kan wel een beeld geven van moeilijk bereikte groepen, maar de groepen die geen contact hebben met de hulpverlening, zijn op die manier uiteraard niet opgenomen in de cijfers.

Daarom is er nood aan een holistische benadering van het probleem in een sociale, culturele, politieke en historische context.³⁰ Een dergelijke analyse maakt deel uit van een rapid situation assessment methodiek³¹ en laat toe de schaarse gegevens te duiden en de situatie in een bepaalde regio te begrijpen.³²

²⁶ L. VAN DAELE, J. CASSELMAN, D. DEBAUT, B. DE RUYVER, M. ETIENNE, I. GILLET, A. NOIRFALISE en L. PASSCHYN, *Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gegevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie*, Opdrachtgever: Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven, Université de Liège, 1996, inleiding.

²⁷ *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel, 19/01/2001, 7.

²⁸ UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, UNDCP, Vienna, 1999, 1.

²⁹ T. RHODES, G. STIMSON, C. FITCH, A. BALL and A. RENTON, "Rapid assessment, injecting drug use, and public health.", in *The Lancet*, Vol. 354, 1999, 67; P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS and M. VANDERVEKEN, *Belgian National report on drugs 2000, Extended version*, Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, BIRN, Brussels, Belgium, 2000, 49.

³⁰ UNDCP, o.c., 1.

³¹ Zie: Deel I Het onderzoek, Hoofdstuk 4 Methodologie, 4.3.1. Globale methodiek: Rapid Situation Assessment.

³² UNDCP, o.c., 4 - 5.

4.2 HET EVALUATIEONDERZOEK ALS PARTICIPATIEF ONDERZOEK

Het leidt 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.³³ Even duidelijk is het feit dat een samenwerking met de MSOC-equipen 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.³⁴

Dit evaluatieonderzoek is dan ook opgevat als een *participatief actiegericht onderzoek*³⁵. In participatief onderzoek is de onderzoeker betrokken bij en in interactie met de sociale realiteit die hij wil bestuderen. De afstand tussen onderzoeker en subject wordt kleiner en alle deelnemers aan het onderzoek zijn 'co-researcher' of 'co-subject'.³⁶ Voor onderzoek over organisaties impliceert dit dat men samenwerkt met de leden van die organisatie en hen beschouwd als 'co-learners'.³⁷

Het evaluatieonderzoek kan verder omschreven worden als handelings- of *actiegericht kwalitatief onderzoek*. In actiegericht kwalitatief onderzoek wordt het perspectief van de betrokkenen centraal gesteld en wordt het onderzoek in dienst gesteld van de behoeften en prioriteiten die in de praktijk aangetroffen worden. Hierin onderscheid actiegericht kwalitatief onderzoek zich van een 'wetenschapsgerichte' invulling van kwalitatief onderzoek, waarbij toegang gezocht wordt tot de eigen interpretaties en het perspectief van de betrokkenen, en waarbij het verzamelde materiaal vervolgens zodanig bewerkt wordt dat de resultaten zich als objectieve, wetenschappelijke verantwoorde kennis laten presenteren.³⁸ Deze invulling wordt in Nederland onder meer bepleit door Kunneman en werd in het Angelsaksisch taalgebied onder meer door Guba en Lincoln ontwikkeld.³⁹

In Europa wordt het praktische belang van kwalitatieve gegevens en methoden om gegevens te verzamelen stilaan erkend.⁴⁰ In België is het uitvoeren van kwalitatief onderzoek, ook binnen de universiteiten, relatief nieuw.⁴¹

³³ M. BOUVERNE-DE BIE, *Forensisch welzijnswerk*, Academia Press, Gent, 1999, 71.

³⁴ K. SIPS, *Participative Action Research : the role of researcher, organisation and external consultant*, paper gepresenteerd op de 'Conference on Learning and Research in Working Life', London, Sweden, 20-23 juni 1994, 3.

³⁵ P. REASON and J. ROWAN (eds.), *Human Inquiry: a sourcebook of new paradigm research*, Wiley, New York, 1981, 530 p.; D. SELENER, *Participatory Action Research and Social Change*, Ithaca, New York, 1997, 384 p.; W.F. WHYTE (ed.), *Participatory Action Research*, Sage Publications, Newbury Park, 1991, 247 p.

³⁶ T. RHODES, G. STIMSON, C. FITCH, A. BALL, A. and A. RENTON, *l.c.*, 66.

³⁷ M. ELDEN and M. LEVIN, "Cognitive Learning: Bringing Participation into Action Research", in W.F. WHYTE (ed.), *o.c.*, 127-142.

³⁸ H. KUNNEMAN, "Een postmoderne hermeneutiek als wetenschapstheoretisch kader voor kwalitatief onderzoek", in SMALING, A. en HIJMANS, E. (reds.), *Kwalitatief onderzoek en levensbeschouwing*, Boom, Amsterdam, 1997, 172.

³⁹ Y.S. LINCOLN and E.G. GUBA, *Naturalistic Inquiry*, Sage, Beverly Hills, 1985, 198.

⁴⁰ 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

⁴¹ F. HARIGA, "Brief country reports: Belgium", in QUALITATIVE EUROPEAN DRUG RESEARCH NETWORK, *Workgroup review of qualitative research on the health risks associated with injecting drug use*,

4.3 METHODEN

4.3.1 GLOBALE METHODIEK: RAPID SITUATION ASSESSMENT

De Rapid Situation Assessment (RSA) aanpak is de rode draad doorheen het evaluatieonderzoek. Rapid Situation Assessment refereert aan een onderzoeksbenadering waarbij verschillende *kwantitatieve* en *kwalitatieve* methoden en technieken worden gecombineerd om gegevens te verzamelen.⁴²

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.⁴³ Rapid Situation Assessment heeft daarbij het voordeel dat ze sneller pragmatische onderzoeksresultaten oplevert voor het beleid dan conventionele onderzoeksbenaderingen.⁴⁴

Er bestaan verschillende types Rapid Situation Assessment. Een continuüm van korte schattingen van de drugproblematiek tot uitgebreide projectontwikkelde Rapid Situation Assessments kan onderscheiden worden. De evaluatie van een drughulpverleningsprogramma kan een integraal onderdeel uitmaken van een Rapid Situation Assessment.⁴⁵ Het is dit laatste type dat in dit onderzoek aangewend werd.

4.3.2 SPECIFIEKE METHODEN

4.3.2.1 Inventarisatie van de beschikbare data

De beschikbare kwantitatieve gegevens werden in de loop van het onderzoek geïnventariseerd en geanalyseerd.

Het gaat meer bepaald om registraties en/of jaarverslagen van diverse diensten betrokken bij de drugproblematiek en wetenschappelijke studies in het domein van de drugproblematiek.⁴⁶

Ook de beschikbare data inzake *de demografische en socio-economische situatie* binnen de doelregio werden geïnventariseerd.

Op het lokaal niveau bestaan de analyses van Gent⁴⁷ en Oostende⁴⁸ die bij van het Sociaal Impulsfonds (SIF) zijn uitgevoerd.

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

⁴² UNDCP, o.c., 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

In het derde deel van het onderzoek, de proces- en effectevaluatie van de MSOC's, worden de verzamelde kwantitatieve en kwalitatieve gegevens met elkaar verbonden.

⁴³ T. RHODES, G. STIMSON, C. FITCH, A. BALL and A. RENTON, *l.c.*, 65; T. RHODES, G. STIMSON, N. CROFTS, A. BALL, K. DEHNE and L. KHODAKEVICH, "Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response", in *AIDS* 1999, 13 (suppl A): S267.

⁴⁴ T. RHODES, G. STIMSON, C. FITCH, A. BALL and A. RENTON, *l.c.*, 66.

⁴⁵ UNDCP, o.c., 6.

⁴⁶ Voor het overzicht van de geraadpleegde werken verwijzen wij naar de bibliografie.

⁴⁷ STAD GENT, Wonen en leven, Kansarmoedatlas Gent, URL: www.gent.be

Voor de provincie West-Vlaanderen bestaat de studie van het West-Vlaams Economisch Studiebureau.⁴⁹ Voor de provincie Oost-Vlaanderen is een 'socio-economische situatieschets van Oost-Vlaanderen'⁵⁰ voorhanden.

De Vlaamse Gemeenschap ontwikkelt bovendien specifieke analyses voor het Vlaamse landsgedeelte.⁵¹ De cijfers van het Sociaal Impulsfonds bieden de mogelijkheid een statistisch instrument aan te maken voor de kwantitatieve studie van de kansarmoede in de Vlaamse gemeenten.⁵²

Om een zicht te krijgen op *het (problematisch) druggebruik* maken we gebruik van de registratiegegevens die verzameld werden voor het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving in Lissabon.⁵³

We gebruiken verder registratiegegevens van de diensten met een RIZIV-erkenning in Oost- en West-Vlaanderen die door de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) verzameld worden.⁵⁴ Het is van belang hierbij op te merken dat er geen uniek cliëntnummer bestaat voor alle voorzieningen met een RIZIV-erkenning. Een zelfde cliënt kan dus in meer dan één voorziening geregistreerd zijn.

De gegevens van de centra voor geestelijke gezondheidszorg in Oost- en West-Vlaanderen die door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg verzameld zijn, worden verwerkt.⁵⁵

⁴⁸ WES, *Voorbereidende analyse ten behoeve van het nieuwe SIF-plan*, onderzoek in opdracht van het stadsbestuur Oostende, s.l., 1999, 40 p.

⁴⁹ N. DEPESTEL, *Facetten van West-Vlaanderen, Socio-economische profielen van de arrondissementen in West-Vlaanderen*, WES, Assebroek, 1998, 148 p.

⁵⁰ PROVINCIEBESTUUR OOST-VLAANDEREN, GEWESTELIJKE ONTWIKKELINGSMAATSCHAPPIJ OOST-VLAANDEREN en ECONOMISCHE RAAD OOST-VLAANDEREN, *Sociaal-economische situatieschets van Oost-Vlaanderen*, Gent, 1999, 58 p.

⁵¹ MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds, Geactualiseerde cijfers*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 1998, 85 p; MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Vrind 99: Vlaamse Regionale Indicatoren*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000, 336 p; MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Profiel Vlaanderen 2000*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000, 32 p.

Zie ook: URL: www.vlaanderen.be/ned/sites/statistieken/index.html

⁵² De beschrijving van de kansarmoede gebeurt aan de hand van 10 criteria, met name: de aanwezigheid van migranten; het aantal bestaansminimumtrekkers; het aantal kinderen van 0 tot en met 19 jaar die wonen bij een alleenstaande ouder; het aantal jongeren in de Bijzondere Jeugdbijstand; het aantal Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden, Wezen met beperkt inkomen; het aantal uitkeringsgerechtigde volledig werklozen (+1jaar); het aantal uitkeringsgerechtigde volledig werklozen (<25jaar); het aantal kinderen geboren in een kansarm gezin, het aantal woningen zonder klein comfort en het aantal sociale huurappartementen.

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds, Geactualiseerde cijfers*, 6.

⁵³ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS and M. VANDERVEKEN, o.c., 163 p.

⁵⁴ De cijfergegevens van het VVBV van 1998 en 1999 werden opgesplitst per provincie in functie van het onderzoek. De centra het VVBV die in 1999 meewerkten aan de registratie in Oost- en West-Vlaanderen zijn:

- Oost-Vlaanderen: MSOC Gent; Dagcentrum De Sleutel Gent; Crisisprogramma (CIC De Sleutel Merelbeke, Onthaal De Kiem); Behandelingsprogramma (De Sleutel TG Wondelgem; De Sleutel TG; De Sleutel TG Sint Kruis Winkel; De Sleutel RKJ; De Kiem TG);
- West-Vlaanderen: MSOC Oostende; Dagcentrum De Sleutel Brugge met antennes in Blankenberge en Veurne; Crisisprogramma (Kompas); Behandelingsprogramma (Kompas Kortdurend Therapeutisch Programma).

Het VVBV is samengesteld uit de directies van De Sleutel, ADIC, De Spiegel, Kompas, Catharsis De Kiem en de Vlaamse MSOC's.

⁵⁵ De cijfergegevens van de CGGZ's van 1998 werden opgesplitst per provincie in functie van het onderzoek. Alle centra voor geestelijke gezondheidszorg namen deel aan de registratie (21 in Oost-Vlaanderen, 13 in West-

De registratiegegevens van de straathoekwerkers van Gent en Oostende binnen de Vlastrov registratie werden verwerkt.⁵⁶

Voor de Oost-Vlaamse drughulpverlening maken we verder gebruik van het onderzoek dat vanaf februari 1999 werd gestart in functie van de systematische registratie van alle nieuwe aanmeldingen⁵⁷ inzake gebruik en afhankelijkheid van illegale drugs.⁵⁸ Het is van belang hierbij op te merken dat de geregistreerde cliënten geen uniek nummer hebben over de deelnemende voorzieningen heen en dat er dus rekening moet gehouden worden met een aanzienlijk deel dubbeltellingen.⁵⁹

Daarnaast werd in de regio Groot Gent onderzoek gedaan naar drugverslaafden met jonge kinderen⁶⁰ en naar drughulpverlening aan allochtonen.⁶¹

Voor het MSOC van Gent beschikken we tenslotte over de registratie binnen de interne evaluatie van het veiligheids- en samenlevingscontract door de stad Gent.⁶²

De beschikbare gegevens over *het aanbod van de drughulpverlening* aan problematische druggebruikers in Oost- en West-Vlaanderen werden gebruikt.⁶³

Vlaanderen). De gegevens van het CAT zijn inbegrepen in de tabellen; de CAT gegevens zijn niet opgenomen in de VRM '98 gegevens omdat die op dat moment nog niet verwerkt waren.

In de data zijn opgenomen: de "referentiepersonen" (dit zijn de geïdentificeerde probleemdragers) die zelf een probleem van afhankelijkheid van middelen meldden of waarbij in de DSM-classificatie een middelgerelateerde stoornis werd vermeld of waarvoor in de drugsregistratie een (of meer) middelen werden gespecificeerd (=identieke selectie als voor VRM-data).

- Voor Oost-Vlaanderen werden 1637 referentiepersonen met een drugprobleem geregistreerd (13.22% van de 12380 referentiepersonen in 1998).
- Voor West-Vlaanderen werden er 980 referentiepersonen met een drugprobleem geregistreerd (12.95% van de 7567 referentiepersonen in 1998).
- Voor Oost-Vlaanderen werden 2 personen waarvoor de leeftijd ontbrak niet in alle verdere tabellen opgenomen, voor West-Vlaanderen ging het om één persoon.

⁵⁶ Cijfergegevens straathoekwerk Oostende - Vlastrov 2000; Cijfergegevens straathoekwerk Gent - Vlastrov 1999 – 2000.

⁵⁷ De "nieuwe aanmeldingen" zijn alle cliënten die zich in de loop van de registratieperiode voor het eerst aanmelden in een bepaalde voorziening of die zich opnieuw aanmelden nadat er vroeger reeds een intakegesprek had plaatsgevonden. In de ambulante centra kan er pas sprake zijn van een "heraanmelding", indien meer dan 6 maanden is voorbijgegaan sinds de vorige begeleiding. Een logisch gevolg hiervan is dat de kans op een heraanmelding of heropname veel groter is in een residentiële voorziening.

⁵⁸ W. VANDERPLASSCHEN, "De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening, Overzicht van alle nieuwe aanmeldingen tussen februari en september 1999", in: *Proventief +, Nieuwsbrief rond preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2000, 6, 3-10.

⁵⁹ *Ibid.*, 4.

⁶⁰ E. BROEKAERT, I. DERLUYN en W. VANDERPLASSCHEN, *Drugverslaafden met jonge kinderen, Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen*, Onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000, 89 p.

⁶¹ S. VANDEVELDE en W. VANDERPLASSCHEN, *Drughulpverlening aan allochtonen, Een exploratief onderzoek naar methodieken bij begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*, Een onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000, 85 p.

⁶² Cijfergegevens MSOC Gent – interne evaluatie in het kader van het Veiligheids- en Samenlevingscontract 1997 – 1998 – 1999 – 2000.

⁶³ H. BODYN, *Werkingsverslag 2000 door VOS vzw, Regionaal Ankerpunt straathoekwerk Oost- en West-Vlaanderen*, Gent, 2001, 19 p.; H. VAN DER WILT, A. RIEPEMA en A. VAN GELDEREN (reds.), *Adresgids verslavingszorg 1998-1999*, Trimbo instituut, Utrecht, 1998, 125-157; VAD, *Doorverwijsgids*, VAD, Brussel, losbl.; W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *Eindrapport Onderzoeksproject Case Management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding, Onderzoek in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ, Universiteit Gent, Gent, 1999, 131 p.

Samenvattend kunnen we stellen dat we voor de regio Groot Gent over meer kwantitatieve gegevens kunnen beschikken dan voor de regio Oostende.

4.3.2.2 Literatuurstudie, studiereis en studiedagen

Om de onderzoeksresultaten in de correcte wetenschappelijke context te plaatsen werd *nationale en internationale literatuur* bestudeerd.

In 1999 werd een *studiereis* ondernomen naar Londen. Hierbij werden interviews afgenomen in het National Addiction Center (NAC) en het Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD). Bovendien werd de bibliotheek van het Institute for the Study of Drug Dependence grondig doorgenomen.

Er werd tenslotte deelgenomen aan *studiedagen* die over de drugproblematiek werden georganiseerd.

4.3.2.3 Observatie

In de loop van het onderzoek werd nauw met de MSOC's samengewerkt. De onderzoeker was gemiddeld één keer per maand aanwezig in de MSOC's en kon op die manier de werking observeren. De onderzoeker was in 1999 ook gedurende één volledige week aanwezig in zowel het MSOC van Gent als in het MSOC van Oostende.

Bovendien werd er deelgenomen aan geanonimiseerde cliëntenbesprekingen, waardoor het mogelijk was om de moeilijkheden en knelpunten in de werking in concrete gevallen te analyseren.

De onderzoeker nam tenslotte deel aan structurele overlegmomenten in de drugsector. Meer bepaald de netwerkontwikkeling in de regio Gent, het project case management en de ontwikkeling van het drugbeleid van de stad Gent, werden van nabij gevolgd.

4.3.2.4 Dossieranalyse

Er werd zowel in het MSOC van Gent als van Oostende een representatieve steekproef getrokken van dossiers van cliënten.

In het *MSOC van Gent* werden 30 dossiers geselecteerd, in het *MSOC van Oostende* 20. De verhouding tussen beide MSOC's werd bepaald op basis van het aantal cliënten dat de respectieve MSOC's begeleid(d)en.

De steekproef werd getrokken uit de namenlijst van alle cliënten van het MSOC en dit in nauwe samenwerking met de MSOC's. Om de 10 cliënten werd een naam geselecteerd. Op basis hiervan verkregen we een aantal cliënten dat hoger lag dan het vooropgestelde aantal dossiers.

Uit het aantal verkregen dossiers selecteerden we in eerste instantie volgens het criterium van het geslacht. Er werd aan de hand van de jaarverslagen nagegaan wat het percentage mannen en vrouwen is in het MSOC-cliënteel. Het tweede selectiecriterium was de verhouding allochtonen/autochtonen. Het derde selectiecriterium was de verhouding cliënten die het substitutieprogramma volgden versus de cliënten die geen substitutieprogramma volgden.

Aan de hand van een checklist met opgestelde minimumgegevens (algemene gegevens, hulpvraag, evolutie, institutioneel kader, eventuele mening van de cliënt) werd aan de MSOC's gevraagd de dossiers te analyseren. Het bleek immers in de praktijk niet mogelijk om de dossiers te anonimiseren of om de toestemming van de cliënten te vragen. Daarom kon de onderzoeker de dossiers niet zelf inkijken⁶⁴ Dit had als nadeel dat de verkregen gegevens zeer summier bleken te zijn.

De inhoud van de dossiers, hoewel opgesteld volgens een zelfde indeling (een medisch luik en een psychosociaal luik), blijkt sterk te verschillen naargelang de aard en toestand van de cliënt. Daarom is het niet mogelijk een kwantitatieve analyse van deze dossiers te maken en moeten we ons beperken tot het formuleren van kwalitatieve bevindingen.

4.3.2.5 Bevraging van sleutelfiguren

4.3.2.5.1 Perspectief van de MSOC's

Vooreerst werd de problematiek bekeken vanuit de perspectief van het MSOC. Er werden *semi-gestructureerde interviews* afgenomen van de personeelsleden van de MSOC's (N = 10). De volgende vragen kwamen onder meer aan bod. Hoe hebben de MSOC's hun laagdrempelige werking tot ontwikkeling gebracht? Bereiken zij hun doelpubliek? Hoe wordt er gewerkt met de cliënten? Hoe verloopt de samenwerking met de overige (drug)hulpverlening? Hoe verloopt de samenwerking met andere actoren?

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

4.3.2.5.2 Perspectief van de andere actoren binnen de drugsector

Dezelfde semi-gestructureerde interviews werden afgenomen van sleutelfiguren uit de overige (drug)hulpverlening, politie, justitie, beleid en coördinatoren. (N = 36)

Hierbij werd bestudeerd hoe de partners in het veld reageerden op de komst van het MSOC. Werden er samenwerkingsverbanden georganiseerd? Hoe verloopt de samenwerking en/of doorverwijzing van cliënten? Ontwikkelde zich een netwerk voor problematische 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.

⁶⁴ Voor de convenant tussen de MSOC's en de onderzoeksequipes, zie: Deel I Het onderzoek, Hoofdstuk 4 Methodologie, 4.3.2.7.1 Onderzoeksgegevens die onvoldoende door het onderzoek zijn voortgebracht.

4.3.2.5.3 Perspectief van de druggebruikers

Om de noden en de behoeften van de problematische druggebruikers te kennen, is het belangrijk te communiceren met de doelgroep.⁶⁵ Hiervoor werd de methodiek van de Cliënt Satisfaction Questionnaire en de Focus Groups gebruikt.

Er werd gepeild naar de mening van de doelgroep van het MSOC. Daarbij werden zowel de cliënten van het MSOC bevraagd als de problematische druggebruikers die geen cliënt zijn van het MSOC. Om deze laatste groep te bereiken, werd een beroep gedaan op het straathoekwerk van Gent en Oostende.

De volgende vragen kwamen aan bod. Wat vinden zij van het MSOC? Hoe beoordelen zij de laagdrempelige hulpverlening? Waarin verschilt het MSOC van de andere drughulpverlening?

4.3.2.5.3.1 Cliënt Satisfaction Questionnaire

De evaluatie van de tevredenheid van cliënten is een uitstekend middel om cliënten te betrekken bij de evaluatie van het MSOC⁶⁶ en het consumentenperspectief mee in de evaluatie van het MSOC te betrekken.⁶⁷

Gedurende het evaluatieonderzoek werd dan ook een *schriftelijke vragenlijst* aan de cliënten overhandigd, de Client Satisfaction Questionnaire. Bij de opstelling van de vragenlijst baseerden we ons op het werkboek "Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment".⁶⁸

De Client Satisfaction Questionnaire ligt ergens tussen een proces- en effectevaluatie in. Wanneer het gaat om vragen over de processen binnen een dienst, 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 Satisfaction Questionnaire een "*proxy outcome measure*".⁶⁹ Een positieve evaluatie door cliënten is op zich echter niet voldoende om de effectiviteit van een begeleiding / behandeling te meten.⁷⁰

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

De Client Satisfaction Questionnaires kunnen als een succes beschouwd worden. Globaal genomen zijn de vragenlijsten volledig ingevuld. Na analyse van de vragenlijsten bleek dat beide groepen die de vragenlijst ingevuld hebben, representatief zijn voor de algemene populatie van de MSOC's.

⁶⁵ G. GOYVAERTS, *Reflectie vanuit de Federale overheid: wat kunnen en willen de overheden realiseren*, lezing gehouden op de cursus Geestelijke Gezondheidszorg in perspectief, georganiseerd door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KUL, Knokke, 5-7 december 1997; BOUMANHUIS, *Conceptnota Werkgroep zorg & zorgvernieuwing*, Boumanhuis, Centrum Verslavingszorg, Zuid-Holland-Zuid, Rotterdam, 1998, 14.

⁶⁶ WHO, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Client Satisfaction Evaluations*, Workbook 6, 3.

⁶⁷ *Ibid.*, 4.

⁶⁸ *Ibid.*, 56 p.

⁶⁹ *Ibid.*, 3.

⁷⁰ Zie: Deel I Het onderzoek, Hoofdstuk 4 Methodologie, 4.3.2.7. *Ontbrekende gegevens*.

In het MSOC van Gent werden 47 vragenlijsten ingevuld door de cliënten.

De geslachtsverhouding (32 mannen en 11 vrouwen) stemt ongeveer overeen met de verhouding van de populatie in het MSOC, net als de verdeling autochtone - allochtone cliënten (37 Belgen - 7 niet-Belgen) en de leeftijdsdistributie (34 cliënten bevinden zich in de leeftijdscategorie 19 tot 30 jaar; 9 cliënten zijn tussen 31 en 39 jaar en, 3 personen zijn ouder dan 40 jaar). Heroïne (gescoord door 32 cliënten), cannabis (gescoord door 13 cliënten) en cocaïne (gescoord door 12 cliënten) zijn de meest voorkomende producten. Polydruggebruik komt frequent voor (21 cliënten).

In het MSOC van Oostende bedroeg het aantal ingevulde vragenlijsten 38.

De geslachtsverhouding (27 mannen en 10 vrouwen) stemt ongeveer overeen met de verhouding van de populatie in het MSOC. De vragenlijst werd enkel door Belgen ingevuld. 23 cliënten bevinden zich in de leeftijdscategorie 18 tot 30 jaar; 10 cliënten zijn tussen 31 en 39 jaar. Er zijn geen cliënten ouder dan 37 jaar die de vragenlijst hebben ingevuld. Heroïne (gescoord door 25 cliënten), cannabis (gescoord door 11 cliënten) en cocaïne (gescoord door 8 cliënten) zijn de meest voorkomende producten. Polydruggebruik komt frequent voor (11 cliënten).

4.3.2.5.3.2 Focus Groups

Bovendien werden gebruikers ook mondeling aangesproken en werden er vier focus groups georganiseerd.

1/ Verantwoording onderzoeksmethode: focusgroep onderzoek

Vanuit de ervaringen uit Groot-Brittannië en Nederland⁷¹ werd onze aandacht gevestigd op de methodiek van de focusgroep onderzoek. Focusgroep onderzoek, oorspronkelijk ontstaan vanuit de marketingstrategieën van producenten van consumptiegoederen, bleek zeer effectief te werken voor die “moeilijke” groep van “manipulerende, onbereikbare” drugsverslaafden.

Met de focusgroepen willen we de gebruikers zelf een stem geven in het debat en op systematische wijze hun subjectieve beleving in deze materie bevragen. De bevraging van de opinie van deze “consumenten”, voor wie de hulpverlening bedoeld is, gebeurt zelden op een stelselmatige manier.⁷² In Vlaanderen is de expertise rond de toepassing van focus groups, op de groep van problematische druggebruikers, beperkt.⁷³

⁷¹ Uit het interview met Mevr. J. VERVEEN van het Boumanhuis werden een aantal aandachtspunten weerhouden (vergemakkelijken van het onderzoek, het rekruteren cliënten, het motiveren van respondenten, het voorzien van verstorende factoren, werken met concrete themavragen, werken met een begrippenkader, ondersteunen van het onderzoek door vragenlijsten, legitimeren van het onderzoek door participatie, terugkoppelen resultaten aan de respondenten.). Het is niet onbelangrijk te vermelden dat de beschikbare middelen in het Boumanhuis aanzienlijk waren. Zo werden er in totaal 80 respondenten in een tiental verschillende focusgroepen bevraagd. Zie: X., *Je wordt als junk behandeld*, verslag van een aantal Focus-groups onder cliënten van het Boumanhuis en de Stichting Symbion, Rotterdam, niet gepubliceerd document, 1997, 30 p.

⁷² G. GOYVAERTS, o.c.

⁷³ De focusgroep methodiek werd in Vlaanderen reeds verricht bij onderzoek over de attitudevorming bij *drughulpverleners* over allochtone cliënten, zie: S. VANDEVELDE en W. VANDERPLASSCHEN, o.c., 10.

2/ Focus Group Research

Een focusgroep is “a group of individuals selected and assembled by researchers to discuss and comment on, from personal experiences, the topic that is subject of the research.”⁷⁴ “A full group consists of a discussion of approximately 90 to 120 minutes, led by a trained moderator, involving 8 to 10 persons who are recruited for the session based on their common demographics, attitudes, or buying patterns germane to the topic.”⁷⁵ Het is van belang te benadrukken dat in een focus groep vragen niet zomaar achtereenvolgens worden beantwoord, maar een aanzet vormen tot een confrontatie van verschillende opinies die in de doelgroep naar voor gebracht worden.

3/ Methodologische opzet en voorwaarden

• Afbakening van de doelgroep

We vonden het relevant om twee verschillende focus groups te organiseren.⁷⁶

Een focusgroep met cliënten van het MSOC (1): deze groep kan relevante beeldvorming aanreiken betreffende de reeds bestaande opvang voor deze specifieke doelgroep.

Een focusgroep met cliënten die niet deelnemen aan de categoriale hulpverlening (2): deze groep kan dan die beeldvorming, betreffende de drughulpverlening in het algemeen en het MSOC in het bijzonder, aanreiken van die cliënten die zich (alsnog) niet aangesproken voelen om in contact te komen met het MSOC.

• Rekrutering van de respondenten

Hierbij maken we een onderscheid binnen de respondenten in focusgroep 1; respectievelijk. 2. De focusgroep 1 werd gerekruteerd in het MSOC zelf door schriftelijke en mondelinge informatiebronnen.

De focusgroep 2 werd gerekruteerd door de snowballtechniek. Via straathoekwerkers en informanten uit de drugsscene werd een homogene groep samengesteld.

De cliënten werden vooraf geïnformeerd over het belang van het onderzoek en de mogelijke aanpassingen van het beleid op basis van hun inbreng. Verder werd geprobeerd de drempel om deel te nemen te verlagen.⁷⁷

Er werd gestreefd naar een ideale groepsgrootte van 8 deelnemers.

• De moderator

Het al dan niet slagen van een focus group is sterk afhankelijk van de invulling van de specifieke taak van de moderator. “Once a meeting has been arranged, the role of moderator or group facilitator becomes critical, especially in terms of providing clear explanations of the purpose of the group, helping people feel at ease, and facilitating interaction between

⁷⁴ R. A. POWELL and H. M. SINGLE, “Focus groups”, in *International Journal of Quality in Health*, 1996, 8,, 10; zie ook: D. L. MORGAN, *Successful Focusgroups, Advancing the State of the Art*, Sage, London, 1993, 320 p; WHO, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 1: Planning Evaluations*, 43.

⁷⁵ T.L. GREENBAUM, *The handbook for focus group research*, Sage, California, 1997, 19.

⁷⁶ Wegens tijdsgebrek hebben we niet gekozen voor bijkomende focusgroepen die de doelgroep verfijnen naar gedetineerde problematische druggebruikers en naar die cliëntengroep die deelneemt aan andere categoriale diensten met een laagdrempelige opvang.

⁷⁷ De technieken om de drempel te verlagen waren: een neutrale locatie; respect voor de privacy door het ondertekenen van een contract; het voorzien van vervoersmodaliteiten, van een maaltijd en van een vergoeding.

*group members.*⁷⁸ De moderator doet dus geen inhoudelijke inbreng, maar biedt de groepsleden optimale kansen om vanuit de interactie hun mening kenbaar te maken.

“During the meeting moderators will need to promote debate, perhaps by asking open questions. (...) At the same time moderators are encouraged not to show too much approval, so as to avoid favouring particular participants.” Focusgroepen laten cliënten zelf aan het woord in groepsgesprekken. De cliënten krijgen de vrijheid vrijuit te praten en de moderator heeft de taak het gesprek te vergemakkelijken, in plaats van het gesprek te leiden.⁷⁹

Tijdens de focusgroepen werden cliënten en niet cliënten van het MSOC afzonderlijk bevraagd. Er werden twee focusgroepen georganiseerd in Gent en twee focusgroepen in Oostende.

Het gesprek werd digitaal opgenomen en manueel verwerkt. De eerste drie gesprekken werden gemodereerd door een persoon die ruime ervaring had met het omgaan met problematische druggebruikers; de vierde focus group werd gemodereerd door de onderzoeker (die de overige drie focus groups bijwoonde).

Tabel 1: Aantal deelnemers aan de focusgroups

	Gent	Oostende
MSOC-clënten	7	13
Niet MSOC-clënten	6	15

Op 31 januari 2001 werd de eerste focus group georganiseerd. Het betrof niet-clënten van het MSOC van Gent. De focus group vond plaats in Gent, op een neutrale plaats. Zes problematische druggebruikers namen deel aan de focus group.

De tweede focus group vond plaats op 20 februari 2001. Het betrof cliënten van het MSOC van Gent. De focus group vond plaats in Gent, op een neutrale plaats. Zeven cliënten van het MSOC van Gent namen deel aan de focus group.

De derde focusgroup vond plaats op 13 maart 2001 in Oostende plaats. Hieraan namen 15 niet-clënten van het MSOC deel.

De vierde focus group werd in Oostende georganiseerd op 15 maart 2001. Er namen 13 MSOC-clënten deel.

Beide focus groups werden in het MSOC van Oostende georganiseerd. Hiertoe werd besloten na overleg met het MSOC van Oostende. Noch de straathoekwerkers, noch de drughulpverleners maakten bezwaren bij de locatie van de focus groups. Het feit dat het MSOC van Oostende instuifmomenten organiseert waar ook niet-clënten naartoe komen, maakt dat ook niet-clënten de locatie binnen het MSOC niet als een drempel zouden ervaren. De opkomst van zowel cliënten als niet-clënten bewijst de juistheid van deze stelling.

4.3.2.6 Toetsing van de vergaarde data

Tenslotte werden de vergaarde data in de loop van het gehele onderzoek getoetst aan de jarenlange ervaringen van een expert uit de drughulpverlening.

⁷⁸ R. A. KREUGER and M.A. CASEY, *Focus groups: a practical guide for applied research*, Sage, London, 2000, 18.

⁷⁹ J. FOUTAIN and M. GILMAN, *Focus groups on clients' opinions of the Community Drug Project*, niet gepubliceerd document, 1995, 12 p.

4.3.2.7 Ontbrekende gegevens

4.3.2.7.1 Onderzoeksgegevens die onvoldoende door het onderzoek zijn voortgebracht

Het onderzoek is er niet in geslaagd de retentie / therapietrouw van de cliënten in het MSOC te berekenen en de *kwantitatieve* effectevaluatie te maken van de revalidatieactiviteiten van de MSOC's. Hier zijn verschillende oorzaken voor:

- Effectevaluatie is gebaseerd op een kwantitatieve benadering.⁸⁰ Zoals we in punt 4.3.1. Rapid Situation Assessment aangaven, combineert het onderzoek kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Het aandeel van de kwantitatieve gegevens in dit onderzoek is, zeker voor het MSOC van Oostende, beperkt.
- In juni 1999 vroegen de MSOC's voldoende garanties voor het beroepsgeheim, voor zij de toestemming konden geven om de onderzoekers de dossiers van cliënten te laten inkijken. Tijdens een overleg in augustus 1999 in het DWTC tussen de universiteiten en de MSOC's werd beslist om dit euvel te verhelpen door, in gezamenlijk overleg tussen de universiteiten en de MSOC's, een convenant op te stellen, waarin deze garanties voldoende werden gewaarborgd.⁸¹ De universiteit kreeg pas in september 2000 voor het MSOC van Gent en eind oktober 2000 voor het MSOC van Oostende de toestemming de dossiers van cliënten in te kijken.⁸² Daardoor was het zeer moeilijk om een follow-up te organiseren van cliënten over een voldoende lange periode.⁸³
- De dossieranalyse gaf geen verdere informatie over de retentie van cliënten in het MSOC. Uit de dossieranalyses bleek ook dat de registratie van de therapietrouw of het afhaken van cliënten niet wordt bijgehouden.
- De dossieranalyse gaf ook weinig duidelijkheid over de effecten van de revalidatie op de cliënten, aangezien noch het MSOC van Gent, noch het MSOC van Oostende bij de start van de revalidatieactiviteiten een nulmeting, aan de hand van gestandaardiseerde testen,⁸⁴ uitvoeren om een zicht te krijgen op de situatie van de cliënten bij de start van de revalidatie. Sinds januari 2001 is het MSOC van Oostende, na een proefperiode van een half jaar, gestart met het afnemen van de Addiction Severity Index (ASI) bij elke nieuwe cliënt.
- Het MSOC van Gent heeft inspanningen geleverd om de retentie van zijn cliënten te berekenen. De beschikbare retentiecijfers worden echter elk jaar op een andere manier geregistreerd. De voorwaarde voor een correct beeld en een consequente opvolging van retentie is in de eerste plaats eenvormigheid in de registratie van de cijfers.

⁸⁰ WHO, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Outcome Evaluations, Workbook 7*, 6.

⁸¹ F. BULLENS en K. MEUWISSEN, *Verslag, DWTC*, niet gepubliceerd document, 25 augustus 1999.

⁸² *Convenant tussen de MSOC's en de onderzoeksequipes n.a.v. het onderzoek 'Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra'*, Oostende, 26/10/2000, 3 p; *Convenant tussen de MSOC's en de onderzoeksequipes n.a.v. het onderzoek 'Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra'*, Gent, 19/09/2000, 3 p.

⁸³ Het wordt aanbevolen minimaal een interval van zes maanden te voorzien bij follow-up onderzoek. Zie: WHO, UNDCP, EMCDDA *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Outcome Evaluations, Workbook 7*, 14.

⁸⁴ Zoals bijvoorbeeld zoals de Addiction Severity Index (ASI), zie: B. DE RUYVER, A. NOIRFALISE, L. VAN DAELE en T. MANFREDINI, o.c., 66.

4.3.2.7.2 *Het berekenen van de retentie*

Retentiecijfers, hier geïnterpreteerd als “uitval”, kunnen worden berekend met behulp van “life tables” of andere methodes van “survival analysis”. In dit soort analyses wordt berekend in hoeverre een onderzoekseenheid een bepaald tijdsinterval “overleeft” of meemaakt. Hierbij is het van belang dat wordt gewerkt met gelijke tijdsintervallen. Met behulp van “life tables”, wordt het probleem dat cliënten op verschillende momenten worden opgenomen in de analyse; en dat bijgevolg ook het einde van het interval van zes maand voor elk van de onderzoekseenheden op een ander ogenblik plaatsvindt, opgelost.⁸⁵ Alle onderzoekseenheden starten als het ware op hetzelfde ogenblik: interval 0. Onderstaande tabel maakt het principe van “life tables” duidelijk.⁸⁶

Tabel 2: Voorbeeld van een “life table”

Start van het interval	Aantal eenheden bij begin interval	Uitval tijdens het interval	Aantal “terminal events”	Proportie uitval	Proportie overlevend	Cumulatieve proportie die overblijft aan het einde
0	100	0	2	.0200	.9800	.9800
1	98	0	6	.0612	.9388	.9200
2	92	3	8	.0884	.9116	.8387
3	81	3	11	.1384	.8616	.7226
4	67	6	9	.1406	.8594	.6210
5	52	8	19	.3958	.6042	.3752
6	23	6	9	.4091	.5909	.2217
7	10	3	7	.8235	.1765	.0391
Totaal	29		71			

Bij het uitvoeren van een “life table” is het van belang om op voorhand te bepalen welke onderzoekseenheden “censored” zijn.⁸⁷ In het geval van de MSOC’s zou men kunnen beslissen dat cliënten die overleden zijn, doorverwezen zijn, een behandeling succesvol afgewerkt hebben, of een gevangenisstraf uitzitten als censored cases worden behandeld. De “terminal events” zijn dan die cliënten die niet langer in het MSOC langskomen. Dit zijn de echte afhakers.

Naderhand kan een aparte analyse van de afhakers (zowel de “censored” als de “terminal events”) nuttig blijken om meer inzicht te verwerven in de specifieke kenmerken ervan. Dit kan met behulp van frequentietabellen.

⁸⁵ M. STEINBERG, Life Tables Examples, in: *SPSS advanced statistics 7.5.*, SPSS, Chicago, 1997, 261.

⁸⁶ Verklaring van de tabel:

Start van het interval is de start van elk interval (per 6 maand).

Aantal eenheden bij het begin van het interval is het aantal eenheden bij het begin van het interval. Bij start van interval 0 is dat het totaal aantal aanmeldingen. Bij start van interval 1 is dat het aantal cliënten die na 6 maand nog altijd op consultatie komen.

Uitval tijdens het interval is het aantal onderzoekseenheden die uitgevallen zijn in de loop van het interval, de zogenaamde “censored cases”.

Aantal “terminal events” is het aantal cliënten die afgehaakt zijn op het einde van het interval van 6 maand.

Proportie uitval en proportie overlevend zijn respectievelijk de proportie uitgevallen onderzoekseenheden en de proportie eenheden die overblijven op het einde van het interval.

Cumulatieve proportie die overblijft aan het einde is een schatting van de probabieliteit om het volgende interval mee te maken. Zie: M. STEINBERG, o.c., 263.

⁸⁷ M. STEINBERG, o.c., 265.

Het verdient aanbeveling deze methodiek toe te passen voor alle diensten en voorzieningen in de drughulpverlening in het onderzoek naar “Drugbeleid in cijfers”⁸⁸ dat in april 2001 van start is gegaan, om zo een zicht te krijgen op de uitval van cliënten en op het type cliënten dat tot de “uitvallers” behoort.

4.3.2.7.3 *Het meten van de effectiviteit van de revalidatieactiviteiten*

Het onderzoek is er in geslaagd, op basis van interviews met het personeel van het MSOC, op basis van de focusgroepen en op basis van de client satisfaction questionnaire, een *kwantitatieve* analyse te maken van de effecten van de revalidatie door het MSOC op de cliënten.

Het onderzoek is er, om de hierboven vermelde redenen, niet in geslaagd een *kwantitatieve* effectevaluatie te maken van de revalidatieactiviteiten van het MSOC.

Dit had kunnen gebeuren aan de hand van gestandaardiseerde testen bij een steekproef van de cliënten van het MSOC.⁸⁹

Bij onderzoek naar de effectiviteit van behandelingsprogramma's, wordt vaak gebruik gemaakt van de Addiction Severity Index (ASI).⁹⁰ De ASI is een vragenlijst waarvan de vragen een brede range van potentiële levensdomeinen bestrijkt, die kunnen beïnvloed worden door de drughulpverlening. De opmaak van deze vragenlijst maakt het mogelijk om de lijst verschillende keren af te nemen in functie van een follow-up, om zo de behandel-effecten na te gaan.⁹¹

⁸⁸ FEDERALE DIENSTEN VOOR WETENSCHAPPELIJKE, TECHNISCHE EN CULTURELE AANGELEGENHEDEN, *Programma actuele problemen met betrekking tot sociale cohesie, Drugbeleid in cijfers*, onderzoeksovereenkomst nr. SO/02/017.

⁸⁹ B. DE RUYVER, A. NOIRFALISE, L. VAN DAELE en T. MANFREDINI, o.c., 66.

⁹⁰ *Ibid.*, 70.

⁹¹ *Ibid.*, 71.

5 OPDRACHTOMSCHRIJVING VAN DE MSOC'S

5.1 INLEIDING

De Medisch-Sociale Opvangcentra voor problematische druggebruikers werden in de eerste plaats opgericht om een leemte op te vullen in het hulpverleningsaanbod voor druggebruikers in België.

Een kritische doorlichting van het Belgische aanbod van de drughulpverlening bracht reeds in het begin van de jaren '90 knelpunten op vier vlakken aan het licht⁹².

Ten eerste was er nood aan meer *functionele differentiëring*. Het aspect 'behandelen' was oververtegenwoordigd, ten nadele van het aspect 'medisch-sociale verzorging'. Ten tweede waren de meeste initiatieven bijna uitsluitend gericht op het realiseren van één doelstelling, namelijk *herstel en genezing* van de drugafhankelijkheid. Er was nood aan voorzieningen voor druggebruikers die niet gemotiveerd waren tot totale ontwenning. Ten derde was er nood aan een betere *aansluiting tussen justitie en hulpverlening*, in functie van meer succesvolle doorverwijzingen van justitiecliënten naar de hulpverlening. Ten vierde was er nood aan meer *continuïteit in de hulpverlening* om de hoge drop-out van cliënten te beperken. Er moest meer rekening gehouden worden met het feit dat een aantal drugverslaafden over een lange periode afwisselend verzorging en behandeling nodig hebben en dat er dus meer aandacht moest besteed worden aan het samenwerken van verschillende voorzieningen rond één patiënt, het zogenaamde 'casemanagement'.

Een reactie van het beleid op deze knelpunten kon dan ook niet uitblijven.

5.2 HET ACTIEPLAN TOXICOMANIE-DRUGS

In 1995 gaf de federale regering in het Actieplan haar intentie te kennen om een aantal concrete acties op middellange termijn op te zetten die een doelgericht antwoord dienden te bieden op het complex, veelzijdig en veranderend fenomeen van de drugproblematiek⁹³. Het actieprogramma omvatte tien concrete punten.⁹⁴ Eén van die punten was de aankondiging van de oprichting van 'sociaal-sanitaire' opvangcentra voor druggebruikers.

⁹² P. VAN DEUN, "Hulpverlening aan drugsverslaafden: van verscheidenheid naar continuïteit", in B. DE RUYVER en A. DE LEENHEER (reds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1994, 208-210.

⁹³ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, 18 p.

⁹⁴ Andere initiatieven waren: de toewijzing aan de sociale zekerheid van de opbrengst van de tegeldemaking van vermogensvoordelen die in beslag werden genomen bij de strijd tegen de drughandel, de verbetering van de opleiding van het gevangenispersoneel over het drugprobleem, het opzetten van een uitwisselingsprogramma voor injectiespuiten, de uitbreiding van het recht tot sluiting van etablissementen waar misdrijven worden gepleegd in verband met de handel in of het gebruik van verdovende middelen, het concretiseren van een programma ter bestrijding van recreatief druggebruik, het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek inzake de drugproblematiek, de optimale regeling en verruiming van het verzorgingsaanbod voor druggebruikers, het opzetten van maatregelen tot vermindering van het aanbod aan verdovende middelen en tenslotte het bevorderen van het onderzoek naar de gevolgen van het druggebruik voor de verkeersveiligheid.

5.2.1 OPRICHTING VAN DE SOCIAAL-SANITAIRE OPVANGCENTRA VOOR DRUGGEBRUIKERS

De oprichting van de MSOC's kaderde in de uitbreiding en diversifiëring van het verzorgingsaanbod voor druggebruikers.⁹⁵ De MSOC's werden in het leven geroepen omdat er een structurele nood was aan laagdrempelige drughulpverlening.⁹⁶

In negen stedelijke agglomeraties met ernstige problemen inzake druggebruik (met name Brussel, Charleroi, Luik, Antwerpen, Gent, Oostende, Genk, Namen en Bergen)⁹⁷ zouden 'sociaal-sanitaire opvangcentra voor druggebruikers', zoals zij in het Actieplan nog genoemd worden, uiterlijk op 1 januari 1996 worden ingericht. Hetzij door de uitbouw van een nieuwe structuur, hetzij door de aanpassing van bestaande structuren. Het project beoogt het bestaande zorgaanbod te vergroten. In dat opzicht vormen de opvangcentra steunpunten voor bestaande therapeutische projecten die medische en sociale begeleiding bieden aan personen die buiten de huidige netwerken van hulpverlening vallen.⁹⁸ De MSOC's dienen in contact te komen met en begeleiding te bieden aan personen die buiten de bestaande netwerken van hulpverlening vallen.⁹⁹ Kortom, wie beroep deed op zulk opvangcentrum, moest snel en doeltreffend antwoord kunnen krijgen op zijn vragen.

5.2.2 DOEL VAN DE SOCIAAL-SANITAIRE OPVANGCENTRA VOOR DRUGGEBRUIKERS

De federale regering schreef in haar Actieplan een meervoudige opdracht toe aan de 'sociaal-sanitaire opvangcentra voor druggebruikers'.

De regering richtte in het Actieplan de MSOC's op voor "*druggebruikers die in de marginaliteit zijn beland*".¹⁰⁰ Dit zijn gebruikers die buiten de huidige netwerken van hulpverlening vallen. De MSOC's hebben het doel de contacten met de druggebruikers te vergroten die het minst een "beroep" doen op de huidige opvang- en verzorgingsvoorzieningen.¹⁰¹

Op medisch gebied moeten de MSOC's de kwaliteit van het leven van de druggebruiker verbeteren door eerst en vooral aan hun behoeften inzake verzorging te beantwoorden en door de schadelijke gevolgen van het druggebruik, in de eerste plaats van injecteerbare drugs, voor de volksgezondheid (HIV, hepatitis) te verminderen.

De MSOC's dienen *therapeutische opvang* te ontwikkelen, die in eerste instantie de afhankelijkheid van de druggebruiker moet stabiliseren en de omstandigheden voor een "werkelijk normale sociale omgang" moet herstellen.

Op sociaal gebied bestaat het doel van de MSOC's hierin dat ze de druggebruikers in de maatschappij trachten te (her)integreren en hen weer trachten op te nemen in het beroepsleven.

⁹⁵ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, 4.

⁹⁶ *Ibid.*, 5.

⁹⁷ *Ibid.*, 2.

⁹⁸ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Algemene Beleidsverklaring inzake Drugs en Toxicomanie*, 5.

⁹⁹ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, 2.

¹⁰⁰ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Algemene beleidsverklaring inzake drugs en toxicomanie*, 4.

Van een zelfstandige definitie van marginalisatie, zoals bijvoorbeeld in de jaarboeken kansarmoede en sociale uitsluiting werden ontwikkeld, is dus geen sprake. (J. VRANKEN, D. GELDHOF en G. VAN MENXEL, *Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 1999*, 30.)

¹⁰¹ KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie – Drugs*, 2.

Uiteindelijk beoogt het Actieplan de *toegang tot langdurige therapeutische programma's*, die moeten leiden tot het stoppen met het druggebruik, te bevorderen.¹⁰²

Tenslotte spreekt het Actieplan de hoop uit dat de verbetering van de gezondheidstoestand van de cliënten en het hoger niveau van volksgezondheid gekoppeld aan de hogere graad van sociale stabilisatie van de druggebruikers, ertoe zullen bijdragen dat bij de betrokken bevolkingsgroep, de risico's van *misdadige gedrag* zullen afnemen.

5.3 DE PARLEMENTAIRE WERKGROEP DRUGS

In 1997 stelde de parlementaire werkgroep drugs haar verslag¹⁰³ voor, het resultaat van anderhalf jaar hoorzittingen en vergaderingen, waarbij zowel beleidsmensen als mensen van het werkveld, academici en gebruikers betrokken werden.¹⁰⁴ Het was de eerste maal dat de drugproblematiek in een parlementair document op allesomvattende wijze benaderd werd.¹⁰⁵

Op het ogenblik van het neerleggen van het verslag was de oprichting van enkele MSOC's reeds een feit. Het verslag van de parlementaire werkgroep kan strikt genomen dus niet beschouwd worden als een beleidsdocument dat geleid heeft tot de oprichting van de MSOC's. Evenwel 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 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 bovendien proberen 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 en dat een centraal beheerd registratiesysteem wordt uitgebouwd. Via doelgroepafbakening, overleg en doorverwijzing moet op regionaal niveau een onderling op elkaar afgestemd netwerk van

¹⁰² KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, 2.

¹⁰³ Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, *Parl. St.* Kamer 1996-97, nr. 1062/3.

¹⁰⁴ De bespreking van het verslag van de werkgroep werd eveneens gebaseerd op: L. VANVELTHOVEN, in B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE en CH. FIGIEL (reds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1998, 177-182; D. BACQUELAINE, in B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE en CH. FIGIEL (reds.), o.c., 183-188; J. LEFEVRE, in P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE en CH. FIGIEL (reds.), o.c., 189-197; F. LOZIE, 'Bevindingen vanuit de Kamerwerkgroep Drugs', in B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE en CH. FIGIEL (reds.), o.c., 199-201; D. VANDENBOSSCHE, 'Een drugbeleid zonder taboes', in B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE en CH. FIGIEL (reds.), o.c., 203-210; J. VANDEURZEN, 'De eerste prioriteit : meer coherentie in het drugbeleid', in B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE en CH. FIGIEL (reds.), o.c., 211-217; T. VANDER BEKEN, 'Verslag van de werkgroep', in B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE en CH. FIGIEL (reds.), o.c., 219-222.

¹⁰⁵ L. VANVELTHOVEN, o.c., p. 177.

laagdrempelige drughulpverlening 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.

Wat de drughulpverlening betreft, komt men tot het algemene besluit dat – gezien de complexiteit van het drugfenomeen – er nood is aan een *brede waaier van voorzieningen*, van zowel algemeen sociale als van specifieke aard, zodat elke hulpbehoevende gebruiker van legale of illegale drugs, ongeacht de inhoud van zijn hulpvraag, geholpen kan worden.¹⁰⁶

Uit het voorgaande blijkt dat de beleidsvoorstellen van de parlementaire werkgroep Drugs tegemoetkomen aan de tekortkomingen die men vroeger reeds constateerde in het drughulpverleningaangebod. De oprichting van de MSOC's moet gezien worden in het licht van deze algemene beleidsontwikkelingen.

5.4 CONVENTIES VAN DE MSOC'S MET HET RIZIV

Terwijl het Actieplan op algemene wijze de opdracht van de MSOC's bepaalt, worden de initiële doelstellingen van de MSOC's specifiek omschreven in de conventies die zij sloten met het RIZIV tijdens hun oprichting.¹⁰⁷

Deze overeenkomsten definiëren de door de inrichting beoogde populatie, de geboden revalidatieactiviteiten, de vergoedbare revalidatieprestaties, de beoogde doelstellingen van de revalidatie en de revalidatie-equipe die hiervoor instaat. 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.¹⁰⁸

De conventies werden voor alle MSOC's op dezelfde wijze opgesteld, enkele minimale verschillen niet te na gesproken. Omdat de inhoud van de conventies verder in het onderzoek nog van naderbij zal bekeken worden, beperken we hier de beschrijving van de doelstellingen.

¹⁰⁶ Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek -Conclusies en aanbevelingen, 5 juni 1997, *Gedr.St. Kamer* 1996-97, 1003; 1020.

¹⁰⁷ RIZIV, *Overeenkomst tussen het comité van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en de Stad Oostende, namens zijn Medisch Psycho-Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers (MSOC)*, 08/02/1998, 21 p. + bijlagen (hierna: RIZIV-conventie); RIZIV, *Overeenkomst tussen het comité van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en de Stad Gent, namens zijn Medisch Psycho-Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers (MSOC)*, 01/01/1997, 22 p. + bijlagen (hierna: RIZIV-conventie).

¹⁰⁸ RIZIV-conventie, art. 1.

5.4.1 DOEL OP HET NIVEAU VAN DE INRICHTING

In de conventies lezen we dat de ambulante MSOC's, zoals bedoeld in het Actieplan, opgericht worden voor illegale druggebruikers die door andere voorzieningen, van welke aard ook, niet (meer) of onvoldoende bereikt worden en voor wie bovendien, 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)¹⁰⁹. De MSOC's moeten snel en op maat medische en sociale begeleiding bieden¹¹⁰. Het uiteindelijke opzet is hoe dan ook de aanzet te vormen tot een effectieve behandeling van de verslaving¹¹¹.

5.4.2 DOEL OP HET NIVEAU VAN DE CLIËNT

De revalidatie van de cliënt heeft als doel de toestand van de druggebruiker op medisch, psychologisch en sociaal vlak gevoelig te verbeteren. Het MSOC moet snel en op maat doeltreffende *medische en sociale begeleiding* bieden.¹¹² De MSOC's moeten een voldoende ruim aanbod aan revalidatieactiviteiten ontwikkelen om te kunnen voldoen aan de behoeften van haar cliënten.¹¹³

Voor het druggebruik zelf, is de volledige *ontwenning* steeds de uiteindelijke doelstelling, maar het kan aangewezen zijn als tussenstap te werken met beperkte, *haalbare doelstellingen*; in sommige gevallen kan de behandeling zich zelfs (tijdelijk) uitsluitend richten op het in contact komen en blijven met de druggebruiker.¹¹⁴

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.¹¹⁵

Op *medisch vlak* richt de behandeling zich onder meer op de vermindering of eliminatie van het druggebruik 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 voeding¹¹⁶.

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

¹⁰⁹ RIZIV-conventie, art. 6.

De RIZIV-conventie verwijst nog naar de DSM-III criteria, er bestaat evenwel een recentere versie: de DSM-IV. Gezien het RIZIV de DSM gebruikt, mogen we aannemen dat het RIZIV ook de meest recente versie van de DSM volgt.

¹¹⁰ RIZIV-conventie, art. 2 § 2.

¹¹¹ RIZIV-conventie, art. 2 § 3.

¹¹² RIZIV-conventie, art. 2, §2.

¹¹³ RIZIV-conventie, art. 15.

¹¹⁴ RIZIV-conventie, art. 7 § 1.

¹¹⁵ RIZIV-conventie, art. 7, §1.

¹¹⁶ RIZIV-conventie, art. 7 § 2.

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.¹¹⁷

Op *sociaal vlak* kan men zich richten op het vervullen van basisbehoeften, het verbeteren van de inkomenssituatie, het verbeteren van de huisvestingssituatie, het regelen van de verzekeraarbaarheid, het verbeteren van de justitiële situatie, het herstellen van contacten met familie en het verminderen van familiale conflicten, enz. De conventies vermelden bij terreinen van behandeling op sociaal vlak expliciet de mogelijkheid tot effectieve doorverwijzing naar gespecialiseerde instanties¹¹⁸.

5.4.3 DOEL OP HET NIVEAU VAN HET NETWERK

De MSOC's moeten *samenwerkingsbanden* 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 problematische druggebruikers (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.¹¹⁹

De MSOC's moeten zich ook inschakelen in de *regionale overlegorganen* voor de behandeling van problematische 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.¹²⁰

5.5 VEILIGHEIDS- EN SAMENLEVINGSCONTRACT

Zowel het veiligheids- en samenlevingscontract van de stad Gent als dat van de stad Oostende nemen de opdracht, zoals omschreven in het Actieplan en de RIZIV-conventie, over.

Het veiligheids- en samenlevingscontract van *de stad Gent* bepaalt dat het MSOC de schadelijke gevolgen van het druggebruik voor de gezondheid en het welzijn van de druggebruikers en hun omgeving wil terugdringen, druggebruikers in contact wil brengen met de bestaande gezondheidsvoorzieningen en sociale voorzieningen en daar waar de doorstroming naar bestaande voorzieningen moeilijk verloopt, zelf snel en doeltreffend hulp wil bieden en een continue begeleiding voorzien binnen een revalidatieprogramma. Het doel van het revalidatieprogramma is het verbeteren van de lichamelijke, psychische en sociale

¹¹⁷ RIZIV-conventie, art.7 § 3.

¹¹⁸ RIZIV-conventie, art. 7 § 4.

¹¹⁹ RIZIV-conventie, art. 2, § 5, 4^{de} lid.

¹²⁰ RIZIV-conventie, art. 2, § 5, 3^{de} lid.

situatie van de druggebruiker. Daarnaast is het de bedoeling het druggebruik te beperken of uiteindelijk te stoppen.¹²¹

Het veiligheids- en samenlevingscontract van *de stad Oostende* bepaalt dat het MSOC instaat voor ambulante begeleiding en behandeling van druggebruikers. De behandeling gebeurt met het doel de afhankelijkheid te stabiliseren en zo mogelijk op lange termijn om de afhankelijkheid te verminderen.

Algemeen genomen richt het MSOC zich op een verbetering van de toestand van de verslaafde op medisch, sociaal en psychologisch vlak. Er wordt gestreefd naar het terugdringen van de schadelijke gevolgen van het druggebruik voor de gezondheid en het welzijn van de gebruikers en naar het verhogen van de levenskwaliteit van zowel gebruikers als van hun omgeving. Het MSOC fungeert bovendien als contactcentrum waarbij aandacht is voor de vragen vanuit de omgeving van de druggebruiker.¹²²

¹²¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 51-52.

¹²² STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 26.

DEEL II EPIDEMIOLOGIE

1 INLEIDING

In hoofdstuk twee geven we de omgevingsfactoren aan die de werking van een laagdrempelig drugcentrum als het MSOC beïnvloeden.

In hoofdstuk drie plaatsen we het druggebruik in een structurele context door het beschrijven van de demografische en socio-economische situatie in de onderzoeksregio.

In hoofdstuk vier onderzoeken we de aard, omvang en spreiding van het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio.

We onderzoeken eerst de territoriale spreiding van de cliënten van de MSOC's. Dit noemen we het 'geografisch attractiegebied' van de MSOC's. Dan bestuderen we de omvang van het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio.

Vervolgens beschrijven we het profiel van de cliënten van het MSOC van Gent en Oostende, waarbij aandacht gaat naar de demografische en socio-economische kenmerken en het middelengebruik van de cliënten. We beschrijven ook het profiel van de problematische druggebruikers in de andere categoriale hulpverlening, voor zover hierover cijfergegevens beschikbaar zijn. Tenslotte richten we ons naar de problematische druggebruikers die moeilijk bereikt worden door de categoriale hulpverlening (waaronder het MSOC). We besteden daarbij aandacht aan specifieke doelgroepen.

In hoofdstuk vijf bestuderen we het aanbod en de spreiding van de hulpverlening aan problematische druggebruikers in de onderzoeksregio.

In hoofdstuk zes tenslotte beschrijven we de bestaande overlegorganen en initiatieven tot registratie en coördinatie van het aanbod aan problematische druggebruikers in de onderzoeksregio, met bijzondere aandacht voor de initiatieven waaraan de MSOC's deelnemen.

Dit deel van het onderzoek, dat eerder beschrijvend is, levert de *bouwstenen* voor de proces- en de effectevaluatie van de MSOC's die aan bod komt in deel drie van het onderzoek. De gegevens uit deel twee worden dan ook verder verwerkt in deel drie van dit onderzoek.

2 OMGEVINGSFACTOREN DIE DE WERKING VAN EEN MSOC BEÏNVLOEDEN

Het drugfenomeen is een multidimensioneel gegeven.¹²³ Daarom moet een geïntegreerd beleid worden ontwikkeld met alle sectoren die betrokken zijn bij de drugproblematiek:¹²⁴ de wetgever¹²⁵, de drugpreventie, de drughulpverlening, de politie, de justitie (het parket, de vonnisrechter, de gevangenis, de justitiehuisen en justitieassistenten), het OCMW, het straathoekwerk, het algemeen welzijnswerk, het buurtwerk, het jeugdwerk, het migrantenwerk, het onderwijs, het opbouwwerk, de gezondheidszorg (huisartsen, apothekers) en de coördinatoren en beleidsmakers op federaal¹²⁶, Vlaams¹²⁷, provinciaal¹²⁸ en lokaal niveau.

Het hiernavolgende schema brengt de omgevingsfactoren in kaart die de werking van een laagdrempelig centrum als het MSOC beïnvloeden en die dus ook in een evaluatie moeten onderzocht te worden. De factoren situeren zich op drie niveaus: de vraagzijde, de aanbodzijde en het MSOC zelf.

¹²³ Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek -Conclusies en aanbevelingen, 5 juni 1997, *Gedr.St. Kamer* 1996-97, 989.

¹²⁴ *Ibid.*, 991.

¹²⁵ De juridische grenzen van het drugbeleid worden vastgelegd door de wetgeving. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de nationale wetgever en de internationale wetgever (waarvan de Verenigde Naties op het vlak van het drugbeleid de belangrijkste zijn). Het Belgisch drugbeleid heeft zich in zeer belangrijke mate ontwikkeld onder invloed van deze internationale verdragen. Zie: B. DE RUYVER, *De strafrechtelijke politiek gevoerd door de socialistische ministers van justitie E. Vandervelde, P. Vermeylen en A. Vranckx*, Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de graad van Doctor in de criminologie, Rijksuniversiteit Gent, 1986, 489-490.

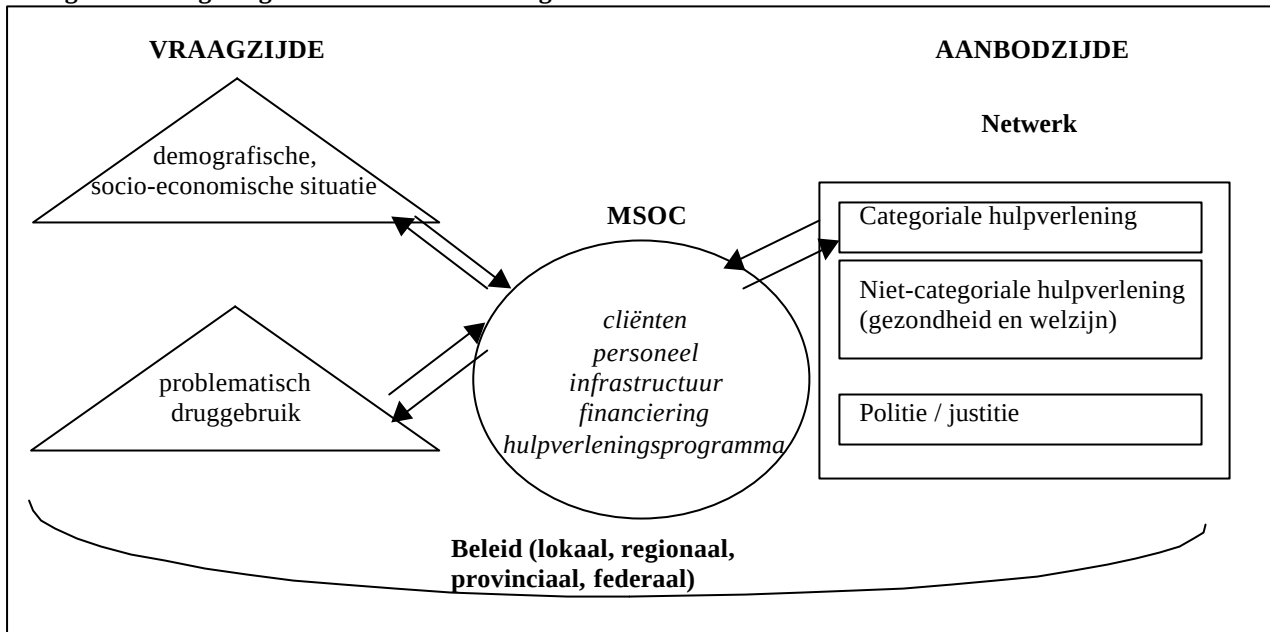
¹²⁶ De federale drugnota voorziet de oprichting van een Cel drugbeleid en het opnieuw samenkomen van de Interministeriële Conferentie Drugbeleid. De Cel drugbeleid zal samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van alle bevoegde overheden (de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten). Zie: *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel, 19/01/2001, 29-30.

Het Vast Secretariaat voor Preventiebeleid (VSP) is het secretariaat van Binnenlandse Zaken voor het begeleiden van de gemeentelijke preventieprojecten in het kader van de veiligheids- en samenlevingscontracten.

¹²⁷ De Vlaamse Gemeenschap heeft een coördinatiestructuur uitgetekend die de samenwerking en afstemming tussen de verschillende preventieniveaus moet garanderen. De coördinatieopdracht werd door een convenant aan de Vlaamse Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) gegeven. De VAD is de overkoepelende organisatie van instellingen die zich in Vlaanderen bezighoudt met preventie inzake alcohol- en andere drugproblemen. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) heeft een coördinatieopdracht voor de gezondheidspromotie. Zie: B. DE RUYVER, J. CASSELMAN, K. MEUWISSEN, F. BULLENS en K. VAN IMPE, *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*, Opdrachtgever: Minister van Justitie, Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk beleid en Internationale criminaliteit, Gent, 2000, 8; VAD, *Doorverwijsgids*, Brussel, losbl.

¹²⁸ De provinciale preventieplatforms zijn overlegplatforms voor de relevante actoren, opgericht in 1994. Zie: VAD, *Doorverwijsgids*, Brussel, losbl.

Figuur 1: Omgevingsfactoren die de werking van een MSOC beïnvloeden



Vooreerst zijn er de factoren die de vraag naar of de behoefte aan een MSOC bepalen. De *demografische en socio-economische situatie* in de regio bepaalt de structurele context waarbinnen de grote meerderheid van de cliënten van de MSOC's leeft. De locatie van een MSOC (in een grootstad of een middelgrote of kleine stad) zal de uitbouw van de werking bepalen. De functies die de regio of de stad vervult waarbinnen een MSOC werkzaam is zijn ook belangrijk.

De *aard, de omvang en de spreiding van het problematisch druggebruik* in de regio van belang.

Vervolgens zijn er ook de factoren op het niveau van de aanbodzijde die mee de werking van een MSOC bepalen. Met de aanbodzijde worden de sectoren en diensten en voorzieningen bedoeld die in de doelregio van het MSOC aanwezig zijn en die met problematische druggebruikers in contact komen.

Het *bestaande aanbod aan categoriale en niet-categoriale* diensten voor problematische druggebruikers in een regio is van belang voor de ontwikkeling en werking van een MSOC. Heel belangrijk is de mate waarin er in met de betrokken diensten in *een netwerk* wordt samengewerkt. Ook de wijze waarop politie en justitie reageren op druggerelateerde problemen heeft invloed op de werking van de regionale drughulpverlening.

Daarnaast bepaalt het *nationaal, Vlaams, provinciaal en lokaal drugbeleid* de mogelijkheden en beperkingen van een MSOC.

Tenslotte bepalen eveneens specifieke kenmerken op het niveau van het MSOC zelf haar werking, met name: het *personeelsbeleid* (het aantal personeelsleden, de aanwezigheid van straathoekwerkers), het *intern beleid*, de manier waarop de MSOC worden *gefinancierd* en uiteraard de cliënten zelf (aantal cliënten, sociaal-economische kenmerken, omvang en aard van de gebruikte middelen en specifieke hulpvragen).

Al deze factoren zijn met elkaar verbonden. De werking van een MSOC is steeds op één of andere manier aan deze factoren gerelateerd. Daarom is het, bij een evaluatieonderzoek, noodzakelijk deze factoren met elkaar in verband te brengen.

3 DEMOGRAFISCHE EN SOCIO-ECONOMISCHE SITUATIE IN DE ONDERZOEKSREGIO

3.1 INLEIDING

De beschrijving van de demografische en socio-economische situatie in de onderzoeksregio's dient als referentiekader om de epidemiologische gegevens over het problematisch druggebruik en de problematische druggebruikers in een structurele context te kunnen plaatsen.¹²⁹

Bij deze beschrijving focussen we op de graad van kansarmoede binnen de regio. Zoals uit voorgaand onderzoek blijkt, is er een sterke interrelatie tussen illegaal druggebruik en kansarmoedige leefomstandigheden. Die interrelatie manifesteert zich sterk in economische achtergebleven regio's en in bepaalde wijken van een aantal grote Belgische steden.¹³⁰ Deze interrelatie werd trouwens gedurende dit onderzoek veelvuldig bevestigd door diverse sleutelfiguren.

3.2 BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSREGIO VAN HET MSOC VAN GENT

3.2.1 SITUERING VAN DE ONDERZOEKSREGIO IN DE PROVINCIE OOST-VLAANDEREN

De provincie Oost-Vlaanderen telde in 1999 een totale bevolking van 1.359.702 inwoners.¹³¹ Dit komt neer op ongeveer 13% van de Belgische bevolking¹³² en 23% van de Vlaamse bevolking. Oost-Vlaanderen is daardoor, na Antwerpen, de tweede grootste provincie van het Vlaams Gewest.¹³³ De Provincie Oost-Vlaanderen is dicht bevolkt: 455 inwoners per km² tegenover 331,8 in België¹³⁴ en tegenover 438 in het gewest Vlaanderen. Enkel Brabant en Antwerpen hebben een hogere bevolkingsdichtheid.

De Oost-Vlaamse bevolking is verdeeld over 6 administratieve arrondissementen en over 65 gemeenten: Aalst is het dichtst bevolkte arrondissement, gevolgd door Dendermonde, Gent en Sint Niklaas. De arrondissementen Oudenaarde en Eeklo zijn dun bevolkt.

¹²⁹ J. VRANKEN, D. GELDOP en G. VAN MENXEL, *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1995*, Acco, Leuven, 1995, 24.

¹³⁰ B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, P. FRANCK en L. VAN DAELE, *Kansarmoede - druggebruik - criminaliteit*, Onderzoeksgroep drugbeleid, strafrechtelijk beleid en internationale criminaliteit, Universiteit Gent, 1992, 386; VRANKEN, J., GELDOP, D. en VAN MENXEL, G., *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 1998*, Acco, Leuven, 1998, 27.

¹³¹ VLAAMSE OVERHEID, *Vlaamse statistieken, basiskaart Vlaanderen.*, URL: www.vlaanderen.be/ned/sites/statsistiek/index.html.

¹³² POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 1998*, vzw Popov Logistiek, Gent, 1999, 7.

¹³³ STEUNPUNT WERKGELEGENHEID, ARBEID EN VORMING, KULeuven, *Jaarboek 1999*, URL: www.kuleuven.ac.be/stwav/s...ost98/besluit_oost-Vlaanderen.html.

¹³⁴ POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 1998*, 7.

Naast een middelgrote stedelijke kern (Gent) zijn er ook verschillende kleine stedelijke kernen (Aalst, Dendermonde, Oudenaarde, Ronse, Sint Niklaas,...).¹³⁵ De stad Gent heeft, met 1.436 inwoners per vierkante kilometer de hoogste bevolkingsconcentratie in de provincie, gevolgd door Denderleeuw (1.234) en Aalst (977). De bodemwaarde inzake bevolkingsdichtheid in Oost-Vlaanderen bedraagt 88.¹³⁶

3.2.2 KENMERKEN VAN DE ONDERZOEKSREGIO

Gent is een *middelgrote stad* die geografisch gezien *centraal gelegen* is in de provincie.

Een middelgrote stad oefent een bepaalde aantrekkingskracht uit op problematische druggebruikers. De sociale controle is minder groot in een stedelijke omgeving, waardoor ook de stigmatisering minder uitgesproken is.

Problematische druggebruikers zijn in binnenstedelijke wijken bovendien het best uitgerust om overlevingsstrategieën binnen de marktsfeer te gebruiken, vooral wegens de aanwezigheid van goedkope diensten en winkels (etnische winkels, markten, tweedehandswinkels) binnen 'loopafstand' (inbegrepen openbaar vervoer).

Tenslotte is er een groot aanbod van gedifferentieerde sociale dienstverlening en van de hulpverleningssector.¹³⁷

Gent heeft een historische binnenstad en is mede hierdoor sterk *toeristisch*.

Op 1 maart 1999 telde de stad 224.010 inwoners. Het ontvolkingproces dat reeds van vóór de fusie in 1977 dateert, zette zich tot het begin van de jaren '90 verder door. Begin de jaren '90 was er sprake van een voorzichtige heropleving van de woonfunctie in de stad. Vanaf 1993 was er opnieuw een kentering; na een viertal jaren met een procentuele afname van slechts 0,1%, zien we vanaf 1993 tot en met het jaar 1997 telkens een jaarlijkse afname met 0,4%. In 1998 was er opnieuw een kleinere afname (-0,2%). Dit zou kunnen wijzen op een heropleving van de *woonfunctie* binnen de stad.¹³⁸

3.2.3 DEMOGRAFISCH EN SOCIO-ECONOMISCH PROFIEL VAN DE ONDERZOEKSREGIO

De stad Gent kent een *grote kansarmoedeproblematiek*.¹³⁹ Het algemene beeld in Vlaanderen wijst op een hoge concentratie kansarmoede in de steden en in enkele kustgemeenten. Gent is, samen met Oostende en Antwerpen, één van de koplopers.¹⁴⁰

In de stad Gent wonen redelijk veel *migranten*. In 1999 werden 13.686 migranten geregistreerd binnen het Sociaal Impulsfonds.¹⁴¹ De Oost-Europese migranten (asielzoekers en vluchtelingen) vormen bovendien een groot aandachtspunt in Gent.¹⁴²

¹³⁵ POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 1998*, 7.

¹³⁶ PROVINCIEBESTUUR OOST-VLAANDEREN, GEWESTELIJKE ONTWIKKELINGSMAATSCHAPPIJ OOST-VLAANDEREN en ECONOMISCHE RAAD OOST-VLAANDEREN, *Sociaal-economische situatieschets van Oost-Vlaanderen*, Gent, 1999, 5.

¹³⁷ J. VRANKEN, D. GELDOF en G. VAN MENXEL, *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 1999*, Acco, Leuven, 1999, 65.

¹³⁸ STAD GENT, *Wonen en leven, Kansarmoedeatlas Gent*, URL: www.gent.be.

¹³⁹ MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds*, 32.

¹⁴⁰ J. VRANKEN, D. GELDOF en G. VAN MENXEL, *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 1998*, 58-60.

Er waren 3.418 *bestaansminimumtrekkers* geregistreerd in 1999. 18.734 personen hadden het statuut van WIGW¹⁴³. Er waren 7.737 uitkeringsgerechtigde volledig *werklozen* die reeds langer dan één jaar werkloos waren; 2.243 personen onder de 25 jaar waren uitkeringsgerechtigde volledig werklozen.

In 1999 waren er 5.581 kinderen van 0 tot en met 19 jaar die bij een *alleenstaande ouder* woonden; 704 jongeren worden begeleid binnen de *Bijzondere Jeugdbijstand*. 539 kinderen werden in een 1999 in een kansarm gezin geboren.

Er werden 16.094 *woningen zonder comfort* geregistreerd en het aantal *sociale huurappartementen* bedroeg 8.309.¹⁴⁴

3.3 BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSREGIO VAN HET MSOC VAN OOSTENDE

3.3.1 SITUERING VAN DE ONDERZOEKSREGIO IN DE PROVINCIE WEST-VLAANDEREN

Begin 1997 bedroeg de bevolking in West-Vlaanderen 1.123.786 personen. Dit leidt tot een bevolkingsdichtheid van 357 personen per vierkante kilometer. Er is een concentratie van de bevolking langs de kust en op de as Brugge-Kortrijk.¹⁴⁵

De West-Vlaamse bevolking is verdeeld over 8 administratieve arrondissementen en over 64 gemeenten: de arrondissementen Kortrijk en Brugge hebben het grootste aantal inwoners; gevolgd door de arrondissementen Oostende, Roeselare en Ieper. De arrondissementen Tielt, Veurne en Diksmuide zijn dun bevolkt.¹⁴⁶

3.3.2 KENMERKEN VAN DE ONDERZOEKSREGIO

Op 1 januari 1999 Oostende telde 67.304 inwoners.¹⁴⁷ Oostende kan bijgevolg als een *kleine stad* beschouwd worden.

Oostende heeft als badstad een sterk *toeristisch karakter*, zeker in de zomerperiode. In tegenstelling tot Gent, ligt Oostende *aan de rand van de provincie*.

¹⁴¹ Als SIF-vreemdelingen worden beschouwd: vreemdelingen die hun permanente woonplaats hebben in het Vlaamse Gewest en afkomstig zijn uit landen met een Bruto Nationaal Product per hoofd van minder dan 150.000 BEF per jaar, evenals vreemdelingen die behoren tot de eerste migratiegolf (namelijk: Italianen, Spanjaarden, Portugezen en Grieken).

¹⁴² G. BOSMAN en F. BULLENS, *Interviews met sleutelfiguren*, Gent, 1999-2000.

¹⁴³ WIGW: Weduwen – Invaliden - Gepensioneerden - Wezen met een beperkt inkomen.

¹⁴⁴ MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds*, 32.

¹⁴⁵ N. DEPESTEL, o.c., 7-9.

¹⁴⁶ MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds*, 30-31.

¹⁴⁷ WES, o.c., 2.

Oostende kent als *havenstad* een bijkomende complexiteit. Historisch beschouwd was er steeds een grote groep kansarmen gesitueerd in vissersmilieus en bij havenarbeiders.¹⁴⁸

3.3.3 DEMOGRAFISCH EN SOCIO-ECONOMISCH PROFIEL VAN DE ONDERZOEKSREGIO

Oostende, net als de meeste overige badsteden, kent een *zeer grote kansarmoedeproblematiek*¹⁴⁹. Oostende is, samen met Gent en Antwerpen, op dit vlak één van de koplopers in Vlaanderen.¹⁵⁰ Oostende telt 13.240 bestaansonzeker.¹⁵¹

De kustgemeenten zouden een *specifieke kansarmoedeproblematiek* hebben. Ze fungeren letterlijk als terminus voor heel wat gemarginaliseerden die nergens meer terecht kunnen en ofwel hun geluk (vaak in de zomer) komen beproeven aan zee, ofwel letterlijk aan de grens gekomen zijn van het land. Heel wat mensen stranden letterlijk in Oostende.¹⁵²

Heel wat van de criteria waarop Oostende geselecteerd is als SIF-gemeente, hebben te maken met *kinderen/jongeren* en hun problemen.¹⁵³ Echter is de leeftijdsgroep van 0 tot 24 jaar in Oostende sterk ondervertegenwoordigd. Oostende telt verhoudingsgewijs bijna de helft meer ouderen (65- tot 79-jarigen en 80-plussers) dan het Vlaamse Gewest.¹⁵⁴

In 1999 wonen 2.248 kinderen van 0 tot en met 19 jaar bij een alleenstaande ouder.

Het aantal jongeren in de *Bijzondere Jeugdbijstand* bedroeg 321. Dit cijfer ligt ver boven het Vlaamse en het West-Vlaamse gemiddeld. Er werden 89 kinderen geboren in een kansarm gezin. Oostende kende 6.750 WIGW's¹⁵⁵. Ook deze score ligt hoger dan het West-Vlaamse en Vlaamse gemiddelde.¹⁵⁶

Oostende registreerde 1.118 *bestaansminimumtrekkers*. Geen enkele gemeente in Vlaanderen kent een percentage dat hoger ligt.¹⁵⁷ De groep bestaansminimumtrekkers tussen 18 en 25 jaar is tussen 1993 en 1996 meer dan verdubbeld. Eén op de vier bestaansminimumtrekkers was in 1996 in Oostende tussen de 18 en 25 jaar.¹⁵⁸ Bovendien stellen de maatschappelijke werkers van het OCMW Oostende vast dat er zich bij veel jongeren een complexe en zware problematiek voordoet, die de instap in de maatschappij belemmert.¹⁵⁹

Het *werkloosheidscijfer* ligt verhoudingsgewijs hoger dan dat van Kortrijk, maar lager dan dat van Brugge.¹⁶⁰ Het aantal uitkeringsgerechtigde volledig werklozen dat langer dan één jaar werkloos zijn, bedroeg 1.443; 456 personen jonger dan 25 jaar waren uitkeringsgerechtigde volledig werklozen.

¹⁴⁸ Zie: VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Drugsplan 1995, fase 1, Medisch Sociale Opvangcentra*, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Brussel, 1995, 45, waarbij gesteld wordt dat het op te richten MSOC van Oostende bijzondere aandacht moet hebben voor het vissersmilieu.

¹⁴⁹ MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds*, 32.

¹⁵⁰ J. VRANKEN, D. GELDOF en G. VAN MENXEL, *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 1998*, 58-60.

¹⁵¹ STAD OOSTENDE en OCMW OOSTENDE, *SIF-plan*, Sociaal Impulsfonds, Oostende, 1997-1999, 13.

¹⁵² *Ibid.*, 6.

¹⁵³ WES, o.c., 42.

¹⁵⁴ *Ibid.*, 4.

¹⁵⁵ WIGW: Weduwen – Invaliden - gepensioneerden - wezen met een beperkt inkomen.

¹⁵⁶ WES, o.c., 19.

¹⁵⁷ *Ibid.*, 16.

¹⁵⁸ STAD OOSTENDE en OCMW OOSTENDE, o.c., 3.

¹⁵⁹ *Ibid.*, 9.

¹⁶⁰ WES, o.c., 11.

In Oostende wonen weinig *migranten*. In 1999 werden 691 SIF-vreemdelingen¹⁶¹ geregistreerd. Het percentage ligt lager dan het gemiddeld percentage op Vlaamse niveau, maar hoger dan het gemiddelde in West-Vlaanderen. Een recente evolutie is de toename van de populatie Oost-Europeanen (Albanezen, inwoners van de ex-Sovjetunie) door de uitbreiding van de luchthaventrafiëk in Oostende.¹⁶²

Er werden 3.896 *woningen zonder klein comfort* opgetekend en 1.333 *sociale huurappartementen*. Het aantal woningen zonder klein comfort wijkt niet sterk af van het Vlaamse gemiddeld, het aantal sociale huurappartementen ligt 66% boven het Vlaamse gemiddelde.¹⁶³

¹⁶¹ Zie voetnoot 141.

¹⁶² G. BOSMAN en F. BULLENS, *Interviews met sleutelfiguren*, Oostende, 1999-2000.

¹⁶³ WES, *o.c.*, 21.

4 HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE ONDERZOEKSREGIO

4.1 HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE ONDERZOEKSREGIO VAN HET MSOC GENT

4.1.1 HET GEOGRAFISCH ATTRACTIEGEBIED VAN HET MSOC GENT

Tabel 3: Herkomst van de cliënten van het MSOC Gent

Domicilie	1998	
	N	%
Oost-Vlaanderen	603	92
Arrondissement Gent	465	77
Regio Gent	412	63
Gent	325	
Mariakerke (5), Drongen (3), Wondelgem (9), Sint-Amandsberg (21), Oostakker (8), Desteldonk (1), Gentbrugge (14), Ledeberg (22), Sint-Denijs-Westrem (3), Zwijnaarde (1), Destelbergen (5), Lochristi (4), Melle (2), Deinze (6), Aalter (1), Oosterzele (1), Balegem (1), Vosselare (1), Landegem (1), De Pinte (2), Sint-Martens-Latem (1), Merelbeke (7), Nazareth (1), Lovendegem (1), Zomergem (1), Evergem (5), Ertvelde (1), Sleidinge (8), Wachtebeke (2), Waarschoot (1)		
Arrondissement Aalst	18	3
Aalst (9), Hofstade (2), Meldert (1), Erembodegem (1), Lede (1), Ninove (1), Denderleeuw (1), Iddergem (1), Sint-Martens-Lierde (1)		
Arrondissement Dendermonde	37	6
Dendermonde (3), Moerzeke (2), Wetteren (15), Zele (5), Waasmunster (1), Serskamp (1), Schellebelle (1), Wichelen (2), Kalken (1), Berlare (3), Overmere (3)		
Arrondissement Eeklo	18	3
Eeklo (7), Zelzate (4), Assenede (2), Bassevelde (2), Maldegem (1), Watervliet (1), Oost-Eeklo (1)		
Arrondissement Oudenaarde	1	0,1
Oudenaarde (1)		
Arrondissement St-Niklaas	64	10,9
Sint-Niklaas (29), Belsele (1), Kieldrecht (1), Temse (1), Lokeren (28), Meerdonk (2), Moerbeke-Waas (1), Stekene (1)		
West-Vlaanderen	26	3,9
Brugge (5), Oostende (6), Bredene (2), Kortrijk (2), Bellegem (1), Sint-Denijs (1), Leke (1), Koksijde (1), Beernem (1), Roeselare (1), Izegem (1), Ieper (1), Menen (3)		
Vlaams-Brabant	8	1,2
Brussel (4), Sint-Pieters-Leeuw (1), Asse (1), Merchtem (1), Vilvoorde (1)		
Limburg	3	0,4
Keerbergen (1), Hasselt (1), Tongeren (1)		
Antwerpen	14	2,1
Antwerpen (7), Turnhout (1), Boechout (1), Berchem (1), Wilrijk (1), Schoten (1), Kapellen (1), Brecht (1)		
TOTAAL	654	100

De cijfers over de herkomst van de cliënten zijn gebaseerd op de RIZIV-facturatie. Dit betekent dat niet alle MSOC-clieñten in de cijfers zijn inbegrepen. Het is ook mogelijk dat een cliëñt zich eenmalig aanmeldde en geregistreerd werd, maar dat hij geen langdurige behandeling kreeg. In de facturatie wordt het *officieel adres* weergegeven. Er moet echter

voor ogen gehouden worden dat het officiële adres niet altijd overeenstemt met de werkelijke verblijfplaats.

Uit de analyse van de cijfers van 1998 blijkt dat 93% van de cliënten afkomstig is uit de provincie Oost-Vlaanderen. Slechts weinig cliënten zijn afkomstig uit andere provincies: 4% komt uit West-Vlaanderen. 2% komt uit Antwerpen. 1% komt uit Vlaams-Brabant en 0,5% komt uit Limburg.¹⁶⁴ Er zijn geen cliënten afkomstig uit Wallonië of uit het buitenland.

Van de cliënten die afkomstig zijn uit Oost-Vlaanderen komt 77% uit het arrondissement Gent.¹⁶⁵ Van de cliënten die afkomstig zijn uit het arrondissement Gent is 87% afkomstig uit de regio Gent (de stad Gent en de fusiegemeenten). Bovendien sluiten gemeenten als Lovendegem, Sint-Martens-Latem, De Pinte, Merelbeke, Melle, Destelbergen, Lochristi en Evergem geografisch nauw aan bij de regio Gent. Hierdoor kunnen we besluiten dat de cliënten voor het grootste deel uit de regio Gent en de omringende gordel afkomstig zijn.

Verder is 10,9% van de cliënten afkomstig uit het arrondissement Sint Niklaas; 6% komt uit het arrondissement Dendermonde; 3% komt uit het arrondissement Aalst; 3% komt uit het arrondissement Eeklo en slechts 0,1% is afkomstig uit het arrondissement Oudenaarde.¹⁶⁶

4.1.2 AARD EN OMVANG VAN HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE ONDERZOEKSREGIO

Wat het problematisch druggebruik betreft, valt op dat elke gesprekspartner zeer voorzichtig is in het doen van uitspraken. Er wordt af en toe gewezen op de selectieve maatschappelijke aandacht voor de drugproblematiek, waardoor men de problemen ziet waar men ze in het verleden over het hoofd zag. Elke sector wijst op het zeer partieel beeld dat ze van deze problematiek hebben en op de louter persoonlijke perceptie die door tal van factoren is beïnvloed. Telkens wordt het gebrek aan wetenschappelijk epidemiologisch onderzoek ten zeerste betreurd.¹⁶⁷

Uit de interviews met de verschillende sectoren die bij het drugprobleem betrokken zijn, blijkt dat het druggebruik *algemeen verspreid* is in Oost-Vlaanderen. Dit betreft zowel legale drugs zoals alcohol en tabak, maar ook bepaalde illegale drugs zoals cannabis en XTC.¹⁶⁸ Algemene tendensen zijn de toename van het (ooit) gebruik van illegale drugs en voornamelijk cannabis en dit zowel bij jongeren als bij volwassenen.¹⁶⁹

Hoewel ook het problematisch druggebruik algemeen verspreid lijkt te zijn in Oost-Vlaanderen springen enkele gebieden in het oog. De drugproblematiek in de Gentse regio is

¹⁶⁴ De cliënten die uit de steden Brussel en Antwerpen komen, zouden grotendeels cliënten zijn die via andere nabijgelegen drughulpverleningsinstellingen in Oost-Vlaanderen zijn terechtgekomen en die op de zwarte lijst van de lokale instellingen terecht zijn gekomen.

¹⁶⁵ De domicilie van deze cliënten zou volgens het MSOC van Gent overeenstemmen met hun werkelijke verblijfplaats.

¹⁶⁶ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 29.

¹⁶⁷ G. BOSMAN en F. BULLENS, *Interviews met sleutelfiguren*, Gent, 1999-2000.

¹⁶⁸ Sommige gesprekspartners wijzen zelfs voorzichtig in de richting van een algemeen aanbod van cocaïne en heroïne; Zie ook: P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 35.

¹⁶⁹ Zie ook: *Ibid.*, 38 -39.

het omvangrijkst. Andere plaatsen kennen echter ook problematisch druggebruik. Meer bepaald Aalst, Sint Niklaas, Lokeren en Ronse¹⁷⁰ kennen een ernstig problematisch druggebruik.

Het MSOC schatte bij aanvang van de werking het aantal problematische drugverslaafden in de regio op ongeveer 500.¹⁷¹ Een aantal argumenten leidt echter tot de hypothese dat dit een onderschatting is: het feit dat op 31 december 1998 reeds 615 dossiers geopend waren in het MSOC; het feit dat het aantal nieuwe intakes eerder een stijgende tendens vertoont; het feit dat er steeds een belangrijke groep tijdelijk opgenomen is in residentiële voorzieningen en de gevangenis.¹⁷² Daarom schat het MSOC nu het aantal afhankelijkken aan illegale drugs in de brede Gentse agglomeratie nu op 600.¹⁷³

Wat betreft *producten* blijken de synthetische drugs zeer belangrijk geworden te zijn. Cannabis is zeer wijd verspreid. Cocaïne- en crackgebruik blijft een ernstig probleem. Heroïne brengt nog steeds de meeste schade toe aan de gebruikers en blijft een ernstig probleem. Het polydruggebruik is de regel.¹⁷⁴

In Gent zouden geen *open drugscenes* aanwezig zijn. De contacten die er zijn tussen sommige druggebruikers is meestal gebaseerd op gemeenschappelijke kenmerken en noden.

4.1.3 PROBLEMATISCHE DRUGGEBRUIKERS BEREIKT DOOR DE CATEGORIALE HULPVERLENING

4.1.3.1 Problematische druggebruikers bereikt door het MSOC Gent

4.1.3.1.1 Algemeen

In 1997 bereikte het MSOC van Gent 289 cliënten. In 1998 bereikte het MSOC 274 cliënten.¹⁷⁵ In 1999 werden 328 nieuwe intakes afgerond.¹⁷⁶ Eind 1999 waren 888 dossiers geopend in het MSOC. Daarvan waren er 609 die effectief het MSOC geconsulteerd hadden gedurende 1999 en 471 tijdens het tweede semester van 1999.¹⁷⁷

¹⁷⁰ H. BODYN, o.c., 13.

¹⁷¹ Het MSOC Gent duidt duidelijk aan dat de analyse van de Gentse situatie inaccuraat en onvoldoende wetenschappelijk gefundeerd is. Zij pleiten voor een degelijke registratie zonder dubbeltellingen om een correcter beeld te krijgen van de Gentse situatie, zie: STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 2; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 2.

¹⁷² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 7.

¹⁷³ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 2; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 2.

¹⁷⁴ Dit wordt bevestigd door de cijfers voor België; zie: P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 35.

¹⁷⁵ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 6.

¹⁷⁶ *Ibid.*, 20.

¹⁷⁷ *Ibid.*, 25.

In 2000 consulteerden 645 cliënten het MSOC van Gent. 485 van de cliënten consulteerden het MSOC in de laatste zes maanden van 2000.¹⁷⁸ In 2000 deed het MSOC 217 nieuwe intakes.¹⁷⁹

4.1.3.1.2 Demografisch en socio-economisch profiel van de cliënten

4.1.3.1.2.1 Sekse

Tabel 4: Sekse van de aanmeldingen in het MSOC Gent¹⁸⁰

	1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aantal mannen	227	78	203	74	235	75	179	83
Aantal vrouwen	62	22	71	26	79	25	38	18
TOTAAL	289	100	274	100	314	100	217	100

In *driekwart* van de gevallen zijn de aanmelders van het MSOC van Gent *mannen*. Deze verhouding blijft quasi constant gedurende 1997, 1998 en 1999. In 2000 merken we een toename in het aantal mannen in begeleiding.

4.1.3.1.2.2 Leeftijdsverdeling

Tabel 5: Leeftijdsdistributie van de aanmeldingen in het MSOC Gent¹⁸¹

	1997		1998			1999		2000	
	N	%	N	%		N	%	N	%
< 18 jaar	9	3	10	4	15-17 jaar	/	/	2	1
18-20 jaar	43	14	48	18	18-20 jaar	42	14.5	24	12
21-25 jaar	54	19	83	30	21-23 jaar	47	16.5	43	21
					24-26 jaar	47	16.5	36	18
26-30 jaar	79	27	53	19	27-29 jaar	53	18.5	34	17
31-35 jaar	60	21	45	16	30-32 jaar	38	13	21	10
					33-35 jaar	30	10.5	16	8
36-40 jaar	27	9	27	10	36-38 jaar	14	5	27	13
					39-41 jaar	8	3	/	/
41-45 jaar	17	6	4	1	42-44 jaar	4	1	/	/
> 45 jaar	0	0	4	1	45-47 jaar	2	0.5	/	/
					48-50 jaar	1	0.5	/	/
TOTAAL	289	100	274	100		286	100	203	100

In 1997 en 1998 zijn de klassen niet even groot (bijvoorbeeld: 18-20 jaar is twee jaar en 20-25 jaar is vijf jaar).

De leeftijd van 80 tot 90 % van de aanmeldingen in het MSOC situeert zich tussen 18 en 35 jaar. Meer dan de helft van de cliënten van het MSOC van Gent is tussen 21 en 29 jaar.

¹⁷⁸ MSOC GENT, *Jaarverslag 2000*, niet gepubliceerd document, Gent, 2001, 14.

¹⁷⁹ *Ibid.*, 6.

¹⁸⁰ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1998, 37; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1999, 45; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 25; MSOC GENT, o.c., 14.

¹⁸¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1998, 37; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1999, 45; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 26; MSOC GENT, o.c., 14.

De proportie 21-25 jarigen is in 1998 ten overstaan van 1997 gestegen ten koste van de 26-30 en de 31-35 jarigen. Door de andere indeling in klassen in 1999 is niet vast te stellen of deze trend zich in 1999 heeft doorgezet. Bij de vergelijking tussen 1999 en 2000 blijkt wel een lichte toename van de cliënten tussen 21 en 26 jaar.

4.1.3.1.2.3 Nationaliteit

Tabel 6: De verhouding allochtoon – autochtoon in de aanmeldingen in het MSOC Gent¹⁸²

	1997		1998	
	N	%	N	%
Allochtoon	67	23	51	19
Autochtoon	222	77	223	81
TOTAAL	289	100	274	100

Ongeveer één vijfde van de cliënten van het MSOC van Gent is van allochtone origine. De registratiemethode laat niet toe een vergelijking te maken tussen de jaren 1997-1998 en 1999, aangezien in 1999, op basis van de DARTS-registratie, niet langer de etnische afkomst, maar het geboorteland wordt geregistreerd. Gezien het hoge aantal tweede generatie cliënten, geeft dit wellicht een onderschatting van de allochtone groep.

Tabel 7: De verhouding allochtoon – autochtoon in de aanmeldingen in het MSOC Gent

	1999 ¹⁸³		2000 ¹⁸⁴	
	N	%	N	%
Geboorteland				
België	234	85	171	79
E.U.-lidstaten	22	10	4	2
Turkije	10	4	10	4,5
Marokko	9	3	12	5,5
Tsjechië	/	/	3	1,5
Georgië	/	/	4	2
Joegoslavië	2	1	/	/
Pakistan	/	/	1	0,5
Azerbeidzjan	/	/	1	0,5
Kazakstan	/	/	1	0,5
Albanië	/	/	1	0,5
Rusland	/	/	1	0,5
China	/	/	1	0,5
Gambia	/	/	1	0,5
Israël	/	/	1	0,5
Algerije	/	/	1	0,5
Onbekend	/	/	4	2
TOTAAL	276	100	217	100

In 1999 is voor 85% van de aanmeldingen van het MSOC België het geboorteland. 10% werd geboren in een lidstaat van de E.U.; 4% werd geboren in Turkije en 3% in Marokko.¹⁸⁵

¹⁸² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1998, 37; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 46.

¹⁸³ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 26.

¹⁸⁴ MSOC GENT, o.c., 13-14.

In 2000 stellen we een stijging vast van het aantal allochtone cliënten binnen het MSOC tot iets meer dan 20%. Opvallend daarbij is de daling van het aantal cliënten uit een E.U. lidstaat.

4.1.3.1.2.4 Inkomstenbron

Tabel 8: Inkomstenbron van de aanmeldingen in het MSOC Gent¹⁸⁶

	1997		1998		1999	
	N	%	N	%	N	%
Loontrekkend	49	17	60	22	Geen registratie in 1999.	
Werkloosheidsuitkering	92	32	70	25		
OCMW	39	13	63	23		
Werkloosheid en aanvullend OCMW	/	/	6	2		
Mutualiteit	29	10	32	12		
Familie	/	/	24	9		
Prostitutie	/	/	0	0		
Illegaal	/	/	?	/		
Andere	48	19	0	0		
Geen	/	/	19	7		
Onbekend	45	17	2	2		
TOTAAL	302	100	276	100		

In 1998 werd de registratie van het inkomen verfijnd waardoor de categorie “andere” verdween. In 1999 werd het inkomen niet geregistreerd. Het “?” werd rechtstreeks overgenomen uit de rapportering.

Minder dan één vijfde van de aanmeldingen is loontrekkend. Het is ook opvallend dat in 1998 16 % voor zijn inkomen afhangt van familie of geen inkomen heeft.

Meer dan 50 % van de cliënten van het MSOC heeft een vervangingsinkomen (werkloosheid, OCMW, mutualiteit).

4.1.3.1.2.5 Scholingsgraad

Bijna één derde van de aanmeldingen van het MSOC haalde geen diploma hoger middelbaar onderwijs. In 1997 heeft 12 % van de aanmeldingen in het MSOC van Gent enkel een diploma lager onderwijs. In 1999 is dat bijna 30%. De opvallende stijging “lager onderwijs” in 1998 (van 12 naar 29%) is wellicht volledig toe te schrijven aan het niet registreren van “lager middelbaar A3” en “lager middelbaar A2” in 1998.

¹⁸⁵ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 2000, 26.*

¹⁸⁶ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 1998, 38; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 1999, 47.*

Tabel 9: Scholingsgraad van de aanmeldingen in het MSOC Gent¹⁸⁷

	1997		1998		1999	
	N	%	N	%	N	%
Geen diploma	3	1	3	1	Geen registratie in 1999	
Lager onderwijs	35	12	79	29		
Lager middelbaar A3	26	9	/	/		
Lager middelbaar A2	14	5	/	/		
Hoger middelbaar A3	29	10	39	14		
Hoger middelbaar A2	40	14	37	13		
Buitengewoon secundair	/	/	2	1		
Hoger onderwijs A1	4	1	6	2		
Universiteit	1	0.3	1	0		
Leercontract	16	5	17	6		
Deeltijds	11	4	5	2		
VDAB-opleiding	/	/	3	1		
Nog bezig	8	3	8	3		
Andere	4	1	/	/		
Onbekend	38	34	76	28		
TOTAAL	229	100	273	100		

4.1.3.1.3 Middelengebruik

Tabel 10: Middelengebruik aan de hand van DSM IV-criteria in de aanmeldingen in het MSOC Gent¹⁸⁸

	1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Afhankelijkheid								
Opiaten	221	76	181	66	259	85	170	78
Sedativa	48	17	55	20	62	20	51	24
Cocaïne	41	14	63	63	95	31	57	26
Cannabis	32	11	24	9	59	19	59	27
Amfetamines	34	12	44	16	79	26	41	19
Hallucinogenen	8	3	2	1	6	2	5	2
Alcohol	30	10	24	9	53	17	30	14
TOTAAL	414	143	393	184	613	200	584	190
	1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Misbruik								
Opiaten	12	4	30	11	31	10	18	8
Sedativa	55	19	67	24	121	40	79	36
Cocaïne	106	37	134	49	196	64	127	59
Cannabis	163	56	194	71	227	74	135	62
Amfetamines	57	18	111	41	143	47	115	53
Hallucinogenen	30	10	89	32	158	52	105	48
Alcohol	18	6	33	12	57	19	5	2
TOTAAL	441	150	658	240	933	306	584	268

¹⁸⁷ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 1998, 39*; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 1999, 48*.

¹⁸⁸ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 1998, 37-38*; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 1999, 46*; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 2000, 24*.

Het MSOC van Gent maakt een onderscheid tussen afhankelijkheid en misbruik van illegale drugs.

Het overgrote deel van de aanmeldingen in het MSOC is afhankelijk van *opiaten* (76 % in 1997; 66% in 1998; 85 % in 1999 en 78 % in 2000). *Cannabis* scoort het hoogst wat betreft misbruik over de drie jaren heen (56 % in 1997, 71 % in 1998; 74 % in 1999 en 62 % in 2000), gevolgd door cocaïne en amfetamines.

De categorieën overlappen elkaar wegens het feit dat een zelfde persoon afhankelijk kan zijn van meerdere producten.

De *stijgingen* in misbruik van quasi alle producten over de jaren heen en de totalen, die louter indicatief zijn toegevoegd, laten vermoeden dat er een stijging is van het *polydruggebruik*. Het ware interessant geweest het polydruggebruik ook effectief te registreren.

Het is opvallend dat in 2000 enkel een verdere stijging van de afhankelijkheid voor sedativa en cannabis en van misbruik voor amfetamines wordt vastgesteld. Voor de andere producten lijkt de stijgende tendens van de jaren daarvoor zich niet door te zetten.

Tabel 11: Injecterende druggebruikers in het MSOC Gent

Injecterend druggebruik ooit	1997 (jan t.e.m. juni)	1998	1999	2000	
				N	%
Ja	+/- 50%	+/- 50%	+/- 50 %	119	50
Neen	Geen registratie			98	45
Onbekend	Geen registratie			10	5
TOTAAL				227	100

Uit de cijfers blijkt dat ongeveer 50 % van de cliënten van het MSOC ooit heeft gespoten.¹⁸⁹ Dit cijfer blijft constant doorheen de jaren.

4.1.3.1.4 HIV, Hepatitis B en C

In Gent zijn geen van de cliënten van het MSOC die een bloedproef ondergingen besmet met het **HIV-virus** (1997-1998-1999).¹⁹⁰

Tabel 12: Het aantal cliënten in het MSOC Gent dat drager is van het hepatitis B-virus

	1998 ¹⁹¹					1999 ¹⁹²					
Hepatitis B	Geteste cliënten		IVD ¹⁹³			Niet-IVD		IVD		Totaal	
	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%
Anti HBV Positief	133	45	94	46		45	22,5	143	49	188	38
Anti HBV Negatief	222	55	112	54		145	72,5	140	48	285	58
onbekend	0	0	0	0		10	5	7	3	17	4
TOTAAL	355	100	206	100		200	100	290	100	490	100

¹⁸⁹ MSOC GENT, o.c., 12.

¹⁹⁰ Dit wordt bevestigd door de Belgische cijfers, zie: P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 35.

¹⁹¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1999, 58.

¹⁹² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 31.

¹⁹³ IVD: Intraveneus Druggebruik.

Tabel 13: Het aantal cliënten in het MSOC van Gent dat drager is van het hepatitis C-virus

	1998 ¹⁹⁴					1999 ¹⁹⁵					
Hepatitis C	Geteste cliënten		IVD			Niet-IVD		IVD		Totaal	
	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%
Anti HCV Positief	144	36	131	59		16	8	164	56	180	37
Anti HCV Negatief	222	55,5	91	41		180	90	118	41	298	61
onbekend	34	8,5	0	0		4	2	8	3	12	2
TOTAAL	400	100	220	100		200	100	290	100	490	100

Uit de serologische onderzoeken bij een aantal cliënten van het MSOC blijkt dat meer dan één derde van de cliënten drager is van het hepatitis B en het hepatitis C-virus. Wanneer in 1999 de opsplitsing wordt gemaakt tussen cliënten die intraveneus gebruiken en cliënten die niet intraveneus gebruiken, dan blijkt dat, voor hepatitis B bijna de helft en voor hepatitis C meer dan de helft van de intraveneuze druggebruikers, drager zijn van het virus.

4.1.3.2 Problematische druggebruikers bereikt door de categoriale hulpverlening

4.1.3.2.1 Provinciaal

Tabel 14: Het aantal cliënten per werkvormen per provincie¹⁹⁶

1998				
Registratieplaats ¹⁹⁷				
provincie	Dagcentrum	Crisis programma	Behandelings programma	TOTAAL
Antwerpen	318	246	90	654
Brussel	11	7	2	20
Henegouwen	/	2	1	3
Limburg	2	91	27	120
Luik	/	1	1	2
Onbekend	311	36	25	372
Oost-Vlaanderen	214	146	66	426
Vlaams-Brabant	66	54	14	134
West-Vlaanderen	277	190	58	525
TOTAAL	1199	773	284	2256
%	53 %	34 %	13 %	100 %

¹⁹⁴ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 58.

¹⁹⁵ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 32.

¹⁹⁶ Registratiegegevens VVBV 1998.

¹⁹⁷ De registratieplaats geeft de effectieve verblijfplaats weer van de cliënten en niet het officiële domicilieadres.

Tabel 15: Het aantal cliënten per werkvormen per provincie¹⁹⁸

1999					
Registratieplaats					
provincie	Dagcentrum	MSOC	Behandelings programma	Crisis programma	TOTAAL
Onbekend	231	81	23	91	426
Antwerpen	346	222	63	223	854
Brussel	24	1	/	9	34
Limburg	1	235	22	95	353
Luik	1	2	/	1	4
Oost-Vlaanderen	335	274	53	201	863
West-Vlaanderen	299	152	48	262	761
Vlaams-Brabant	89	5	24	67	185
(leeg)	8	/	2	3	13
TOTAAL	1334	972	235	952	3493
%	38,2	27,8	6,7	27,3	100

Het is uitermate interessant de vergelijking te maken tussen de cijfergegevens van het VVBV van 1998 en van 1999, omdat in 1999 de cijfers van het MSOC in de registratie zijn opgenomen.

In 1998 werden 426 cliënten geregistreerd in Oost-Vlaanderen. De provincie stond daarbij op de derde plaats, na Antwerpen (654 geregistreerde cliënten) en West-Vlaanderen (525 cliënten).

Met de komst van het MSOC in Gent is Oost-Vlaanderen de provincie met de meeste cliënten in Vlaanderen (863 cliënten), gevolgd door Antwerpen (854 cliënten) en West-Vlaanderen (761 cliënten).

De MSOC's zijn verantwoordelijk voor bijna 28 % van het aantal cliënten in Vlaanderen in 1999.

¹⁹⁸ Registratiegegevens VVBV 1999.

Tabel 16: Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor Vlaanderen¹⁹⁹

1999							
Vlaanderen							
Registratieplaats							
Voornaamste Product	code ²⁰⁰	Dagcentrum	MSOC	Behandeling sprogramma	Crisisprogr amma	TOTAAL	
						N	%
Opiaten	10	275	593	96	423	1387	39,7
Stimulantia	20	444	232	105	375	1156	33,1
Slaap- kalmeer	30	20	19	5	16	60	1,7
Hallucinogenen	40	5	2	/	3	10	0,3
Vluchtige stoffen	50	3	/	/	/	3	0,08
Cannabis	60	309	96	12	51	468	13,4
Alcohol	70	23	6	8	24	61	1,74
Andere	80	4	5	/	1	10	0,3
Geen	90	54		/	9	63	1,8
Onbekend	99	197	19	9	50	275	7,9
TOTAAL		1334	972	235	952	3493	100
%		38,2	27,8	6,7	27,3	100	

Tabel 17: Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor Oost-Vlaanderen²⁰¹

1998						
Oost-Vlaanderen						
Registratieplaats						
Voornaamste Product ²⁰²	code ²⁰³	Dagcentrum	Crisis programma	Behandelings programma	TOTAAL	
					N	%
Opiaten	10	51	51	20	122	28,63
Stimulantia	20	80	63	30	173	40,61
Slaap- kalmeer	30	6	1	/	7	1,64
Hallucinogenen	40	3	1	/	4	0,93
Vluchtige stoffen	50	1	2	/	3	0,7
Cannabis	60	52	14	9	75	17,6
Alcohol	70	1	5	2	8	1,87
Geen	90	1	/	/	1	0,23
Onbekend	99	19	9	5	33	7,74
TOTAAL		214	146	66	426	100
%		50,2	34,3	15,5	100	

¹⁹⁹ Registratiegegevens VVBV 1999.²⁰⁰ Verklaring bij de codes: 10 [opiaten (10), heroïne (11), opium-morfine (12), codeïne (13), voorgeschreven methadon (14), niet voorgeschreven methadon (15), andere opiaten (18)]; 20 [stimulantia (20), cocaïne (21), amfetamine (22), MDMA (XTC) (23), andere stimulantia (28)]; 30 [slaap- en kalmeermiddelen (30), barbituraten (31), benzodiazepines (32), andere slaap- en kalmeermiddelen (38)]; 40 [hallucinogenen (40), LSD (41), paddestoelen en andere plantenafleidingen (42), andere hallucinogene producten (48)]; 50 [vluchtige snuifmiddelen (50)]; 60 [cannabis (60), hasj (61), marihuana (62), andere cannabisderivaten (68)]; 70 [alcohol (70), bier (71), wijn (72), sterke drank (73), aperitieven (74), andere alcohol (78)]; 80 [andere psychoactieve drugs (80), onbepaalde drugs of substanties (81), niet-gespecificeerde geneesmiddelen (82), speedball (83), anti-parkinson (84), anti-depressiva (85), andere specifieke drugs (88)]; 90 [geen tweede/derde product (90)]; 99 [geen product (99)]; 9999 [missing (9999)].²⁰¹ Registratiegegevens VVBV 1998.²⁰² Het product dat geregistreerd wordt is het eerste/het voornaamste product. Deze registratie laat ons dus niet toe uitspraken te doen over het polydruggebruik.²⁰³ Voor de verklaring bij de codes: zie voetnoot 200.

Tabel 18: Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor Oost-Vlaanderen²⁰⁴

1999							
Oost-Vlaanderen							
Registratieplaats							
Voornaamste Product	code ²⁰⁵	Dagcentrum	MSOC	Behandelin gsprogram ma	Crisis programma	TOTAAL	
						N	%
Opiaten	10	90	197	24	93	404	46,8
Stimulantia	20	118	40	18	75	251	29
Slaap- kalmeer	30	5	13	2	8	28	3,2
Hallucinogenen	40	3	1	/	/	4	0,5
Cannabis	60	77	15	5	13	110	12,7
Alcohol	70	10	3	4	8	25	2,9
Andere	80	2	3	/	/	5	0,6
Geen	90	20	/	/	4	24	2,8
Onbekend	99	10	2	/	/	12	1,4
TOTAAL		335	274	53	201	863	100
%		38,8	31,8	6,1	23,3	100	

De komst van het MSOC laat ook een belangrijke evolutie zien in het type product dat geregistreerd wordt.

In 1998 is het eerste product voor 40 % van de cliënten cocaïne en/of amfetamine. Opiaten komen op de tweede plaats met iets minder dan 30 %. Cannabis komt op de derde plaats met bijna 18 %.

Met de komst van het MSOC zien we een verandering in het belang van de producten. In 1999 worden opiaten het meest geregistreerd (bijna 47 %), gevolgd door cocaïne en/of amfetamine (bijna 30 %) en cannabis (bijna 13 %).

Wanneer we daarbij de registratie per type voorziening bekijken, dan zien we dat het MSOC goed is voor bijna de helft van het aantal geregistreerde cliënten met als eerste product opiaten. Het grootste deel van het MSOC-cliënteel (72%) heeft opiaten als eerste product. Het aandeel van cocaïne en/of amfetamine en cannabis is, in vergelijking met de andere ambulante centra, veel kleiner.

Het MSOC van Gent is goed voor meer dan 31 % van de registraties in de provincie Oost-Vlaanderen.

Het MSOC is niet de enige verklaring voor de toename in het aantal registraties in Oost-Vlaanderen. We zien over heel te lijn een toename in het aantal registraties voor de andere werkvormen.

²⁰⁴ Registratiegegevens VVBV 1999.

²⁰⁵ Voor de verklaring bij de codes: zie voetnoot 200.

Tabel 19: Het belangrijkste product van de cliënten in de CGGZ's Oost-Vlaanderen²⁰⁶

1998			
provincie Oost-Vlaanderen Registratieplaats		CGGZ	
Voornaamste Product	code ²⁰⁷	N	%
Opiaten	10	90	4
Stimulantia	20	404	18
Slaap- kalmeer	30	139	6,2
Hallucinogenen	40	46	2
Vluchtige stoffen	50	2	0,1
Cannabis	60	485	21,6
Alcohol	70	1022	45,6
Andere	80	50	2,3
Geen product	99	1	0
missing	9999	2	0,1
TOTAAL		2654	100

Voor Oost-Vlaanderen werden 1637 cliënten met een drugprobleem geregistreerd. Dit is 13,22% van de 12380 referentiepersonen in de centra voor geestelijke gezondheidszorg in 1998. De cijfers in de tabel geven dus niet het aantal cliënten weer, maar het aantal keer dat een product gescoord werd.

De cijfers van de centra voor geestelijke gezondheidszorg laten een ander beeld zien dan de cijfers van de diensten met een RIZIV-erkenning. In 45 % wordt alcohol als eerste product gescoord. Cannabis wordt in iets meer dan 20 % van de gevallen als eerste product gescoord en cocaïne en/of amfetamine in iets minder dan een kwart van de gevallen. Opiaten worden slechts in 4 % van de gevallen als voornaamste product gescoord.

4.1.3.2.2 Regionaal

Binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening werd vanaf februari 1999 gestart met de systematische registratie van alle nieuwe aanmeldingen inzake gebruik en afhankelijkheid van illegale drugs. Tijdens de periode van februari tot september 1999 werden in totaal 2326 aanmeldingen geregistreerd.²⁰⁸

4.1.3.2.2.1 De aangemelde cliënten²⁰⁹

Ongeveer 20% van de aangemelde cliënten zijn vrouwen, 77% zijn mannen.²¹⁰

De leeftijd van de meeste cliënten ligt tussen 20 en 24 jaar (30%).

²⁰⁶ Registratiegegevens CGGZ VRM-data 1998.

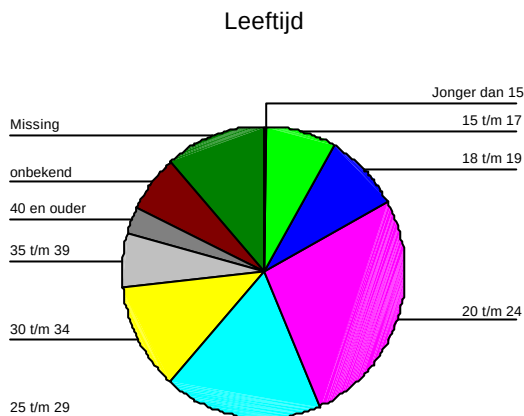
²⁰⁷ Voor de verklaring bij de codes: zie voetnoot 200.

²⁰⁸ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 5.

²⁰⁹ *Ibid.*, 6.

²¹⁰ De som van de percentages is niet altijd 100%. Dit is te wijten aan het ontbreken van een aantal registratiegegevens van bepaalde voorzieningen.

Figuur 2 : Leeftijdsverdeling van de aangemelde cliënten²¹¹



Meestal gaat het om nieuwe cliënten (59%) in een voorziening, terwijl ruim een derde van de cliënten reeds vroeger op afspraak/intake is geweest in deze voorziening.

De meeste voorzieningen worden op relatief korte tijd geconfronteerd met verschillende heraanmeldingen van bepaalde cliënten. Waarschijnlijk zijn deze gegevens een onderschatting van de werkelijkheid, waarbij in de meeste voorzieningen geregeld heraanmeldingen plaatsvinden. Bovendien zeggen deze cijfers niets over het aantal cliënten dat zich op korte tijd aanmeldt (en eventueel opgenomen wordt) in verschillende voorzieningen.²¹²

4.1.3.2.2.2 Cliënten die op afspraak zijn geweest²¹³

De *geslachtsverdeling* binnen deze groep is analoog aan deze binnen de groep van aangemelde cliënten.

De *leeftijdsverdeling* binnen deze groep is analoog aan deze binnen de groep van aangemelde cliënten. Er zijn wel iets minder jongeren (17%) dan in de groep van aangemelde cliënten (19%).

Minder dan twee derden van de cliënten (58%) zijn *nieuwe cliënten*, 35% is reeds eerder op afspraak of intake geweest in deze voorziening. Meer dan een derde van de cliënten die op afspraak komen, zijn dus reeds gekend in de voorziening.

De meeste cliënten zijn *afkomstig uit Gent* (28%), de rand rond Gent (Sint-Amandsberg, Ledeberg en Gentbrugge) (4.3%) of uit een andere stad of gemeente in Oost-Vlaanderen (26.1%). Ruim 11% van de cliënten is afkomstig uit West-Vlaanderen en 10 % komt uit de provincie Antwerpen. Het betreft vooral cliënten met een verblijfplaats in volgende steden: Antwerpen (6.3%), Brugge (2%), Oostende (2%), Kortrijk (1.6%), Menen (1.7%), Sint-Niklaas (1.2%), Lokeren (3.3%), Dendermonde (1.2%), Aalst (2.7%), Merelbeke (1.2%) en Eeklo (1.9%). Ruim één vijfde van de cliënten in de Oost-Vlaamse drughulpverlening komt dus uit een andere provincie.

²¹¹ 'Missing' stelt de ontbrekende gegevens voor.

²¹² W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 6.

²¹³ *Ibid.*, 7.

De cliënt zelf (29.4%) en zijn/haar omgeving (15%) zetten meestal de stap naar de drughulpverlening. Andere *verwijzende instanties* zijn: huisarts (3.8%), dagcentrum De Sleutel Gent (3%), MSOC Gent (5.1%), gespecialiseerde voorzieningen buiten de provincie (5.2%), probatie (1.8%), gevangenis (2.5%), andere justitiële instanties zoals politie, rijkswacht en jeugdrechtbank (7%) en algemene ziekenhuizen (2.8%).

Een nadere analyse van deze gegevens maakt duidelijk dat 15% van de cliënten verwezen werd door een gespecialiseerde voorziening uit de regio en dat ongeveer 11% van de cliënten werd verwezen door een justitiële instantie. Al bij al blijft het aantal verwijzingen vanuit andere voorzieningen dus beperkt en zet de cliënt meestal zelf de stap naar de hulpverlening.

²¹⁴

De voornaamste *producten* zijn opiaten (heroïne), cocaïne, cannabis en amfetamines. ²¹⁵ Meer dan één derde van de cliënten heeft ooit gespoten (36.3%), terwijl 32.2% nooit gespoten heeft. Van ongeveer één derde van de cliënten werd het spuitgedrag niet geregistreerd.

4.1.4 MOEILIJK BEREIKTE PROBLEMATISCHE DRUGGEBRUIKERS

4.1.4.1 Uitval in de regio

De intakeprocedure (van aanmelding tot effectieve afspraak) in de Oost-Vlaamse drughulpverlening leidt tot een aanzienlijke uitval.

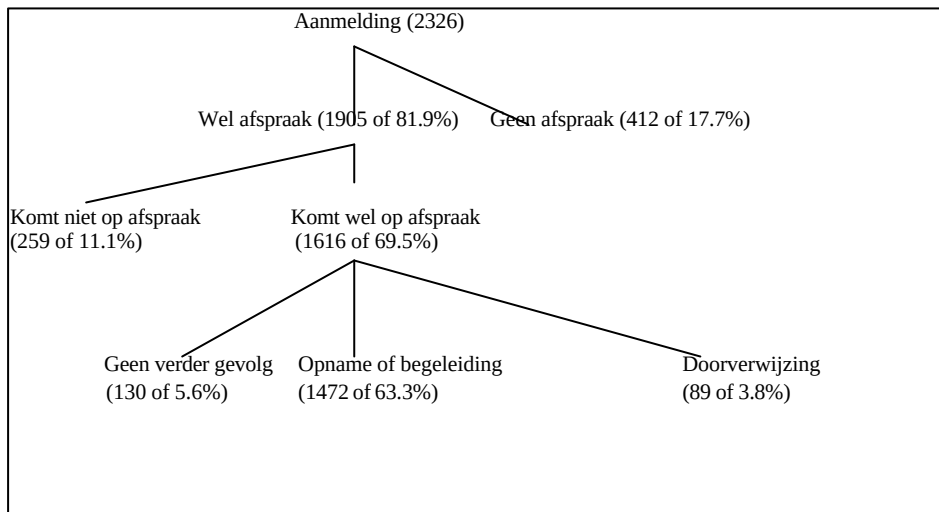
Ongeveer 20% van alle aanmeldingen heeft geen afspraak tot gevolg. Van alle personen die een afspraak krijgen, komt 85% ook daadwerkelijk op die afspraak opdagen. Bijna alle afspraken leiden tot een effectieve opname of begeleiding en uitzonderlijk wordt een cliënt doorverwezen na een eerste afspraak. Uiteindelijk leidt 63.3% van alle aanmeldingen tot een opname of begeleiding en 3,8 % tot een doorverwijzing. Dit betekent dat bijna 30 % van de aanmeldingen niet leiden tot enige vorm van begeleiding of behandeling.

Meer specifiek onderzoek is nodig om na te gaan waar deze hulpvragers terechtkomen, wat de reden is voor de uitval en welke factoren de verschillen in uitval tussen voorzieningen verklaren. De relatief hoge uitval tijdens de intakeprocedure in sommige voorzieningen kan te wijten zijn aan strenge inclusiecriteria, een hulpvraag die geen verdere behandeling/begeleiding vereist, etc.²¹⁶

²¹⁴ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 7.

²¹⁵ De registrerende hulpverleners maken het onderscheid gebruik - afhankelijkheid veeleer op basis van een subjectief aanvoelen dan op basis van de meer objectieve DSM IV-criteria. Zo zouden 26% van de cliënten afhankelijk zijn van cannabis, wat wellicht een grove overschatting is. Wellicht gaat het hier eerder over cannabismisbruik.

²¹⁶ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 6.

Figuur3 : Uitval tussen aanmelding en afspraak in de Oost-Vlaamse drughulpverlening²¹⁷

In onderstaande tabel wordt per voorziening een overzicht gegeven van de instroom en de uitval van cliënten (van aanmelding tot opname of begeleiding).

Tabel 20: Instroom en uitval van cliënten per voorziening in de Oost-Vlaamse drughulpverlening²¹⁸

	Leidt tot afspraak		Komt op de afspraak		Opname / begeleiding	
	N	%	N	%	N	%
CAT (n= 59)	57	96,6	47	79,7	45	76,3
De Kiem (n= 106)	78	73,6	62	58,5	23	21,7
De Pelgrim (n= 155)	153	98,7	150	96,8	125	80,7
DC De Sleutel (n= 253)	247	97,6	202	79,8	171	67,6
CIC De Sleutel (n= 798)	588	73,7	499	62,5	494	61,9
MSOC Gent (n= 222)	222	100	212	95,5	192	86,5
NPK St-Camillus (n= 45)	36	80	27	60	25	55,6
PC Sleidinge (n= 363)	302	83,2	233	64,2	230	63,4
Traject Aalst (n= 109)	84	77,1	67	61,5	58	53,2
St-Jan-Baptist (n= 161)	83	51,6	62	38,5	52	32,3
Sas Lokeren (n= 55)	55	100	55	100	35	63,6
TOTAAL	1905	84,7	1616	72,5	1450	60,3

Uit het onderzoek blijkt dat in het MSOC van Gent 100% van de aanmeldingen leidt tot een afspraak. 95,5 % van de cliënten komt ook effectief op afspraak. Bij 86,5 % van de cliënten die op de afspraak komen, wordt ook effectief een begeleiding gestart. Het MSOC is daarmee de dienst met de kleinste uitval in de regio, gevolgd door de Pelgrim (80,7 %) en het CAT (76,3%).

²¹⁷ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 6.

²¹⁸ *Ibid.*, 5.

Tabel 21: Contacten van het straathoekwerk-cliënteel met de drughulpverlening²¹⁹

1999					
	Contacten drughulpverlening nu				
Contacten drughulpverlening vroeger		niet	wel	Totaal	%
	Niet	109	27	136	62,4
	Wel	43	39	82	37,6
	Totaal	152	66	218	100
	%	69,7	30,3	100	

Het straathoekwerk Gent registreert 232 leefdomeneinen in verband met drugs. Bij 218 daarvan werden de eventuele contacten met de drughulpverlening geregistreerd. De cijfers in de bovenstaande tabel slaan dus niet op personen.

50 % van de cliënten van het straathoekwerk heeft nooit contact gehad met de drughulpverlening. Op het moment van de registratie heeft 70% van de cliënten van het straathoekwerk geen contact met de drughulpverlening. Het straathoekwerk duidt aan dat dit vooral te maken heeft met het bereikte doelpubliek.²²⁰

Tabel 22: Bereik van de doelgroep waarbij er eerder een beperkt of geen contact was met de hulpverlening in het MSOC Gent²²¹

	1997		1998		1999	
	N	%	N	%	N	%
Laatste contact met enige vorm van hulpverlening voor intake in MSOC					Geen registratie in 1999	
Nooit contact	/	/	45	16		
Geen contact in de laatste maand	277	75	170	62		
Wel contact in de laatste maand	95	25	59	22		
TOTAAL	372	100	276	100		
Indien wel contact met de hulpverlening gedurende de maand voor intake, wordt aangegeven met welke vorm van hulpverlener						
Residentieel	28	29	27	45.5		
Ambulant	22	23	14	23.5		
Huisarts	34	36	5	1		
Straathoekwerk	11	11	/	/		
Onbekend	/	/	13	22		
TOTAAL	95	100	59	100		

²¹⁹ STAD GENT, Dienst Sociale Zaken en Huisvesting, *Project Straathoekwerk, Jaarverslag 1999*, Gent, 2000, 43.

²²⁰ Kenmerken van het bereikte doelpubliek:

- De drugstraathoekwerkers in het centrum werken vooral met een iets *ouder publiek* dat de weg naar het MSOC en de bestaande drughulpverlening gevonden heeft.
- De straathoekwerkers in de wijken bereiken vooral *migranten* waarvan er weinig de weg vinden naar het MSOC of naar de drughulpverlening in het algemeen.
- Een grote groep cliënten heeft nog *geen probleembesef* en wenst niet in contact te komen met de drughulpverlening.

STAD GENT, Dienst Sociale Zaken en Huisvesting, *Project Straathoekwerk, Jaarverslag 1999*, 43.

²²¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1998, 33-34; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 36-37.

Ruim **driekwart** van de intakes in het MSOC had gedurende langer dan 1 maand geen of nooit contact met enige vorm van hulpverlening. 16 % van die cliënten had in 1998 nooit contact met enige vorm van hulpverlening.

Het aantal personen dat in 1997 in de loop van de maand voor de intake *wel contact had* met andere hulpverleningsvormen bedroeg **25%**. Dezelfde proportie is terug te vinden voor 1998. Opvallend is dat in 1997 de huisartsen verantwoordelijk waren voor ruim een derde van de contacten. In 1998 bestond bijna de helft van de contacten met andere diensten uit contacten met de residentiële hulpverlening. Bijna de helft daarvan (N = 13) had contact met het Psychiatrische Centrum Sleidinge.²²²

Uit deze cijfers kunnen we niet afleiden hoeveel cliënten niet bereikt worden door de hulpverlening. We kunnen wel besluiten dat de Oost-Vlaamse drughulpverlening een uitval kent van meer dan **30 %** (N = 765) van de cliënten die zich aanmelden. **50 %** (N = 109) van de cliënten van het straathoekwerk heeft nooit contact gehad met de drughulpverlening en 75 % heeft op dit moment geen contact met de drughulpverlening.. Tenslotte blijkt uit de cijfers van het MSOC van Gent dat **16 %** (N = 45) van de cliënten van het MSOC nooit contact had met enige vorm van hulpverlening.

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

4.1.4.2 Moeilijk bereikte doelgroepen

Hoewel de MSOC's laagdrempelige voorzieningen zijn en de bedoeling hebben zoveel mogelijk problematische gebruikers te bereiken, moeten we vaststellen dat bepaalde groepen, ondanks de geleverde inspanningen, moeilijk bereikt worden.

In de Gentse regio betreft dit voornamelijk de volgende groepen:²²³

- Allochtonen;²²⁴

Uit een onderzoek naar de afwezigheid van allochtonen in de drughulpverlening, dat een bevraging deed van de deelnemende voorzieningen in de regio Groot-Gent,²²⁵ blijkt dat de meeste niet-Belgische (niet E.U.-cliënten) cliënten vooral in de ambulante centra voor medisch-psycho-sociale opvang terecht komen en minder doorstromen naar meer hoogdrempelige vormen van zorg.²²⁶

Uit het jaarverslag van het straathoekwerk blijkt echter dat het MSOC meer allochtone problematische druggebruikers zou kunnen bereiken.²²⁷

- Vluchtelingen en asielzoekers.²²⁸

²²² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1999, 36.

²²³ STAD GENT, Drugcoördinator, *Open Vergadering Drugbeleid, een verslag*, Gent, 14 juni 2000, niet gepubliceerd document, 14; S. STRYNCKX, o.c., 17-18.

²²⁴ STAD GENT, Dienst Sociale Zaken en Huisvesting, *Project Straathoekwerk, Jaarverslag 1999*, 52; B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, P. FRANCK en L. VAN DAELE, o.c., 11.

²²⁵ S. VANDEVELDE en W. VANDERPLASSCHEN, o.c., 10.

²²⁶ *Ibid.*, 30.

²²⁷ STAD GENT, Dienst Sociale Zaken en Huisvesting, *Project Straathoekwerk, Jaarverslag 1999*, 43.

Het MSOC van Gent heeft recent afspraken gemaakt met de Integratiedienst van de stad Gent zodat tolken, voor de Tsjechische en voor de Russische cliënten / aanmeldingen, in het MSOC een wekelijkse permanentie voorzien.

Op dit moment is er onvoldoende kijk op het aantal gebruikers en de aard van het gebruik binnen deze groep.²²⁹

- Dubbele diagnose-patiënten;²³⁰
- Alleenstaande vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen; Een onderzoek naar de hulpverlening aan verslaafde ouders en hun kinderen nam de regio Gent als een exemplarische situatie.²³¹ Het MSOC blijkt binnen de regio Gent een zogenaamde scharnierfunctie op te nemen naar deze doelgroep binnen de drughulpverlening.²³² Uit het onderzoek blijkt ook dat drugverslaafde ouders en hun kinderen en doelgroep vormen die meer en meer aandacht krijgen binnen de drughulpverlening. Evenwel is er grote nood aan meer formele samenwerking en netwerkontwikkeling.²³³
- De extreem problematische groep druggebruikers die wegens grove overtredingen van de leefregels binnen de instellingen op de zogenaamde zwarte lijsten staat;²³⁴
- Minderjarigen.²³⁵

²²⁸ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 2000, Luik 1 Preventie, Integratie Migranten*, Gent, 2001, 42; 56.

²²⁹ G. BOSMAN en F. BULLENS, *Interviews met sleutelfiguren*, Gent, 1999-2000.

²³⁰ POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 2000*, v.z.w Popov Logistiek, Gent, 2001, 90.

²³¹ E. BROEKAERT, I. DERLUYN en W. VANDERPLASSCHEN, o.c., 6.

²³² *Ibid.*, 55.

²³³ *Ibid.*, 89.

²³⁴ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 36.

²³⁵ POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 2000*, 90.

4.2 HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE ONDERZOEKSREGIO VAN HET MSOC OOSTENDE

4.2.1 HET GEOGRAFISCH ATTRACTIEGEBIED VAN HET MSOC OOSTENDE

Tabel 23: Herkomst van de cliënten van het MSOC Oostende

Verblijfplaats	1998	
	N	%
West-Vlaanderen	226	97,8
Arrondissement Oostende	202	87,4
Oostende	166	72
Bredene (10), De Haan (3), Gistel (5), Ichtegem (2), Middelkerke (13), Wilskerke (1), Westende (1), Zedelgem (1)		
Arrondissement Brugge	13	5,6
Brugge (2), Assebroek (2), Blankenberge (3), Aartrijke (2), Jabbeke (1), Knokke-Heist (1), Torhout (2)		
Arrondissement Diksmuide	2	0,8
Diksmuide (1), Koekelare (1)		
Arrondissement Ieper	0	0
Arrondissement Kortrijk	0	0
Arrondissement Roeselare	1	0,4
Roeselare	1	
Arrondissement Tielt	0	0
Arrondissement Veurne	8	3,5
Veurne (2), De Panne (4), Nieuwpoort (2)		
Oost-Vlaanderen	2	0,9
Aalst (1), Gent (1)		
Antwerpen	1	0,4
Antwerpen	1	
Limburg	1	0,4
Genk	1	
Vlaams-Brabant	1	0,4
Brussel	1	
TOTAAL	231	100

De cijfers over de herkomst van de cliënten zijn gebaseerd op de registratie die het MSOC van Oostende manueel uitvoerde. Voor het MSOC van Oostende beschikken we daarom over gegevens betreffende de *verblijfplaats* van cliënten.

De cliënten veranderen echter vaak van adres zodat het niet mogelijk is met zekerheid te zeggen of het geregistreerde adres het meest recente is. De werkelijke verblijfplaats is vaak ook niet bekend. Daarom blijft het noodzakelijk een kwalitatieve toetsing te maken aan de hand van interviews met de personeelsleden.

97,8% van de cliënten (226 cliënten) van het MSOC van Oostende is afkomstig uit West-Vlaanderen. Binnen de provincie West-Vlaanderen is de overgrote meerderheid afkomstig uit het arrondissement Oostende (87% van de 226 cliënten). Het grootste deel van de cliënten (72% of 166 cliënten) is afkomstig uit de regio Oostende.

Het aantal cliënten van buiten West-Vlaanderen is zeer klein. 0,9% van de cliënten is afkomstig uit Oost-Vlaanderen; 0,4% uit Antwerpen; 0,4% uit Limburg en 0,4% uit Vlaams-

Brabant.²³⁶ Het MSOC van Oostende heeft geen cliënten uit het buitenland. Wel zijn er enkele cliënten uit Wallonië aanwezig binnen het MSOC.

4.2.2 AARD EN OMVANG VAN HET PROBLEMATISCH DRUGGEBRUIK IN DE ONDERZOEKSREGIO

De aanmerkingen over de beperktheid van de gegevens bij het MSOC van Gent gelden ook voor het MSOC van Oostende. In Oostende komt daar nog bij dat we niet beschikken over registratiegegevens uit de regio en ons dan ook volledig moeten baseren op kwalitatieve informatie. We beperken ons dan ook tot de perceptie van de actoren in het werkveld. Het MSOC van Oostende maakte geen inschatting van het problematisch druggebruik in de regio of de provincie.

Wat het problematisch druggebruik betreft, valt op dat elke gesprekspartner zeer voorzichtig is in het doen van uitspraken. Er werd af en toe gewezen op de selectieve maatschappelijke aandacht voor de drugproblematiek waardoor men de problemen ziet waar men ze in het verleden over het hoofd zag. Elke sector wijst op het zeer partieel beeld dat ze van deze problematiek hebben en op de louter persoonlijke perceptie die door tal van factoren is beïnvloed. Telkens wordt het gebrek aan wetenschappelijk epidemiologisch onderzoek ten zeerste betreurd.²³⁷

Uit de interviews met de verschillende sectoren die bij het drugprobleem betrokken zijn, blijkt dat het druggebruik *algemeen verspreid* is in West-Vlaanderen, net zoals in Oost-Vlaanderen. Dit betreft zowel legale drugs zoals alcohol en tabak, maar ook bepaalde illegale drugs, namelijk cannabis en XTC.²³⁸

Algemene tendensen zijn de toename van het (ooit) gebruik van illegale drugs en voornamelijk cannabis en dit zowel bij jongeren als bij volwassenen.²³⁹

Hoewel ook het *problematisch druggebruik* algemeen verspreid is in West-Vlaanderen springen enkele gebieden in het oog.

De drugproblematiek in de regio Oostende is zeer omvangrijk. Hetzelfde kan gezegd worden van de regio Menen - Wervik.²⁴⁰ Andere plaatsen kennen ook problematisch druggebruik. Meer bepaald de overige badsteden, namelijk Middelkerke, Westende en Nieuwpoort; de Westhoek, namelijk Veurne, Diksmuide, De Panne en Koksijde; Brugge; Ieper en Kortrijk kennen een ernstig problematisch druggebruik.²⁴¹

²³⁶ Cliënten uit *grootsteden* zoals Antwerpen, Brussel, Genk en Gent zouden hun verblijfplaats hebben in Oostende.

²³⁷ G. BOSMAN en F. BULLENS, *Interviews met sleutelfiguren*, Oostende, 1999-2000.

²³⁸ Sommige gesprekspartners wijzen zelfs voorzichtig in de richting van een algemeen aanbod van cocaïne en heroïne.

²³⁹ Zie ook: P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, *o.c.*, 38 -39.

²⁴⁰ Op basis van gesprekken met bevoorrechte getuigen, sleutelfiguren in de sector, het raadplegen van een inventarisatie van de SIF-actieggebieden worden een aantal steden en gemeenten naar voor geschoven die vanaf 2001 het onderwerp zullen uitmaken van de activeringopdracht van het straathoekwerk. De driehoek Wervik-Menen-Wevelgem is prioriteit in West-Vlaanderen. Zie: H. BODYN, *o.c.*, 13.

²⁴¹ Op basis van de registratie van de intakes in de Oost-Vlaamse drughulpverlening, blijkt 1,7% van de cliënten afkomstig uit Menen, 1,6 % uit Kortrijk en 2 % uit Brugge. Zie: W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 7.

Wat betreft *producten* blijken de synthetische drugs zeer belangrijk geworden te zijn. Cannabis is wijd verspreid. Cocaïne- en crackgebruik blijft een ernstig probleem. Heel wat sleutelfiguren benadrukken het opnieuw opduiken van heroïne, waarvan men enkele jaren geleden dacht dat het verdwenen was. Sommige gesprekspartners waarschuwen voor de dreiging van het heroïnegebruik en verwijzen naar de overdosissen die de laatste twee jaar af en toe aan het licht kwamen. Ook in West-Vlaanderen is het *polydruggebruik* de regel.²⁴²

Het aanbod van heroïne in Oostende is groot en sommige geïnterviewden beweren dat sommige jongeren van 15, 16 jaar meteen met heroïne beginnen te experimenteren. De drijfveer voor het heroïnegebruik zou in de eerste plaats liggen in het marktprincipe: er is een groot aanbod en de prijs zou spectaculair gedaald zijn de laatste jaren. Hetzelfde marktprincipe zou aan de basis liggen van de afwisseling van producten: amfetamines kunnen op een bepaald ogenblik het hoofdproduct zijn, maar op korte termijn vervangen worden door heroïne, omdat het aanbod wijzigt.²⁴³

In Oostende zouden er geen echte open drugsscenes zijn. Evenwel merken vele geïnterviewden op dat het dealen steeds meer in het straatbeeld opduikt. In zoverre er over een 'drugmilieu' kan gesproken worden, heeft dit veel, zoniet alles, te maken met de het feit dat het gaat om een grote groep jongeren, met dezelfde achtergrondproblemen en dezelfde gemeenschappelijke noden. Dit laatste versterkt de onderlinge solidariteit, die zeker bij de heroïnegebruikers aanwezig is.

4.2.3 PROBLEMATISCHE DRUGGEBRUIKERS BEREIKT DOOR DE CATEGORIALE HULPVERLENING

4.2.3.1 Problematische druggebruikers bereikt door het MSOC Oostende

4.2.3.1.1 Algemeen

De cijfers uit het jaarverslag 1999 van het MSOC van Oostende worden als basis gebruikt. De cijfers van 1998 moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat dit het eerste werkingsjaar van het MSOC was. De cijfers voor het werkingsjaar 2000 waren bij het afronden van het onderzoek nog niet ter beschikking. We baseren ons ook op de cijfers die het straathoekwerk van het MSOC van Oostende registreerde binnen de Vlastrov-registratie.

In 1998 zijn er 280 personen met een hulpvraag langsgekomen in het MSOC. Het MSOC had in 1999 in totaal 416 aanmeldingen waarvan er 374 (90 %) in begeleiding werden genomen. Eind 1999 lag het aantal aanmeldingen op **506**. Voor 1999 betekent dit een toename van 226 cliënten (of 184 cliënten waarvoor een RIZIV-dossier werd opgesteld).²⁴⁴

²⁴² Zie: P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, *o.c.*, 35.

²⁴³ Deze informatie werd in interviews gegeven, maar werd vooral tijdens de focus groepen door de gebruikers zelf aangeduid.

²⁴⁴ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 12.

4.2.3.1.2 Demografisch en socio-economisch profiel van de cliënten

4.2.3.1.2.1 Sekse

Tabel 24: Sekse van de aanmeldingen in het MSOC Oostende²⁴⁵

	1998		1999	
	N	%	N	%
Aantal mannen	174	75	267	71
Aantal vrouwen	57	25	107	29
TOTAAL	231	100	374	100

Ongeveer *driekwart* van de aanmeldingen in het MSOC van Oostende gebeurt door *mannen*.

Tabel 25: Sekse van de cliënten van het straathoekwerk van het MSOC Oostende²⁴⁶

	2000	
	N	%
Aantal mannen	181	71,8
Aantal vrouwen	71	28,2
TOTAAL	252	100

De cijfers van het straathoekwerk van Oostende liggen in dezelfde lijn.

4.2.3.1.2.2 Leeftijdsverdeling

Tabel 26: Leeftijdsverdeling van de aanmeldingen in het MSOC Oostende²⁴⁷

	1998			1999	
	N	%		N	%
0-5	0	0		0-5	0
6-10	0	0		6-10	0
11-15	2	1		11-15	2
16-17	16	7		16-20	110
18-20	53	23			
21-25	62	27		21-25	98
26-30	44	19		26-30	81
31-35	35	15		31-35	47
36-40	12	5		36-40	23
41-45	5	2		41-45	10
46-50	1	0		46-50	2
51-55	1	0		51-55	1
TOTAAL	231	100		374	101

De leeftijdsverdeling blijft over beide jaren quasi constant.

²⁴⁵ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, bijlage; STAD OOSTENDE, *Dienst Preventie, Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 13.

²⁴⁶ Straathoekwerk Oostende, *Vlastroverregistratie*, 2000.

²⁴⁷ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, bijlage; STAD OOSTENDE, *Dienst Preventie, Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 15.

De opsplitsing in 1998 in de leeftijdscategorie 16-20 jarigen toont aan dat driekwart van de cliënten tot de categorie 18 tot 20-jarigen behoort.

In 1999 is 90 % van de cliënten van het MSOC tussen 16 en 35 jaar. 55 % van de cliënten is tussen 16 en 25 jaar. 29 personen (8%) waren jonger dan 18 jaar en waren in begeleiding in het MSOC.

De jongste cliënten die in begeleiding waren, waren 14 jaar (cannabisprobleem) en 15 jaar (amfetamineprobleem). Twee cliënten waren bij intake tussen de 11 en 15 jaar. Zij werden doorverwezen. De jongste cliënten die in begeleiding waren, waren 14 jaar (cannabisprobleem) en 15 jaar (amfetamineprobleem). De leeftijdsverdeling blijft over beide jaren (1998 – 1999) quasi constant.

Tabel 27: Leeftijdsdistributie van de cliënten van het straathoekwerk van het MSOC Oostende²⁴⁸

	2000	
	N	%
15 – 17	3	1,2
18 – 20	49	19,4
21 – 23	49	19,4
24 – 26	40	15,9
27-29	42	16,7
30-35	36	14,3
<35	31	12,3
onbekend	2	0,8
TOTAAL	252	100

Het straathoekwerk gebruikt andere leeftijdsklassen voor de registratie. Dit bemoeilijkt een vergelijking met de cijfers van het MSOC.

Het straathoekwerk bereikt procentueel iets meer oudere cliënten dan het MSOC.

4.2.3.1.2.3 Nationaliteit

Tabel 28: Nationaliteit van de cliënten van het straathoekwerk Oostende²⁴⁹

	2000	
	N	%
Belg	242	96,03
Europees	8	3,17
Niet Europees	2	0,79
TOTAAL	252	100

Het MSOC registreerde de nationaliteit of de afkomst van zijn cliënten niet.

96 % van de cliënten van het straathoekwerk zijn Belgen. Wanneer we naar de cijfers van de afkomst kijken, dan blijkt bijna **93 %** Belg te zijn. Van de niet Belgen komt 1,5 % uit Marokko, iets meer dan 1% uit Turkije.

²⁴⁸ Straathoekwerk Oostende, Vlastrov-registratie, 2000.

²⁴⁹ Straathoekwerk Oostende, Vlastrov-registratie, 2000.

4.2.3.1.2.4 Inkomstenbron

Tabel 29: Inkomstenbron van de aanmeldingen in het MSOC Oostende²⁵⁰

	1998		1999	
	N	%	N	%
Geen	/	/	44	16
Eigenberoepsactiviteiten	28	17	63	23
Partner, ex-partner	3	2	1	0
Andere familieleden	26	16	15	6
RVA	35	21	54	20
OCMW	58	35	65	24
Ziekte/invaliditeit	15	9	22	8
Andere	/	/	7	3
TOTAAL	165	100	271	100
onbekend	66		103	

De categorieën “geen” en “andere” werden pas gerapporteerd vanaf 1999. Conclusies trekken over beide werkjaren is onmogelijk omdat verschuivingen van en naar deze categorieën niet uitgesloten zijn. 1999 lijkt de meest volledige registratie.

In 1999 haalt minder dan een kwart van de aanmelders zijn inkomsten uit een eigen beroepsactiviteit. 22 % heeft geen eigen inkomsten of krijgt steun van familie. De 16% van de cliënten die beweerde bij de intake *geen inkomen* te hebben, blijken bij nazicht van de individuele dossiers allen ongehuwd. Meer dan de helft ervan woont in bij ouders of familie.

Meer dan de helft van de cliënten had op het moment van intake een *vervangingsinkomen*: 20% had een werkloosheidsuitkering; 24% had een OCMW-uitkering en 8% had een ziekte- of invaliditeitsuitkering.

Tabel 30: Inkomstenbron van de cliënten van het straathoekwerk Oostende²⁵¹

	2000	
	N	%
Geen	32	12,8
Eigenberoepsactiviteiten	30	12
Partner / ex-partner	3	1,2
familieleden	19	7,6
RVA	59	23,6
OCMW	60	24
Ziekte/invaliditeit	24	9,6
Andere	5	2
Student	6	2,4
onbekend	12	4,8
TOTAAL	250	100

Slechts 12 % van de cliënten van het straathoekwerk haalt zijn inkomsten uit eigen beroepsactiviteiten. 13 % van de cliënten heeft geen inkomen. 57 % van de cliënten van het straathoekwerk heeft een vervangingsinkomen.

²⁵⁰ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, bijlage; STAD OOSTENDE, *Dienst Preventie, Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 18.

²⁵¹ Straathoekwerk Oostende, *Vlastov-registratie*, 2000.

4.2.3.1.2.5 Scholingsgraad

Tabel 31: Scholingsgraad van de aanmeldingen in het MSOC Oostende²⁵²

	1998		1999	
	N	%	N	%
Geen diploma	Geen registratie in 1998		7	3
Buitengewoon lager onderwijs			1	0
Lager onderwijs			158	65
Buitengewoon secundair onderwijs			1	0
Beroeps secundair onderwijs			40	16
Technisch secundair onderwijs of kunst secundair onderwijs			15	6
Algemeen secundair onderwijs			12	5
Hoger niet-universitair onderwijs			4	2
Universitair onderwijs			0	0
Andere			5	2
TOTAAL			243	100
Onbekend			131	

In 1999 is van meer dan één derde (N = 131) van de aanmeldingen de scholingsgraad onbekend.

In 1999 werd voor het eerst het opleidingsniveau van de cliënten geregistreerd (243 cliënten). Er is echter nog een relatief grote groep onbekende gegevens (131 cliënten).

Twee derde van de cliënten maakte *enkel de lagere school* af. Amper 27% haalde een diploma van Beroeps-, Technisch- of Algemeen Secundair Onderwijs.

Tabel 32: Scholingsgraad van de cliënten van het straathoekwerk Oostende²⁵³

	2000	
	N	%
Geen diploma	14	5,56
Buitengewoon lager onderwijs	2	0,79
Lager onderwijs	5	1,98
Buitengewoon secundair onderwijs	/	/
Beroeps secundair onderwijs	77	30,55
Technisch secundair onderwijs of kunst secundair onderwijs	35	13,89
Algemeen secundair onderwijs	10	3,97
Hoger niet-universitair onderwijs	/	/
Universitair onderwijs	/	/
Andere	9	3,57
Onbekend	100	39,68
TOTAAL	252	100 %

Het opleidingsniveau van de cliënten van het straathoekwerk van Oostende laat een ander beeld zien dan dat van de cliënten van het MSOC. Uit de registratie blijkt dat 5,5 % van de cliënten geen diploma heeft, maar ook dat 47 % van de cliënten een diploma secundair onderwijs haalde. Van 40 % van de cliënten is het opleidingsniveau niet gekend.

²⁵² STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 18.

²⁵³ Straathoekwerk Oostende, Vlastov-registratie, 2000.

4.2.3.1.2.6 De woon- en leefsituatie van de aanmeldingen in het MSOC Oostende²⁵⁴

Het grootste deel van de cliënten is nooit gehuwd geweest. Slechts 6% is gehuwd en 11% doorloopt een echtscheidingsprocedure.

Het groot aantal niet gehuwden is echter niet allen alleenstaand. Iets minder dan een derde van de cliënten woont alleen (2% daarvan leeft alleen maar met kinderen). 12 % leeft met een partner en met kinderen; 15% leeft alleen met een partner. Een derde van de cliënten woont bij relevante derden: ouders (28%), familie (3%) of vrienden (2%). 5% leeft in een gecontroleerde omgeving. 5% lijkt een zwervend bestaan te leiden.

Tabel 33: De woon- en leefsituatie van de cliënten van het straathoekwerk Oostende²⁵⁵

	2000	
	N	%
Alleen met kinderen	6	2,4
Andere	4	1,6
Bij ouders	46	18,3
Bij partner	31	12,3
Bij partners en kind(eren)	27	10,7
Gevangenis	31	12,3
Onbekend	2	0,5
Residentieel	13	5,1
Verschillende woonplaatsen	9	3,6
Woont alleen	76	30,1
Zwerven (geen woonplaats)	7	2,8
TOTAAL	252	100

Opvallend is dat 12 % van de cliënten van het straathoekwerk in de gevangenis zit. 3,6 % van de cliënten woont op verschillende plaatsen en 2,8 % van de cliënten heeft geen woonplaats.

4.2.3.1.3 Middelengebruik

4.2.3.1.3.1 Eerste gebruik

Doordat het MSOC van Oostende het DARTS-registratiesysteem volgt, zijn ook producten opgenomen die niet behoren tot het strikte domein van de illegale drugs, onder meer alcohol, bier, geneesmiddelen.²⁵⁶

Opvallend is dat meer dan de helft van de cliënten tussen 11 en 15 jaar voor het eerste met drugs in aanraking gekomen en ongeveer een derde tussen 16 en 20 jaar. Slechts 10 % is na zijn twintigste met druggebruik begonnen.

²⁵⁴ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 17.

²⁵⁵ Straathoekwerk Oostende, Vlastrov-registratie, 2000.

²⁵⁶ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 13.

Tabel 34: Leeftijd bij het eerste gebruik van de cliënten in het MSOC Oostende²⁵⁷

	1998			1999	
	N	%		N	%
0-5 jaar	0	0		0	0
6-10 jaar	7	2		2	1
11-15 jaar	189	53		122	58
16-20 jaar	124	35		65	31
21-25 jaar	18	5		11	5
26-30 jaar	8	2		9	4
31-35 jaar	6	2		1	0
36-40 jaar	3	1		1	0
> 40 jaar	0	0		1	0
TOTAAL	355	100		212	100
Onbekend	19			19	

Tabel 35: Product bij eerste gebruik van de cliënten in het MSOC Oostende²⁵⁸

	1999	
	N	%
Alcohol	10	15
Amphetamine	54	0
Andere hallucinogenen	1	0
Andere psychoactieven	1	0
Barbituraten	1	0
Benzodiazepines	2	1
Bier	1	0
Cannabis	211	59
Cocaine	8	2
Hallucinogenen	1	0
Heroïne	19	5
LSD	10	3
Marihuana	1	0
MDMA (XTC)	1	0
Niet-gespecificeerde geneesmiddelen	1	0
Opiaten	1	0
Opium-morfine	1	0
Slaap- en kalmeermiddelen	1	0
Polytoxicomanie	32	9
TOTAAL	357	100
Onbekend	17	

Cannabis was voor 59 % van de cliënten het belangrijkste product dat als eerste drug gebruikt werd. Amfetamine werd door 15 % van cliënten het eerst gebruikt. Opvallend is dat 5% van de cliënten beweert met heroïne te zijn begonnen.

Ook bij het eerste gebruik blijkt er bij 9 % van de cliënten sprake te zijn van *polydruggebruik*. Dit betekent dat in de beginperiode van het druggebruik verschillende drugs door elkaar werden gebruikt, zonder dat één product als belangrijkste werd opgemerkt.

²⁵⁷ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 13-14.

²⁵⁸ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, bijlage; STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 14-15.

Negen cliënten gaven de combinatie cannabis en amfetamine op. Vier cliënten combineerden amfetamine en MDMA. Vier cliënten combineerden cannabis, amfetamine en MDMA. Twee cliënten combineerden cannabis en MDMA. Twee cliënten combineerden cannabis en cocaïne.

4.2.3.1.3.2 Middelengebruik in de aanmeldingen in het MSOC Oostende²⁵⁹

Tabel 36: Hoofdgebruik²⁶⁰ bij intake in het MSOC Oostende

	1998			1999	
	N	%		N	%
Alcohol	5	2		4	1
Amfetamine	50	23		91	24
Benzodiazepines	/	/		1	0
Cannabis	32	15		40	11
Cocaïne	5	2		14	4
Codeïne	/	/		2	1
Heroïne	114	52		204	55
Marihuana	/	/		1	0
MDMA (xtc)	/	/		2	1
Opiaten	/	/		3	1
Opium-morfine	1	0		2	1
Slaap- en kalmeermiddelen	/	/		2	1
Speedball	/	/		1	0
Voorgeschreven methadon	/	/		7	2
Medicatie	9	4		/	/
Poppers	1	0		/	/
methadon	1	0		/	/
Bekende gegevens	218	94		/	/
Onbekend	13	6		/	/
TOTAAL	233	100		374	100

Er dient rekening te worden gehouden met het invoeren van andere categorieën in de registratie van 1999.

“/”: niet bevraagd.

Ruim de helft van de aanmeldingen heeft *heroïne* als hoofdgebruik. Een kwart gebruikt hoofdzakelijk *amfetamines*. Bij 10% gaat het om cannabis. *Cocaïnegebruikers* komen in het MSOC van Oostende betrekkelijk weinig voor (slechts 2 % in 1998 en 4% in 1999).

Twee derden van de cliënten gebruikte in 1999 op het ogenblik van de intake *meer dan één product*. *Cannabis* is de drug die het meest als tweede of derde product gebruikt wordt. Het maakt 40% uit van het polydruggebruik. Op de tweede plaats komt *amfetamine* (18%). In tegenstelling tot het gebruik als belangrijkste product komt cocaïne vaker voor als bijproduct (15%). Minder vaak voorkomend als bijproduct zijn alcohol (7%), XTC (5%), heroïne (4%), slaap- en kalmeermiddelen (4%) en benzodiazepines (2%). Niet gespecificeerde

²⁵⁹ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, bijlage; STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 16.

²⁶⁰ Met “gebruik bij intake” wordt het voornaamste product bij intake bedoeld. Volgens de handleiding bij de DARTS-registratie bepaalt degene die registreert welk product het belangrijkste is. Een product wordt slechts geregistreerd op het ogenblik dat een persoon een middel gebruikt gedurende tenminste drie dagen per week (ongeacht de dosering) of gedurende een bepaalde periode voor tenminste twee opeenvolgende dagen per week tot het punt waar het normale activiteiten zoals werk, school en gezin bemoeilijkt.

geneesmiddelen, paddestoelen, hallucinogenen en voorgeschreven methadon zijn met telkens 1 % de minst opgegeven bijproducten.

Tabel 37: Middelengebruik bij de cliënten van het straathoekwerk Oostende²⁶¹

2000							
Middel	Hoofdmiddel			Geregistreeerde aard van het gebruik			
	ja	nee		afhankelijk	misbruik	gebruik	onbekend
Alcohol	37	12		14	19	16	
Amfetamine	34	42		35	18	21	2
Antidepressiva	4			1	1	2	
Barbituraten	15	1		6	10		
Benzodiazepines	40	2		19	20	3	
Cannabis	149	12		83	36	41	1
Cocaïne	73	15		20	19	49	
Codeïne	1	2		2	1		
Gokken	2	1		2			1
Heroïne	83	63		74	38	33	
LSD	14	1		2	1	12	1
Niet voorgeschreven Methadon	5				2	3	
Paddestoelen	5				1	4	
Snowball	1					1	
Speed	38	36		37	16	21	
Speedball		1		1			
Vluchtige snuifmiddelen	1			1			
Voorgeschreven methadon	18	39		47	1	9	
XTC	56	2		3	14	41	
Andere hallucinogenen	9				1	8	
Andere opiaten	1				1		
Andere slaap/kalmeer	6			2	4		
Andere stimulantia	1				1		
Niet gespecificeerde geneesmiddelen	5			2	3		
TOTAAL	508	229		351	207	264	5
%	72,31	27,69		42,44	25,03	31,91	0,60

De categorieën overlappen elkaar wegens het feit dat dezelfde persoon afhankelijk kan zijn van meerdere producten.

Het straathoekwerk maakt in de registratie het onderscheid tussen afhankelijkheid, misbruik en gebruik van de producten.

Cannabis wordt het vaakst (N = 149) als hoofdmiddel gescoord. *Heroïne* wordt 83 keer als eerste product gescoord.

Heroïne wordt dan weer het meest (n = 63) gescoord als bijproduct, gevolgd door *amfetamines* (N= 42).

In 1998 gebruikt 40 % (N = 87) van de cliënten van het MSOC drugs intraveneus.²⁶²

²⁶¹ Straathoekwerk Oostende, Vlastrov-registratie, 2000.

²⁶² STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 11.

Tabel 38: Injecterende cliënten van het straathoekwerk van Oostende²⁶³

2000						
Ooit gespoten?						
Nu injecterend?		ja	nee	onbekend	Totaal	%
	Nee	65	101	18	184	75
	ja	60	1	/	61	25
	Totaal	125	102	18	245	100
	%	51	41	8	100	

51% van de cliënten van het straathoekwerk heeft ooit intraveneus drugs gebruikt. Op dit moment spuit 25 % van de cliënten van het straathoekwerk.

4.2.3.2 Bereikte problematische druggebruikers door de categoriale hulpverlening

Het is uitermate interessant de vergelijking te maken tussen de cijfergegevens van het VVBV van 1998 en van 1999, omdat in 1999 de cijfers van het MSOC in de registratie zijn opgenomen.²⁶⁴

In 1998 werden 525 cliënten geregistreerd in West-Vlaanderen. De provincie stond daarbij op de tweede plaats, na Antwerpen (654 geregistreerde cliënten).

In 1999 staat West-Vlaanderen op de derde plaats, na Oost-Vlaanderen en Antwerpen, ook al heeft de komst van het MSOC geleid tot een aanzienlijke stijging van het aantal registraties (meer dan 200). De verklaring hiervoor is de nog sterkere stijging van het aantal registraties in Oost-Vlaanderen.

De MSOC's zijn verantwoordelijk voor bijna 28 % van het aantal cliënten in Vlaanderen in 1999.

Tabel 39: Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor West-Vlaanderen²⁶⁵

1998						
West-Vlaanderen						
Registratieplaats						
Voornaamste Product	code ²⁶⁶	Dagcentrum	Crisis programma	Behandelings programma	TOTAAL	
					N	%
Opiaten	10	57	68	22	147	27,9
Stimulantia	20	86	92	25	203	38,6
Slaap- kalmeer	30	11	7	1	19	3,6
Hallucinogenen	40	7	1	/	8	1,5
Vluchtige stoffen	50	1	/	/	1	0,2
Cannabis	60	87	14	5	106	20,1
Alcohol	70	/	2	1	3	0,6
onbekend	99	28	6	4	38	7,2
	(leeg)	1	/	/	1	0,2
TOTAAL		278	190	58	526	100

²⁶³ Straathoekwerk Oostende, Vlastrov-registratie, 2000.

²⁶⁴ Voor de cijfergegevens verwijzen we naar tabel 14 en tabel 15, Het aantal cliënten per werkvorm per provincie.

²⁶⁵ Registratiegegevens VVBV 1999.

²⁶⁶ Voor de verklaring bij de codes: zie voetnoot 200.

Tabel 40: Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor West-Vlaanderen²⁶⁷

1999							
West-Vlaanderen							
Registratieplaats							
Voornaamste Product	code ²⁶⁸	Dagcentrum	MSOC	Behandeling sprogramma	Crisis programma	TOTAAL	
						N	%
Opiaten	10	64	82	21	145	312	41
Stimulantia	20	102	44	26	95	267	35
Slaap- kalmeer	30	3	/	1	2	6	0,8
Hallucinogenen	40	1	/	/	2	3	0,4
Vluchtige stoffen	50	1	/	/	/	1	0,1
Cannabis	60	102	22	/	12	136	17,9
Alcohol	70	4	2	/	3	9	1,9
Andere	80	/	1	/	/	1	0,1
Geen	90	14	/	/	3	17	2,2
Onbekend	99	8	1	/	/	9	1,9
TOTAAL		299	152	48	262	761	100

Ook in West-Vlaanderen doet zich dezelfde evolutie voor als in Oost-Vlaanderen.

Opiaten worden in 1999 het meest geregistreerde eerste product, ten nadele van cocaïne en/of amfetamine. Opvallend is dat in West-Vlaanderen cannabis vaker als eerste product geregistreerd wordt dan in Oost-Vlaanderen.

In 1998 is het eerste product voor bijna 40 % van de cliënten cocaïne en/of amfetamine. Opiaten komen op de tweede plaats met iets minder dan 30 %. Cannabis komt op de derde plaats met iets meer dan 20 %.

Met de komst van het MSOC zien we een verandering in het belang van de producten. In 1999 worden opiaten het meest geregistreerde product (41 %), gevolgd door cocaïne en/of amfetamine (35 %) en cannabis (bijna 18 %). In West-Vlaanderen is het aandeel van opiaten kleiner dan in Oost-Vlaanderen. Het aandeel van cocaïne en/of amfetamine en cannabis is dan weer groter.

Het MSOC van Oostende is goed voor 20 % van de registraties in de provincie West-Vlaanderen. 54 % van de cliënten van het MSOC van Oostende heeft opiaten als eerste product. Dit is goed voor meer dan één vierde van de registratie van opiaten voor de diensten met een RIZIV-erkenning.

In West-Vlaanderen zien de crisisopvang centra procentueel iets meer opiaatafhankelijken dan het MSOC.

Het MSOC is niet de enige verklaring voor de toename in het aantal registraties in West-Vlaanderen.

We zien over heel te lijn een toename in het aantal registraties voor de andere werkvormen. Vooral de residentiële crisisopvang is verantwoordelijk voor een belangrijke toename in het aantal registraties.

²⁶⁷ Registratiegegevens VVBV 1999.

²⁶⁸ Voor de verklaring bij de codes: zie voetnoot 200.

Tabel 41: Het belangrijkste product van de cliënten van de CGGZ's in West-Vlaanderen²⁶⁹

1998			
provincie West-Vlaanderen Registratieplaats		CGGZ	
Voornaamste Product	code ²⁷⁰	N	%
Opiaten	10	106	8,8
Stimulantia	20	180	14,8
Slaap- kalmeer	30	86	7,1
Hallucinogenen	40	34	2,8
Vluchtige stoffen	50	3	0,3
Cannabis	60	340	27,9
Alcohol	70	449	36,6
Andere	80	23	1,8
Missing	9999	2	0,2
TOTAAL		1587	100

Voor West-Vlaanderen werden er 980 cliënten met een drugprobleem geregistreerd. Dit is bijna 13 % van de 7567 referentiepersonen in de CGGZ's in 1998. De cijfers in tabel 41 geven dus niet het aantal cliënten weer, maar het aantal keer dat een product gescoord werd.

De cijfers van de CGGZ's laten een ander beeld zien dan de cijfers van de diensten met een RIZIV-erkenning. In 36 % wordt alcohol als eerste product gescoord. Cannabis wordt in 28 % als eerste product gescoord; cocaïne en/of amfetamine in iets minder dan 15 %. Opiaten worden in bijna 9 % als voornaamste product gescoord.

West-Vlaanderen laat ook een iets ander beeld zien dan Oost-Vlaanderen. In West-Vlaanderen is het aandeel van alcohol en cocaïne en/of amfetamine als voornaamste product kleiner dan in Oost-Vlaanderen. Het aandeel van cannabis en opiaten is dan weer groter.

4.2.4 MOEILIJK BEREIKTE PROBLEMATISCHE DRUGGEBRUIKERS

4.2.4.1 Uitval in de regio

Tabel 42: Contacten met de drughulpverlening van de cliënten van het straathoekwerk Oostende²⁷¹

2000					
		Contacten drughulpverlening nu			
Contacten drughulpverlening vroeger		niet	wel	Totaal	%
	Niet	12	171	183	74,5
	Wel	13	49	62	25,5
	Totaal	25	220	245	100
	%	10,2	89,8	100	

Uit de registratie van het straathoekwerk van Oostende blijkt dat 90 % van de cliënten van het straathoekwerk nu contact heeft met de hulpverlening. Vroeger had 75 % van deze cliënten echter geen contact met de hulpverlening.

Ook in West-Vlaanderen en de regio Oostende is verder onderzoek nodig om na te gaan hoeveel cliënten in de regio niet bereikt worden door de drughulpverlening, hoeveel cliënten

²⁶⁹ Registratiegegevens CGGZ - VRM-data 1998.

²⁷⁰ Voor de verklaring bij de codes: zie voetnoot 200.

²⁷¹ Straathoekwerk Oostende, Vlastrov-registratie, 2000.

geen enkel contact hebben met de hulpverlening, zelfs niet met het straathoekwerk, en vooral wat de mogelijkheden zijn om die druggebruikers toch te bereiken.

4.2.4.2 Moeilijk bereikte doelgroepen

Hoewel de MSOC's laagdrempelige voorzieningen zijn en de bedoeling hebben zoveel mogelijk problematische gebruikers te bereiken, moeten we vaststellen dat bepaalde groepen, desondanks de geleverde inspanningen, moeilijk bereikt worden.

In de regio Oostende betreft dit voornamelijk de volgende groepen:²⁷²

- Dubbele diagnosepatiënten;
- Alleenstaande vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen;
- Minderjarigen.
- De groep van jonge, maar agressief en risicovol gebruikende speedgebruikers die een vrij turbulent contact onderhoudt met de hulpverlening. Zij doen, omwille van een gering probleeminzicht, vrij weinig een beroep op het traditionele aanbod.²⁷³ Uit het onderzoek blijkt dat het straathoekwerk van het MSOC deze doelgroep in grote mate bereikt, maar dat deze cliënten moeilijk kunnen gemotiveerd worden tot een revalidatie in het MSOC of erbuiten.
- De cocaïnegebruikers die vrij ver afstaan van hulpverlening en gezien de geslotenheid van het circuit een intensievere benadering vereisen.²⁷⁴

²⁷² G. BOSMAN en F. BULLENS, *Interviews met sleutelfiguren*, Oostende, 1999-2000; G. BOSMAN en F. BULLENS, *Focusgroepen*, Oostende, 2001.

²⁷³ STAD OOSTENDE, *Veiligheids- en samenlevingscontract 1999*, 26.

²⁷⁴ *Ibid.*, 26.

5 HET AANBOD IN DE ONDERZOEKSREGIO'S

5.1 DE ONTWIKKELING VAN DE CATEGORIALE DRUGHULPVERLENING IN BELGIË

De categoriale drughulpverlening begon zich in het begin van de jaren zeventig in België te ontwikkelen. Vòòr het ontstaan van de categoriale drughulp werden druggebruikers binnen de bestaande hulpverlening opgenomen. Er zijn verschillende redenen voor deze ontwikkeling.

Vooreerst was er in de wetenschap en in de internationale fora een *consensus* gegroeid over de *behandeling* van problematische druggebruikers. Het beleid bleef in dit geval echter in gebreke. Bovendien ontwikkelde de *antipsychiatrie* zich waardoor enkele individuen de opvang van druggebruikers buiten het klassieke psychiatrische circuit organiseerden.²⁷⁵

Vervolgens zou in het begin van de jaren zeventig het drugprobleem gevoelig gestegen zijn. Deze bewering werd nooit epidemiologisch ondersteund. De repressieve aanpak die de overheid voorstond maakte bovendien dat politie en justitie een selectieve aandacht aan de dag legden voor het drugprobleem.²⁷⁶ Tenslotte oefende ook de politiek van Verenigde Staten een belangrijke invloed uit op de binnenlandse perceptie van het drugprobleem.²⁷⁷ Hoewel de alarmerende berichten over de omvang van het problematisch druggebruik moeten gerelativeerd worden, ontstond De Sleutel naar aanleiding van de beginnende problemen met heroïneverslaafden in Gent rond 1972-1973.²⁷⁸ De drughulpverlening ontstond in de Gentse regio en breidde ook in deze regio verder uit.

De maatschappelijke en economische ontwikkelingen in de jaren zeventig steunen de hypothese dat het druggebruik, indien niet duidelijk toegenomen, dan toch een transformatie onderging. In het begin van de jaren zeventig was de verslaving aan illegale drugs nog in hoge mate een probleem van kleine groepen jongeren die bewust voor een alternatieve levensstijl kozen. Hierdoor waren de financiële implicaties van residentiële hulpverlening nog beperkt door de kleine aantallen verslaafden. De drugwereld van vandaag ziet er echter helemaal anders uit en is gekenmerkt door een interrelatie tussen kansarmoede en problematisch druggebruik.²⁷⁹

Deze transformatie leidde ertoe dat de niet-categoriale hulpverlening niet het gepaste antwoord konden verschaffen en de druggebruikers vaak niet meer konden en/of wilden opvangen.

Categoriale drughulpverleningsinstellingen genoten als privé-organisaties slechts een *beperkte steun van de overheid*.²⁸⁰ De geschiedenis van de categoriale drughulpverleningsinstellingen

²⁷⁵ P. VANDERKREEFT (red.), *De Sleutel 25 jaar, Sleutelvragen voor 2000*, Congresboek, De Sleutel, Merelbeke, 1999, 5.

²⁷⁶ B. DE RUYVER, o.c., 551.

²⁷⁷ *Ibid.*, 493-494.; J. CASSELMAN, "Verslaving en verslavingszorg in Vlaanderen", in W.R. BUISMAN (red.), *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, losbl, A 3000-8-9.

²⁷⁸ J. MAERTENS, "25 jaar De Sleutel", in B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE en I. PELC (reds.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 2000, 164.

²⁷⁹ S. TODTS, *Schadebeperkend denken in de drughulpverlening*, niet gepubliceerd document, 1996, 8.

²⁸⁰ J. CASSELMAN, l.c., A 3000-3.

wordt dan ook al te vaak gekenmerkt door pogingen om het hoofd financieel boven water te houden.²⁸¹ De nieuwe wet van 1975 was overigens het overheidsantwoord op een eerste paniecreactie in verband met illegale drugs. Binnen de hulpverlening werden residentiële voorzieningen hoofdzakelijk via de psychiatrische zorgverlening indirect van overheidssubsidie voorzien, en niet als categoriale instellingen. De ambulante categoriale voorzieningen werden geïntegreerd in een vernieuwde subsidiëring van de Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg, eerder dan dat zij als categoriale voorzieningen ondersteund werden.²⁸²

Inhoudelijk kenmerkt de categoriale drughulpverlening zich door een steeds verdergaande *differentiatie en drempelverlaging*. Deels omdat de lacunes en gebreken werden opgemerkt en weggewerkt, deels omdat dit strategisch de juiste keuze was.

Een van de gevolgen van de beperkte beleidsondersteuning, het uitblijven van een eenduidig drugbeleid en de versnippering van bevoegdheden over verschillende beleidsverantwoordelijken, was de concurrentie die er tussen drughulpverleningsinstellingen heerst(te) omwille van de schaarse subsidiëring. Concreet is er voor het verslavingszorgbeleid in Vlaanderen een versnippering van bevoegdheden op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap enerzijds en van de federale Staat anderzijds.²⁸³

Na 1975 en in de jaren tachtig is er wel een en ander tot stand gekomen, maar de algemene toon was toen reeds gezet. Sindsdien is deze nog niet fundamenteel doorbroken.²⁸⁴

In de jaren negentig, en vooral door de “zwarte zondag” van 1991, wordt er uitgebreider aandacht besteed aan de druggebruiker, vooral vanuit het perspectief van de veiligheid (cfr. veiligheids- en samenlevingscontracten).

Medio jaren negentig komt het beleid in actie om een evenwichtig beleid te ontwikkelen. Het Actieplan Toxicomanie Drugs van 1995 en de werkzaamheden en aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs van 1997 zijn daar een uiting van.

Het is pas in het rapport van deze werkgroep dat in een officieel Belgisch document over "harm reduction" wordt gesproken, een begrip dat in het buitenland en in de literatuur al een tijd was ingeburgerd.

Het hoeft dus niet te verbazen dat uit dit onderzoek is gebleken dat de filosofie van harm reduction, slechts zeer geleidelijk en moeizaam door alle actoren wordt begrepen en aanvaard.²⁸⁵

De drugnota van de federale regering van januari 2001 gaat duidelijk verder op de weg die door de parlementaire werkgroep drugs in 1997 werd ingeslagen. Een geïntegreerde benadering, een gedifferentieerd aanbod, circuitvorming in de zorgverlening, risicobeheersing en (her)integratie in de samenleving zijn sleutelwoorden voor de organisatie van de toekomstige drughulpverlening in België.²⁸⁶

²⁸¹ Voor een casestudie, zie: P. VANDERKREEFT (red.), o.c.

²⁸² J. CASSELMAN, l.c., A 3000-9.

²⁸³ *Ibid.*, A 3000-6.

²⁸⁴ *Ibid.*, A 3000-8.

²⁸⁵ *Ibid.*, A 3000-9.

²⁸⁶ *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, o.c., 46-47.

5.2 HET AANBOD IN OOST-VLAANDEREN EN GENT

De beschrijving van het gespecialiseerde drughulpverleningaanbod in Oost-Vlaanderen is gebaseerd op de doorverwijsgids 1999 van de VAD²⁸⁷, het onderzoeksproject “Case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening”²⁸⁸ en de Adresgids Verslavingszorg 2000-2001.²⁸⁹

De beschrijving van het aanbod van het straathoekwerk is gebaseerd op werkingsverslag van het Vlaams Overleg Straathoekwerk vzw (VOS) van 2000.²⁹⁰ We beperken ons in het overzicht tot die straathoekwerkers die minstens voor een deel druggebruikers als doelgroep hebben.

Tabel 43: Het aanbod in de regio van het MSOC Gent – de provincie Oost-Vlaanderen

Straathoekwerk	
	Preventiedienst Sint-Niklaas (2 straathoekwerkers) Straathoekwerk Gent (4 straathoekwerkers)
Drugspecifieke hulpverlening	
Ambulante drughulpverlening	Dagcentrum De Sleutel, Gent CAT-curatiehuis, Gent (categoriale dienst Geestelijke Gezondheidszorg) Sociale Werkplaats De Sleutel, Merelbeke Impuls-E De Kiem, Gent MSOC, Gent Traject, Aalst
Residentiële drughulpverlening	Crisis Interventiecentrum (CIC) De Sleutel, Merelbeke TG De Sleutel, Sint Kruis Winkel TG De Sleutel, Wondelgem RKJ De Sleutel, Eeklo Ontwenningsskliniek De Pelgrim, Oosterzele Drugvrije Therapeutische Gemeenschap De Kiem met afdeling Tipi, Oosterzele
Geestelijke Gezondheidszorg	
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg	Begeleidingscentrum, Eeklo De Spiegel, Oudenaarde Terapiecentrum, Sint Niklaas CGGZ De drie stromen, met locatie in Lokeren (CBP Waasland West), Dendermonde (Sas) en Wetteren
Psychiatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ)	Psychiatrische Kliniek van het Universitair Ziekenhuis van Gent, Basisafdeling
(Psychiatrische Ziekenhuizen) PZ	Neuronpsychiatrische kliniek Sint-Camillus, Sint Denijs Westrem PC Sint Jan Baptist, Zelzate PC Sleidinge PC Sint Hiëronymus, Sint Niklaas PC Sint Lucia, afdeling Kliniek voor Ontwenning, Sint Niklaas PC Sint Jan, Eeklo ²⁹¹

²⁸⁷ VAD, *Doorverwijsgids*, VAD, Brussel, losbl.

²⁸⁸ W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, o.c., 131 p.

²⁸⁹ H. VAN DER WILT, A. RIEPEMA en A. VAN GELDEREN (reds.), o.c., 125-157.

²⁹⁰ H. BODYN, o.c., 7.

²⁹¹ Het PC Sint Jan is in 2000 gestart met een nieuwe unit van 8 bedden + 3 bedden in een afzonderingsunit, voor patiënten met een (rand)psychotische problematiek met een korte voorgeschiedenis en met een matige ernst van gebruik van illegale drugs, zie: POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 2000*, 95.

5.3 HET AANBOD IN WEST-VLAANDEREN EN OOSTENDE

Voor de provincie van West-Vlaanderen is er nog geen inventaris van het drughulpverleningaanbod voorhanden. De inventarisatie van het gespecialiseerde drughulpverleningaanbod in West-Vlaanderen is dan ook gebaseerd op de doorverwijsgids 1999 van de VAD²⁹², de Sociale kaart en de Adresgids Verslavingszorg 2000-2001.²⁹³

De beschrijving van het aanbod van het straathoekwerk is gebaseerd op werkingsverslag van het Vlaams Overleg Straathoekwerk vzw (VOS) van 2000.²⁹⁴ We beperken ons in het overzicht tot die straathoekwerkers die minstens voor een deel druggebruikers als doelgroep hebben.

Tabel 44: Het aanbod in de regio van het MSOC Oostende – de provincie West-Vlaanderen

Straathoekwerk	
	MSOC Oostende (drie straathoekwerkers) OCMW Kortrijk (1 straathoekwerker)
Drugspecifieke hulpverlening	
Ambulante drughulpverlening	Dagcentrum van De Sleutel, Brugge met antennes in Blankenberge en Veurne Poliklinisch Ontwenningscentrum AZ Sint-Jan (POC), Brugge Kompass, met afdelingen in Ieper, Kortrijk en Waregem, Menen, Roeselare MSOC, Oostende
Residentiële drughulpverlening	Kompass, Kortrijk
Geestelijke Gezondheidszorg	
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg	CGGZ Oostende CGGZ Brugge CGGZ Kortrijk CGGZ Ieper CGGZ Roeselare
PAAZ	PAAZ stedelijk ziekenhuis, Roeselare
PZ	PZ Heilig Hart, afdeling De Wende, Ieper PZ Onze Lieve Vrouw; afdeling verslaafdenzorg, Sint-Michiels-Brugge PZ Sint-Jozef, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie, Pittem

Voor een analyse van het aanbod en de spreiding van de hulpverlening naar problematische druggebruikers, verwijzen we naar Deel III, proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 4 de participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk.

²⁹² VAD, *Doorverwijsgids*, VAD, Brussel, losbl.

²⁹³ H. VAN DER WILT, A. RIEPEMA en A. VAN GELDEREN (reds.), *o.c.*, 125-157.

²⁹⁴ H. BODYN, *o.c.*, 6.

6 OVERLEGORGANEN EN INITIATIEVEN TOT REGISTRATIE EN COÖRDINATIE

6.1 OVERLEGORGANEN EN INITIATIEVEN TOT COÖRDINATIE

6.1.1 OVERLEGORGANEN IN OOST-VLAANDEREN EN GENT

6.1.1.1 Samenwerking en coördinatie op sectorniveau

In Oost-Vlaanderen worden op het vlak van overleg en samenwerking heel wat initiatieven genomen, onder impuls van de provinciale drugcoördinator en de provinciale coördinator voor de geestelijke gezondheidszorg. Eind 1996 hebben het Provinciaal Platform Middelenmisbruik en het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg (PopovGGZ) een samenwerkingsovereenkomst gesloten inzake de provinciale coördinatie van de drughulpverlening in de provincie Oost-Vlaanderen. De initiatieven op provinciaal niveau worden ondersteund door de Vakgroep Orthopedagogiek van de Gentse Universiteit.

- Eind 1997 werd gestart met een onderzoeksproject *case management*.²⁹⁵ Dit project liep van december 1997 tot januari 1999.
- Dit leidde tot een éénjarig *proefproject case management* van oktober 1999 tot oktober 2000 met 14 voorzieningen en een dertigtal cliënten.²⁹⁶
- Sinds april 1998 is *het convenant spoed- en crisisopvang* tussen de lokale actoren in de drughulpverlening, psychiatrische afdelingen voor verslavingszorg, de thuislozenzorg en drie spoedopnames voor verslaafden aan illegale drugs in de regio groot-Gent werkzaam.²⁹⁷

²⁹⁵ Aan het onderzoeksproject *case management* namen de volgende diensten deel:

- Bij de *gestructureerde interviews* betrokken diensten: TG De Sleutel Wondelgem; CIC De Sleutel; Dagcentrum De Sleutel Gent; TG De Sleutel Sint-Kruis-Winkel; TG De Kiem; Impulse E De Kiem; MSOC Gent; De Pelgrim; Traject Aalst; Begeleidingscentrum voor Alcoholisten en andere verslaafden Eeklo; CAT-curatiehuis Gent; CGGZ De Spiegel Oudenaarde; project 'jonge beginnende druggebruikers'; Therapiecentrum Sint-Niklaas; SAS Lokeren; Opname-afdeling K13 UZ Gent; PC Sint-Jan Baptist (Vita I) Zelzate; PC Sleidinge (afdeling crisistoxicomanie); PZ Sint-Camillus (Drugunit); PZ Sint Lucia (Ontwenningseenheid); PC Sint-Hiëronymus (Ontwenningseenheid); Oikonde, Crisisopvangcentrum De Schelp; Jongerenopvangcentrum De Wip; 't Eilandje Gent; 't dak Dendermonde; Beschut Wonen Odysseus.
- Bij de *dossierstudie* betrokken diensten: CIC De Sleutel; TG De Sleutel Sint-Kruis-Winkel; TG De Kiem; MSOC Gent; De Pelgrim; Traject Aalst; CAT-curatiehuis Gent; CGGZ De Spiegel jonge beginnende druggebruikers; Therapiecentrum Sint-Niklaas; SAS Lokeren; PC Sint-Jan Baptist (Vita I) Zelzate; PZ Sint-Camillus (Drugunit); PC Sint-Hiëronymus (Ontwenningseenheid); Crisisopvangcentrum De Schelp.

Zie: W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *o.c.*, 23.

²⁹⁶ De deelnemers aan het proefproject *case management* waren: PC Sint-Jan-Baptist (Vita I) Zelzate; CIC De Sleutel; Dagcentrum De Sleutel Gent; Sociale Werkplaats De Sleutel; RKJ De Sleutel; TG Wondelgem; TG Sint-Kruis-Winkel; MSOC Gent; De Pelgrim; De Kiem; NPK Sint-Camillus; PC Sleidinge; CGGZ SAS Lokeren; CGGZ CAT-curatiehuis; Traject Aalst. Zie: B. MOSTIEN, "Kees komt zo!", in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 1999, 5, 7.

²⁹⁷ PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ en STAD GENT, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor Illegale Drugverslaafden, Regio Groot Gent*, 1 april 1998, 23 p.

- Het lokale netwerk *Lokeren* sloot zich op 1 juni 1999 aan bij het Gentse netwerk spoed- en crisisopvang.²⁹⁸
- In het voorjaar van 2000 startte een *werkgroep* met de voorbereiding van een *zorgcircuit middelenmisbruik*. Begin 2001 ontwikkelde deze werkgroep een conceptnota.²⁹⁹ Deze nota werd ook voorgelegd aan de VAD en aan een aantal Belgische en Nederlandse experts uit de drughulpverlening.³⁰⁰

6.1.1.2 Samenwerking en coördinatie op sectoroverschrijdend niveau

- Uit de samenwerking tussen het Provinciaal Platform Middelenmisbruik en het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg ontstond een gezamenlijke overleggroep, “*Ovidius*”, het Oost-Vlaams intersectoraal drugoverleg, informatie-, uitwisseling- en samenwerking.³⁰¹ Deze werkgroep is voornamelijk samengesteld uit de categoriale hulpverlening en de gezondheidszorg. Er zijn ook twee deelnemers van het algemeen welzijnswerk, één deelnemer van het straathoekwerk en telkens één deelnemer van het justitiehuis van Gent en Dendermonde.
- Een provinciale nieuwsbrief informeert alle betrokken sectoren over de verschillende initiatieven rond drugbeleid, preventie en hulpverlening in de provincie.³⁰²
- In de stad Gent werd in december 1998 een *stuurgroep voor de drugcoördinatie* opgericht die intersectoraal is samengesteld.³⁰³
- In 2000 werd een *open vergadering drugbeleid* georganiseerd, waarin alle sectoren³⁰⁴ aanwezig waren die betrokken zijn bij de ontwikkeling van het lokale drugbeleid. Deze open vergadering keurde een ontwerp van drugbeleidsplan goed en bepaalde de

De deelnemers aan de convenant zijn: spoedopname AZ Jan Palfijn Gent; spoedopname AZ Sint-Lucas; spoedopname en psychiatrische afdeling UZ Gent; PC Sleidinge; CIC De Sleutel; Gents Welzijnscentrum – Crisisopvangcentrum De Schelp; MSOC Gent; Neuro-Psychiatrische Kliniek Sint-Camillus; PC Sint-Jan-Baptist (Vita I) Zelzate; De Pelgrim; TG De Kiem; Dagcentrum De Sleutel Gent en het CAT-curatiehuis.

²⁹⁸ PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ, STAD LOKEREN en DRUGOVERLEG LOKEREN, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor Illegale Drugverslaafden, Regio Lokeren*, 1 juni 1999, 11 p.

Deelnemers aan de Convenant zijn: Stadskliniek OCMW Lokeren; CGGZ Sas Lokeren; Dienst Sociale Zaken OCMW Lokeren; De Klink Lokeren, zie: B. MOSTIEN, “Net werkje”, in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 1999, 5, 8.

²⁹⁹ W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik*, in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en Popov-GGZ, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, Gent, 2001, 35 p.

³⁰⁰ B. MOSTIEN, “Hé, een zorgcircuit”, in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2001, 9, 9.

³⁰¹ Ovidius is samengesteld uit deelnemers van de categoriale hulpverlening, de geestelijke gezondheidszorg, het algemeen welzijnswerk, het straathoekwerk en het justitiehuis van Gent en Dendermonde, zie: B. MOSTIEN, “Coördinatie en verslavingszorg”, in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 1999, 4, 3.

³⁰² *Proventief +, nieuwsbrief voor preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, verschijnt drie keer per jaar, provincie Oost-Vlaanderen.

³⁰³ De stuurgroep drugcoördinatie is samengesteld uit vertegenwoordigers van de ambulante en residentiële drughulpverlening, het straathoekwerk, de coördinator Provinciaal Overlegplatform voor de Geestelijke Gezondheidszorg, de rijksmacht, het algemeen welzijnswerk, de provinciale drugcoördinator, het OCMW, justitie, de drugpreventie, de stedelijke diensten in het veiligheidscontract, het stadsbestuur, de politie en de stedelijke drugcoördinator.

³⁰⁴ De volgende sectoren waren vertegenwoordigd op de open vergadering drugbeleid: de drugpreventie, de drughulpverlening, de politie, de justitie, de rijksmacht, het O.C.M.W., het straathoekwerk, de niet-categoriale hulpverlening, het stadsbestuur, het buurtwerk, het jeugdwerk, het migrantenwerk, het onderwijs, het opbouwwerk, de gezondheidszorg (huisartsen, apothekers) en de provinciale coördinatoren.

prioriteiten voor de tweede helft van 2000 en voor 2001 voor de stad Gent. Het stimuleren van communicatie en samenwerking tussen politie, justitie, preventie en drughulpverlening; het stimuleren van communicatie en samenwerking tussen de drugspecifieke en algemene hulpverlening; het inventariseren van noden en behoeften door programmahelderheid en netwerkontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek; en het verder uitwerken van een duidelijke en werkbare coördinatiestructuur, kwamen als prioriteit naar voor.³⁰⁵

- Tussen september en december 2000 zijn vijf *werkgroepen* van start gegaan die werken aan de realisatie van de prioriteiten voor de stad Gent.³⁰⁶

6.1.2 OVERLEGORGANEN IN WEST-VLAANDEREN EN OOSTENDE

6.1.2.1 Samenwerking en coördinatie op sectorniveau

In West-Vlaanderen is de samenwerking op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg anders gestructureerd dan in de rest van Vlaanderen.

Tot in 1999 werd de coördinatie voor de geestelijke gezondheidszorg opgenomen door vier regio's in de provincie: de regio Noord, de regio Midden, de regio West en de regio Zuid. Oostende maakt deel uit van de regio Noord.³⁰⁷

Sinds eind 1999 is er een provinciale coördinator voor de geestelijke gezondheidszorg gestart die instaat voor provinciale initiatieven van de feitelijke verenging.³⁰⁸

In december 2000 werd de vzw Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen opgericht.³⁰⁹

In West-Vlaanderen is de drugpreventiecoördinator lid van de Werkgroep Drughulpverlening. Deze coördinator neemt niet dezelfde voortrekkersrol op in de ontwikkeling van netwerken en samenwerkingsverbanden als de drugcoördinator van de provincie Oost-Vlaanderen (cfr. Supra).

- Op provinciaal niveau is er een overkoepelende *Werkgroep Drughulpverlening*.³¹⁰ Binnen deze werkgroep werd eind 1999 gestart met het *Project Uniforme Intakeprocedure* voor gebruikers van illegale drugs.³¹¹ Dit is een initiatief van de vzw

³⁰⁵ STAD GENT, Drugcoördinator, *Open Vergadering Drugbeleid, een verslag*, 13.

³⁰⁶ Dit zijn de werkgroepen: Communicatie met de bevolking, Communicatie tussen politie, justitie, preventie en de drughulpverlening, Programmahelderheid en Netwerkontwikkeling voor de Drughulpverlening, Samenwerking tussen de drugspecifieke en de algemene hulpverlening, Wetenschappelijk onderzoek, Coördinatiestructuur.

F. VANDER LAENEN, "Een drugbeleid in Gent, een stand van zaken van de werkgroepen", in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2001, 9, 15.

³⁰⁷ GGZ W.-VL., *Jaarverslag 1999*, Overlegplatform voor de Geestelijke Gezondheidszorg in de provincie West-Vlaanderen, Menen, 2000, 13.

³⁰⁸ *Ibid.*, 1.

³⁰⁹ GGZ W.-VL., *Jaarverslag 2000*, Overlegplatform voor de Geestelijke Gezondheidszorg in de provincie West-Vlaanderen, Menen, 2001, 1b.

³¹⁰ De leden van de werkgroep drughulpverlening zijn: Dagcentrum De Sleutel Brugge; de provinciale drugpreventiecoördinator; Sint-Augustinuskliniek A-dienst Veurne; MSOC Oostende, CGGZ Noord West-Vlaanderen Brugge; JIAC Menen; Kompas Kortrijk; Drugplatform Midden West-Vlaanderen Roeselare.

³¹¹ GGZ W.-VL., *Jaarverslag 1999*, 28; L. DOOM, *Verslag van de evaluatievergadering van het Project Centrale Intakevergadering West-Vlaanderen*, 13/02/2001, niet gepubliceerd document, 1. Het project wordt gefinancierd met middelen van Binnenlandse Zaken.

Kompas, het MSOC van Oostende en het Dagcentrum van De Sleutel in Brugge. Negen organisaties uit West-Vlaanderen nemen eraan deel.³¹²

- Binnen het project Uniforme Intakeprocedure, wordt een project voor de *uniforme registratie van methadon* voorbereid.³¹³
- In het subcomité van de regio Noord, waar het MSOC van Oostende deel van uitmaakt,³¹⁴ wordt binnen het *overleg van de Geestelijke Gezondheidszorg* gewerkt aan de verdere uitbouw van de samenwerking tussen de ziekenhuizen, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en de psychiatrische klinieken.
- In het subcomité van de regio West³¹⁵ wordt geen afzonderlijk overleg ontwikkeld binnen de drughulpverlening
- In de regio Zuid is een *Werkgroep Drughulpverlening – dubbeldiagnose* werkzaam. Deze werkgroep verrichte onderzoek naar het functioneren van diensten en voorzieningen die actief zijn op het vlak van de dubbeldiagnose.³¹⁶
- In de regio Midden West-Vlaanderen hebben verschillende drugspecifieke en gezondheidsdiensten³¹⁷ een *drugteam* opgericht waarin twee keer per maand individuele cliëntendossiers worden besproken en strategieën voor samenwerking worden ontwikkeld. Dit drugteam heeft ook een databank aangelegd waarin alle aanmeldingen op cliëntniveau zijn opgenomen, met toestemming van de cliënt. Deze databank is toegankelijk voor de leden van het drugteam.
- In Oostende werd in 1995 een *Netwerk Crisisopvang* opgericht. Dit aanbod is niet gericht naar cliënten met een acute drugproblematiek.³¹⁸

³¹² Het gaat hierbij om: Residentiële diensten Kompas Kortrijk; Ambulante drugzorg Kompas Kortrijk; CGGZ / Overlegplatform CGGZ West-Vlaanderen Roeselare; Bijhuis JIAC Menen; MSOC Oostende; Dagcentrum De Sleutel Brugge; PZ Heilig Hart Ieper; POC AZ St.-Jan Brugge; CGGZ Free Brugge; AZ Damiaan Oostende.

³¹³ GGZ W.-VL., *Jaarverslag 1999*, 34.

³¹⁴ De regio Noord groepeerde 21 instellingen in Beernem, Blankenberge, Brugge, Knokke en Oostende.

³¹⁵ GGZ W.-VL., *Jaarverslag 1999*, 67-73.

³¹⁶ *Ibid.*, 81.

De samenstelling van de werkgroep drughulpverlening regio Zuid: JIAC Menen; hoofdgeneesheren en psychiaters en belanghebbende medewerkers uit de GGZ voorzieningen van subcomité regio Zuid; zie: GGZ W.-VL., *Jaarverslag 2000*, 86.

³¹⁷ Het drugteam is samengesteld uit: Kompas, Kompas Roeselare, CGGZ Roeselare, Izegem, Tielt, een vertegenwoordiger van de huisartsenkring, PAAZ Sint Jozef, Sint Andries kliniek, Stedelijk Ziekenhuis Roeselare, Heilig Hart Ziekenhuis Roeselare en PZ Pittem.

³¹⁸ G. BOSMAN en F. BULLENS, *Interviews met sleutelfiguren*, Oostende, 1999-2000; STAD OOSTENDE, *Crisisnetwerk, Vademecum*, Oostende, 1998, p. 2.

De deelnemers aan het Crisisnetwerk Oostende zijn: CGGZ, Sociaal Psychiatrische Dienst, Sociale Dienst OCMW, Sociaal Centrum, Centrum voor Levens- en Gezinsvragen, Centrum voor Geboorteregeling en Seksuele opvoeding en het Jongeren Advies Centrum. Daarnaast kan het netwerk rekenen op de ondersteuning van de Sociale Dienst voor Vreemdelingen, Stiep, Jakoeboe, Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, Geïntegreerd Samenwerkingsverband G.G.Z., Oase vzw., Krisisinterventiegroep Brugge, Regionale Welzijnscommissie Oostende en Rijkswacht, zie: STAD OOSTENDE, *Crisisnetwerk, Vademecum*, 9.

6.1.2.2 Samenwerking en coördinatie op sectoroverschrijdend niveau

In West-Vlaanderen en de stad Oostende moet het overkoepelend intersectoraal, beleidsmatig overleg nog worden uitgebouwd.

- Op stedelijk niveau hebben drie werkgroepen, de *Medische*³¹⁹, *Psychosociale*³²⁰ en de *Juridische* werkgroep³²¹, waarin de vertegenwoordigers van de belangrijkste actoren van de regio Oostende zetelden, tijdens de startfase van het MSOC belangrijk werk geleverd in het staven van de laterale samenwerking en in het verstrekken van advies voor de deeltaken binnen het MSOC.³²²
- In de stad Oostende worden sinds begin 2001, door een intersectoraal samengestelde *Stuurgroep Drugsbeleid*, de eerste stappen gezet in de ontwikkeling van een geïntegreerd drugbeleid.³²³

6.2 INITIATIEVEN TOT REGISTRATIE

- De VAD kreeg in de drugnota van minister De Meester de opdracht om een uniforme registratie te realiseren binnen de drughulpverlening.³²⁴ Dit houdt in dat alle registratiesystemen in de drughulpverlening op elkaar worden afgestemd en vergelijkbare gegevens voortbrengen. De eerste resultaten zijn beschikbaar in 1999.³²⁵ In de Vlaamse Gemeenschap wordt het *DARTS-registratiesysteem* (Drug Addiction Registration System) verwezenlijkt in verschillende drugspecifieke diensten.
- Op dit moment worden op het niveau van één dienst of voorziening unieke personen geregistreerd per registratieperiode.³²⁶ Er ontbreekt evenwel een uniform registratiesysteem bij de diverse initiatieven op het terrein en een uniek cliëntnummer waardoor dubbeltellingen *tussen* diensten en voorzieningen kunnen vermeden worden. Daardoor ontbreken systematische en vergelijkbare registratiegegevens voor de drughulpverlening in Vlaanderen.³²⁷

³¹⁹ De Medische werkgroep is samengesteld uit: zes artsen, stadsbestuur, Dienst Preventie Oostende, H. Serruysziekenhuis, VSP en het MSOC.

³²⁰ De Psychosociale werkgroep is samengesteld uit: De Sleutel Gent, CIC Kompas, Sociale Psychiatrische Dienst Oostende, Vrouwenopvang De Dreve, MSOC, Dienst Preventie Oostende, OCMW, stadsbestuur, De Sleutel Brugge, CGGZ "Free", CGGZ Oostende.

³²¹ De juridische werkgroep is samengesteld uit: de rijkswacht, justitie, politie, Dienst preventie Oostende, stadsbestuur en het MSOC.

³²² STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, MSOC 1999, *Een overzicht van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Jaarverslag 1999, 4.

³²³ STAD OOSTENDE, *Startvergadering Stuurgroep Drugsbeleid*, Oostende, 18 april 2001.

De Stuurgroep Drugsbeleid is samengesteld uit: de rijkswacht, de politie, een onderzoeksrechter, een kinderarts, twee CGGZ's, een centrum voor leerlingenbegeleiding, het MSOC, de preventieambtenaar, het OCMW, het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk en de bevoegde Schepen.

³²⁴ E. VANDENBUSSCHE en J.P. WYDOODT, *Vlaamse Registratie Middelengebruik, Registratiegegevens 1998*, VAD, Brussel, 1999, 2.

³²⁵ L. VAN BAELEN en J.P. WYDOODT, 'Uniforme registratie binnen de Vlaamse drughulpverlening', in Nieuwsbrief Verslaving, 1998, 6, 5.

³²⁶ E. VANDENBUSSCHE en J.P. WYDOODT, *o.c.*, 2-3.

³²⁷ VAD, *VAD-beleidsplan 1996-2000*, VAD, Brussel, 1996, 19.

6.2.1 INITIATIEVEN TOT REGISTRATIE IN OOST-VLAANDEREN EN GENT

- Binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening liep van begin 1999 tot begin 2001 een project om *systematisch* alle nieuwe aanmeldingen inzake gebruik en afhankelijkheid van illegale drugs te *registreren* door verschillende gespecialiseerde voorzieningen uit de regio Gent-Aalst-Lokeren.³²⁸ Dit project werd gestart onder impuls van de provinciale drugcoördinator en de provinciale coördinator voor de geestelijke gezondheidszorg. Het project wordt wetenschappelijk ondersteund door de Vakgroep Orthopedagogiek van de Gentse Universiteit. Een analyse van de gegevens zal in de loop van 2001 worden gepubliceerd.³²⁹
- In de Stad Gent moet het MSOC binnen de *interne evaluatie van het veiligheids- en samenlevingscontract* een registratie bijhouden van de impact van zijn activiteiten.
- Het MSOC houdt ook een registratie bij van de *methadonbedeling van de cliënten die methadon in hun dienst innemen*.³³⁰

6.2.2 INITIATIEVEN TOT REGISTRATIE IN WEST-VLAANDEREN EN OOSTENDE

- In West-Vlaanderen werkt de *Provinciale Werkgroep Drughulpverlening* aan een uniforme intake en registratie.³³¹
- De straathoekwerkers van het MSOC van Oostende registreren volgens het *Vlastrov-systeem*.
- Het MSOC houdt ook een registratie bij van de *methadonbedeling*. De medicatie wordt geregistreerd op aparte formulieren.

³²⁸ Bij deze registratie zijn volgende voorzieningen betrokken : CGGZ CAT-Curatiehuis, Gent; TG De Kiem, Gent-Moortsele; Ontwenningssklinik De Pelgrim, Scheldewindeke; Dagcentrum De Sleutel, Gent; CIC De Sleutel, Merelbeke (TG's De Sleutel in Wondelgem en St-Kruis-Winkel en het RKJ van De Sleutel waren niet betrokken bij deze registratie, omdat de instroom in deze afdelingen voornamelijk via het Dagcentrum en het Crisisinterventiecentrum verloopt.); MSOC, Gent; NPK Kliniek St-Camillus (Verslavings-unit), Sint-Denijs-Westrem; PC Sleidinge (Afdeling Crisistoxicomanie), Sleidinge; Traject, Aalst; PC St-Jan-Baptist (Eenheid Opname-observatie en Eenheid Verslavingszorg Vita I), Zelzate; CGGZ Waasland-West (Sas Lokeren), Lokeren.

³²⁹ W. VANDERPLASSCHEN, l.c., 3; W. VANDERPLASSCHEN, K. LIEVENS en E. BROEKAERT, *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2001*, Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, Gent, wordt gepubliceerd in mei/ juni 2001.

³³⁰ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 6.

³³¹ DIENST PREVENTIE, Stad Oostende, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 7.

DEEL III PROCES – EN EFFECTEVALUATIE

1 INLEIDING

In dit derde deel van het onderzoek evalueren we werking van de MSOC's van Gent en Oostende. We voeren daarbij zowel een proces- als een effectevaluatie uit.

In het tweede, algemene, hoofdstuk gaan we kort de ontstaansgeschiedenis van de MSOC's na. We bestuderen het financieringssysteem van de MSOC's en de gevolgen van dit systeem voor 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 derde hoofdstuk is aan de evaluatie van de laagdrempelige werking 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 tijd en in de revalidatieactiviteiten.

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 aanwenden om in contact te komen met de doelgroep, en gaan we na wat het profiel is van de doelgroep die het MSOC bereikt. We maken, voor zover de gegevens daartoe beschikbaar zijn, de vergelijking met de doelgroep die door de andere drughulpverlening in de onderzoeksregio wordt bereikt. We gaan tenslotte na welke doelgroepen moeilijk door de categoriale hulpverlening worden bereikt.

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

Bij de evaluatie van de revalidatieactiviteiten maken we een onderscheid tussen de medische en de psychosociale revalidatie. We staan stil bij het doorverwijzingbeleid van de MSOC's.

In het vierde hoofdstuk wordt de plaats die de MSOC's binnen het regionale netwerk van de hulpverlening voor problematische druggebruikers hebben ingenomen, onderzocht. We bestuderen ook de (initiatieven om te komen tot de ontwikkeling van) netwerken in onderzoeksregio.

Het is van belang een aanmerking in het achterhoofd te houden bij het lezen van de evaluatie van de werking van het MSOC binnen de netwerken. We stellen vast dat heel wat onderzoeksresultaten over deze werking niet alleen gelden 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.³³² Het spreekt voor zich dat binnen dit onderzoek de nadruk ligt op de werking van het MSOC in zijn netwerk. Hierdoor kan bij de lezer de indruk ontstaan dat het netwerk vanuit een "MSOCocentrisme" geschreven is.

Achtergrondinformatie bij de epidemiologische gegevens uit dit deel zijn terug te vinden in *Deel 2, Epidemiologie*, van het onderzoek. Wanneer we gebruik maken van de gegevens uit deel 2, verwijzen we in voetnoot naar de betrokken onderdelen.

³³² P. VAN DEUN, "Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen", in: C. MENSINK en I.P. SPRUIT (red.), *Verslaving 1998, over gebruik en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, 1999, 159.

2 ALGEMEEN

2.1 HISTORIEK

2.1.1 Het MSOC van Gent

Op 1 september 1995 ging het laagdrempelig Stedelijk Crisisopvangcentrum (SCOC) van start, dat was opgericht binnen van het luik drugs van het veiligheidscontract van de Stad Gent.

Dit centrum werd, mede ten voordele van de politiediensten³³³, opgericht als een 24 uur op 24 uur bereikbaar crisiscentrum “voor de opvang, doorverwijzing en dienstverlening van acuut hulpbehoevende druggebruikers en hun omgeving”.³³⁴ Het team was samengesteld uit een coördinator, twee maatschappelijk werkers, een psycholoog, een verpleegkundige en een administratieve bediende.³³⁵ Van bij de start van het Stedelijk Crisisopvangcentrum wordt expliciet gekozen voor een harm reduction aanpak.³³⁶

Het Stedelijk Crisisopvangcentrum beschikte niet over een uitgebouwd medisch luik. Dit werd ondervangen door de bijkomende financiering door het RIZIV bij de start van het MSOC op 1 januari 1997.³³⁷

Op 16 maart 1995 verleende het College van Burgemeester en Schepenen zijn principiële goedkeuring voor de oprichting van het MSOC in Gent.³³⁸ Het MSOC van Gent werd gezien als een uitbreiding van het Stedelijk Crisisopvangcentrum voor druggebruikers.³³⁹ Het MSOC kon daarbij voortbouwen op de contacten met de doelgroep en het netwerk van het Stedelijk Crisisopvangcentrum.³⁴⁰

³³³ STAD GENT, *Verslag, Stedelijke Crisisopvangcentrum*, 1 september 1995 tot 30 april 1996, Gent, 1996, 4.

³³⁴ *Ibid.*, 28.

³³⁵ *Ibid.*, 4.

³³⁶ *Ibid.*, 5.

³³⁷ STAD GENT, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers, Conventie met het RIZIV, Bezoldiging van het personeel*, Goedkeuring, Gemeenteraad, 16 december 1996; STAD GENT, *Verslag, Stedelijke Crisisopvangcentrum*, 28; RIZIV-conventie, art. 36 §1.

³³⁸ STAD GENT, Burgemeester, *Project Medisch Sociaal Opvangcentrum, Federaal Actieplan Toxicomanie drugs*, goedgekeurd door het College van Burgemeester en Schepenen, Gent, 16 maart 1995; VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Drugsplan 1995, fase 1, Medisch Sociale Opvangcentra*, 37.

³³⁹ KABINET VAN DE MINISTER VAN BINNENLANDSE ZAKEN EN KABINET VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN, *Nota aan de Ministerraad betreffende de oprichting van de Medisch-Sociale Opvangcentra in Antwerpen, Bergen, Brussel, Charleroi, Luik, Genk, Gent, Namen en Oostende*, niet gepubliceerd document, Brussel, 1995, 2.

³⁴⁰ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1998, 16.

2.1.2 Het MSOC van Oostende

Het College van Burgemeester en Schepenen van Oostende nam op 3 april 1995 de principiële beslissing voor de oprichting van het MSOC van Oostende.³⁴¹ Op 28 april 1995 keurde de Gemeenteraad van Oostende de oprichting van het MSOC goed.³⁴²

Het MSOC van Oostende is een nieuwe organisatie. Er was geen bestaand gespecialiseerd centrum voor drughulpverlening waaraan het MSOC kon gekoppeld worden.³⁴³

Toen het centrum begin 1998 van start ging, was er gedurende ongeveer anderhalf jaar voorbereidend werk geleverd door een algemene coördinator, een coördinator straathoekwerk en drie straathoekwerkers die waren aangeworven binnen het veiligheids- en samenlevingscontract. De algemene coördinator had de taak het MSOC te starten. De coördinator straathoekwerk had de taak de straathoekwerkers op te volgen en te begeleiden. De straathoekwerkers stonden in voor de verkenning van het drugsmilieu en voor het opzoeken van de doelgroep om hen te kunnen begeleiden naar het MSOC en / of naar andere voorzieningen binnen het netwerk.³⁴⁴

In de opstartfase van het MSOC werd een medische, een sociale en een juridische werkgroep opgericht om de samenwerking van het MSOC met het netwerk te starten. Daarnaast werd binnen de werkgroepen advies gegeven in verband met de werking van het MSOC.³⁴⁵

Het MSOC van Oostende startte op 9 februari 1998.³⁴⁶ De startconferentie vond plaats op 21 maart 1998. Tijdens de eerste zes maanden van de werking van het centrum, werd het team uitgebreid volgens de vereisten van de RIZIV-conventie.³⁴⁷

2.1.3 AANMERKINGEN

Gent en Oostende werden in 1995 gevraagd een concreet project tot oprichting of tot aanpassing van bestaande centra op hun territorium in te dienen. De Regering drong aan op een aanpassing van de bestaande centra die niet door het RIZIV geconventionaliseerd waren.³⁴⁸ Het MSOC van Oostende was een totaal nieuwe inrichting. Het MSOC van Gent werd gezien als een uitbreiding van het Stedelijk Crisisopvangcentrum voor druggebruikers.³⁴⁹

³⁴¹ VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Drugsplan 1995, fase 1, Medisch Sociale Opvangcentra*, 45.

³⁴² STAD OOSTENDE, *Veiligheidscontract; Drughulpverlening, Oprichting Medisch Sociaal Onthaalcentrum, Voorstel: goedkeuring*, Gemeenteraad, 28 april 1995.

³⁴³ VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Drugsplan 1995, fase 1, Medisch Sociale Opvangcentra*, 45.

³⁴⁴ VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Korte stand van zaken van de MSOC's, Vlaanderen*, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Brussel, 1997, niet gepubliceerd document, 5.

³⁴⁵ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 4; VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Korte stand van zaken van de MSOC's, Vlaanderen*, 5.

³⁴⁶ RIZIV-conventie, art. 36, §1.

³⁴⁷ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 1.

³⁴⁸ KABINET VAN DE MINISTER VAN BINNENLANDSE ZAKEN EN KABINET VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN, o.c., 3.

³⁴⁹ *Ibid.*, 2.

De MSOC's van Gent en Oostende werden als *stadsdienst* opgericht.

De komst van het MSOC van Gent onder die hoedanigheid heeft bij een aantal bestaande drughulpverleningdiensten *weerstand* opgeroepen, vooral omdat deze diensten hadden verwacht dat de financiële middelen, die voorzien werden voor de oprichting van het MSOC, gebruikt zouden worden om de bestaande werking van deze diensten te versterken.³⁵⁰

Door deze beslissing kwam het Gentse stadsbestuur onder vuur te liggen: de stad Gent is zowel coördinator, evaluator, financier als betrokken partij.³⁵¹ De kritiek van een aantal categoriale diensten dat het stadsbestuur rechter en partij is in het lokale drugbeleid bleef, zij het in mindere mate, bestaan.³⁵²

2.2 DE FINANCIERING VAN DE MSOC'S

2.2.1 De wijze van financiering

De overheid koos ervoor om de MSOC's op een dubbele wijze te financieren.

Eenzijds gaf het *Ministerie van Sociale Zaken* de opdracht aan het RIZIV een conventie met de MSOC's uit te werken waarbij het MSOC wordt vergoed door de ziekteverzekering aan de hand van de geleverde prestaties.

Op die manier werden de MSOC's een "zelfbedruipende", met een polikliniek vergelijkbare dienst.³⁵³ 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 binnen 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.

2.2.2 De RIZIV-financiering

Het RIZIV financiert de gezondheidszorg die de MSOC's verschaft 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.³⁵⁴

Deze prestatiegerichte financiering verplicht de MSOC's om een bepaalde capaciteit te bereiken om hun werking vergoed te kunnen zien.

³⁵⁰ J. MAERTENS, "Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie, een probleem zo groot als het werkveld?", in *Hospitalia*, 1997, 4, 174; G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

³⁵¹ Zie onder meer: STAD GENT, Drugcoördinator, *Open Vergadering Drugbeleid, een verslag*, 6.

³⁵² G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, 1999-2000; STAD GENT, Drugcoördinator, o.c., 5-6.

³⁵³ STAD GENT, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers – Conventie met het RIZIV – Bezoldiging van het personeel – Goedkeuring*, gemeenteraadszitting, Gent, 16 december 1996.

³⁵⁴ RIZIV-conventie, art. 1.

2.2.2.1 De revalidatieactiviteiten van het MSOC

De RIZIV-conventie somt een aantal verplicht in te richten activiteiten en een aantal optionele revalidatieactiviteiten op.³⁵⁵ Activiteiten die hier niet onder vallen, worden niet door het RIZIV vergoed. De RIZIV-conventie verduidelijkt aan de hand van een aantal expliciete, niet-exhaustieve voorbeelden welke activiteiten niet als revalidatieactiviteiten worden beschouwd.³⁵⁶ Wanneer er twijfel is rond de vergoedbaarheid van bepaalde activiteiten dient het MSOC het College van Geneesheren-directeurs schriftelijk om toestemming te vragen.³⁵⁷

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.³⁵⁸

2.2.2.2 De normale en maximale facturatiecapaciteit

De in de conventie voorziene vergoedbare revalidatieprestatie is de “revalidatieweek”. Hiervoor wordt een forfaitaire vergoeding voorzien.³⁵⁹ De prijs van de revalidatieweek werd berekend uitgaande van een “normale facturatiecapaciteit”, uitgedrukt in revalidatieweken. De “normale facturatiecapaciteit” van het MSOC Gent is 5.850 weken of 112,5 prestaties per week; voor het MSOC van Oostende is dit 5.070 weken of 97,5 prestaties per week. Dit is het totaal van de in een zelfde kalenderjaar gerealiseerde revalidatieweken die voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen in aanmerking komen.³⁶⁰

De *maximale* facturatiecapaciteit is het maximum aantal in een zelfde kalenderjaar gerealiseerde revalidatieweken die voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen of door andere instanties in aanmerking komen. Voor het MSOC Gent is dit 6.500 weken of 125 prestaties per week. Voor het MSOC van Oostende is dit 5.633 weken of 108 prestaties per week.³⁶¹

Het MSOC moet, indien voor een kalenderjaar de normale facturatiecapaciteit wordt overschreden, een verminderde prijs aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen, voor die revalidatieweken die de normale facturatiecapaciteit overschrijden.³⁶² Het MSOC kan nooit revalidatieweken aanrekenen boven de maximale facturatiecapaciteit, noch aan de verzekeringsinstellingen, noch aan andere instanties.³⁶³

³⁵⁵ RIZIV-conventie, art. 8, §2 en 3.

³⁵⁶ 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 en groepsactiviteiten die uitsluitend een ontspannend karakter hebben.

³⁵⁷ RIZIV-conventie, art. 10, al. 3. Het MSOC kan deze activiteiten eventueel toch ontwikkelen, op voorwaarde dat dit niet gebeurt met de middelen binnen de RIZIV-conventie en op voorwaarde dat de essentiële opdrachten van het MSOC op geen enkele manier in gevaar worden gebracht, zie: RIZIV-conventie, art. 10, al. 4.

³⁵⁸ RIZIV-conventie, art. 28.

³⁵⁹ De prijs per revalidatieweek is 2.803 BEF; RIZIV-conventie, art. 13, §1.

³⁶⁰ RIZIV-conventie, art. 24, §1, al. 1.

³⁶¹ RIZIV-conventie, art. 24, §1, al. 2.

³⁶² 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%.

³⁶³ RIZIV-conventie, art. 24, §2.

2.2.2.3 De vergoedbare revalidatieprestaties

De vergoedbare prestatie waarmee het MSOC werkt, is de *revalidatieweek*. Elke rechthebbende die gedurende een kalenderweek (van zondag tot zaterdag) door de inrichting begeleid wordt in een revalidatieprogramma, kan worden vergoed. Per rechthebbende en per kalenderweek is de revalidatieweek maar éénmaal vergoedbaar.³⁶⁴

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 krijgen, waarvan minimaal twee van die voorwaarden per revalidatieweek voldaan zijn.³⁶⁵

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 bepaalde voorwaarden voldaan zijn.³⁶⁶

2.2.2.4 De prijs van de revalidatieprestaties

De prijs van de revalidatieweek is een vast bedrag dat de volledige werkingskosten van het MSOC omvat.³⁶⁷ De kostprijs van de dranken en maaltijden die eventueel in het MSOC worden gebruikt, kan aan de cliënt worden aangerekend. Ook de kostprijs van andere faciliteiten die de inrichting eventueel aanbiedt, maar die niet kunnen beschouwd worden als revalidatieactiviteiten (mogelijkheid om te douchen, gebruik van een wasmachine, enz.) kan aan de rechthebbende worden aangerekend.³⁶⁸

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.³⁶⁹

³⁶⁴ RIZIV-conventie, art. 12, §1.

³⁶⁵ RIZIV-conventie, art. 12, §2.

³⁶⁶ RIZIV-conventie, art. 12, §3.

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

³⁶⁷ RIZIV-conventie, art. 13, §1.

³⁶⁸ RIZIV-conventie, art. 14, §2.

De rechthebbende: is in de bedoelde kalenderweek minstens drie keer in het MSOC geweest voor het toedienen van de hem voorgeschreven dosis; heeft in de bedoelde kalenderweek in het MSOC een individuele revalidatiezitting genoten; heeft gedurende de bedoelde kalenderweek deelgenomen aan twee revalidatieactiviteiten in groepsverband, die ieder minstens twee uur geduurd hebben en die hebben plaatsgevonden op verschillende dagen.

³⁶⁹ RIZIV-conventie, art. 14, §2.

2.2.2.5 De voorwaarde van de sociale verzekerdheid

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.³⁷⁰

2.2.2.6 De 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 het MSOC in aanmerking wil te komen voor vergoeding door het RIZIV.

2.2.3 De Gevolgen van de financiering

2.2.3.1 De eis van sociale verzekering

Enkel de cliënten die in orde zijn met de sociale verzekering komen in aanmerking voor een vergoeding.³⁷¹ Nu blijkt zowel in het MSOC van Gent als in het MSOC van Oostende dat een aanzienlijk deel van de cliënten niet aan die voorwaarde voldoet.

Voor het MSOC van Oostende bedraagt dit aantal 15% van de revalidatieweken. Een derde van de cliënten van het MSOC van Gent is niet in orde met de sociale zekerheid.³⁷²

Om de normale facturatiecapaciteit te halen moeten er dus meer cliënten behandeld worden dan het voorziene aantal.

2.2.3.2 Het capaciteitsprobleem

Het is de RIZIV-conventie die binnen het financieringssysteem een normale en maximale facturatiecapaciteit becijfert. De nood aan personeel wordt berekend aan de hand van de maatstaf 1 full time equivalent voor een case-load van 15 begeleidingen per week.

Het RIZIV verwacht echter tegelijkertijd van de MSOC's dat ze zo goed mogelijk tegemoetkomen aan de globale revalidatiebehoeften van de beoogde populatie. Om die reden mag het aantal cliënten dat door de inrichting begeleid wordt, in generlei mate worden beperkt.³⁷³

³⁷⁰ RIZIV-conventie, art. 17, §1.

³⁷¹ P. VAN DEUN, "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", in B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE en I. PELC (reds.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^{ste} eeuw*, Drugbeleid 2000, Antwerpen, Maklu - Antwerpen, 509.

³⁷² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 13.

Dit structureel probleem stelt zich voornamelijk bij de intake. In de loop van de begeleidingen werkt het MSOC eraan om de sociale verzekerbaarheid van de cliënten in orde te brengen.

³⁷³ RIZIV-conventie, art. 15.

2.2.3.2.1 Het MSOC van Gent

Het MSOC van Gent heeft 7,5 full time equivalent in dienst. De normale capaciteit bedraagt 112,5 begeleidingen per week. De maximale facturatiecapaciteit bedraagt 125 prestaties per week.

Tabel 45: Het aantal vergoedbare consulten in het MSOC van Gent³⁷⁴

	1997	1998	1999	2000
weekprestaties	80	126	160	159

Op 31 december 1998 waren er in het MSOC reeds 615 intakes gebeurd, het aantal nieuwe intakes per maand vertoonde nog steeds geen dalende tendens. Het aantal bleef integendeel gemiddeld boven de 20 per maand.³⁷⁵

Al in 1998 overschreed het MSOC van Gent de maximale facturatiecapaciteit. Ook in 1999 lag het weekgemiddelde per maand steeds hoger dan de maximale facturatiecapaciteit. Het maximale weekgemiddelde was in de maand september het hoogst: 180. Dit betekent dat er per week gemiddeld 24 gesprekken per therapeut werden gehouden. In 2000 blijft het weekgemiddelde ongeveer gelijk aan het weekgemiddelde in 1999. In 2000 zijn de maanden februari en maart (respectievelijk 184 en 187 vergoedbare consulten per week) de uitschieters.³⁷⁶

2.2.3.2.2 Het MSOC van Oostende

Het MSOC van Oostende heeft 6,5 full time equivalent in dienst. De normale capaciteit bedraagt 97,5 prestaties per week; de maximale facturatiecapaciteit 108 prestaties per week.

Tabel 46: Het gemiddeld aantal cliënten in het MSOC van Oostende³⁷⁷

	02/12-1998	1999
Cliënten (*)	231	416

(*) Onder cliënten verstaat het MSOC van Oostende personen die het MSOC geregeld bezoeken of bezocht hebben en waarvoor een door het RIZIV goedgekeurd dossier bestaat of waarvoor een dossier in aanvraag is. 199 dossiers (86%) waren toen reeds goedgekeurd en 32 (14%) waren nog in aanvraag. Daarnaast zijn er nog 49 cliënten die onregelmatig of eenmalig in het centrum zijn langsgesproken, maar voor wie geen dossier kon worden opgemaakt. Deze laatste groep werd niet in de cijfers opgenomen. Dat maakt een totaal van 280 personen die het centrum hebben bezocht of met een hulpvraag in het centrum zijn langsgesproken.

Het gaat hier dus niet om weekprestaties.

In 1999 meldden 416 personen zich met een hulpvraag bij het MSOC. Voor 374 personen (90%) werd een aanvraag doorgestuurd naar het RIZIV. 10% van de aanmeldingen werden niet als cliënt opgenomen. Hun gegevens werden niet in de tabellen opgenomen. Eind 1999 lag het totaal aantal aanmeldingen op 506. In vergelijking met 1998, betekent dit een toename

³⁷⁴ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 40.

³⁷⁵ *Ibid.*, 6.

³⁷⁶ MSOC GENT, o.c., 6.

³⁷⁷ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 9.

van 226 cliënten. Wanneer we enkel de personen waarvoor een RIZIV-dossier werd opgesteld bekijken, dan is er voor 1999 sprake van een toename van 184 cliënten.³⁷⁸

In 1999 werden in totaal 7514 gesprekken gevoerd. Onder ideale omstandigheden (geen verlof of ziekte) betekent dit een gemiddelde van 22,23 gesprekken per therapeut per week. Indien er rekening wordt gehouden met ziekte en verlof dan komt het MSOC aan meer dan gemiddeld 26 gesprekken per personeelslid per week.³⁷⁹

Het MSOC van Oostende krijgt tenslotte heel wat vragen van ouders, huisartsen, apothekers of instellingen. Hierop probeert het MSOC in de mate van het mogelijke een antwoord te formuleren.

2.2.4 AANMERKINGEN

Samenvattend kunnen we stellen dat de MSOC's van Gent en Oostende al snel hun voorziene normale capaciteit bereikt hadden. Na verloop van tijd was er zelfs sprake van een *ondercapaciteit*. Een dergelijke overbelasting bij een nieuwe dienst die de interne werking nog moet tot ontwikkeling brengen heeft onvermijdelijk een negatief effect op die uitbouw.

De afwezigheid van personeelsleden, wegens ziekte of zwangerschap, zorgt ervoor dat het aantal begeleidingen per personeelslid in de praktijk veel hoger ligt dan het voorziene aantal (15). Ook dit blijft niet zonder gevolg voor de werkdruk in de MSOC's.

Een deel van de cliënten die het MSOC bezoeken geven blijk van een onregelmatige therapietrouw. Vaak zijn er (éénmalige) crisissen en / of worden cliënten opgenomen in residentiële diensten of opgesloten in de gevangenis.³⁸⁰ Hierdoor kunnen deze cliënten niet beschouwd worden als begeleidingen zoals de RIZIV-conventie ze vooropstelt.

Bepaalde *actoren in het werkveld* beweren dat het prestatiegericht financieringssysteem perverse gevolgen heeft. Zo zouden de MSOC's belang hebben bij de innesteling van cliënten; het MSOC van Gent zou bij de start een actief wervingsbeleid hebben gevoerd om het vereiste aantal cliënten te bereiken. Dit financieringssysteem per prestatie zou ook leiden tot een gebrekkige doorverwijzing door de MSOC's.³⁸¹

De MSOC's rekenen aan de cliënten enkel het remgeld aan. Dit is een forfaitair bedrag van 54 BEF per week. Dit heeft als gevolg dat veel cliënten ook bij het MSOC *schulden* hebben.

Het MSOC van Gent onderneemt geen stappen om de schulden te innen omdat de administratieve kosten en de tijd die moet geïnvesteerd worden in een dergelijke procedure, niet opwegen tegen het te innen bedrag.

Het MSOC van Oostende doet wel inspanningen om, in samenwerking met het OCMW, de schulden te innen.

³⁷⁸ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 12.

³⁷⁹ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 13.

³⁸⁰ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 8.

³⁸¹ E. SCHOKKAERT en C. VAN DE VOORDE, "Interregionale financieringsstromen, defederalisering en solidariteit in de Belgische ziekteverzekering", in *Acta Hospitalia*, 1998, 4, 69-70.

De huidige personeelsomkadering en het feit dat sommige revalidatieactiviteiten vergoed worden - en andere niet – zorgt er voor dat de MSOC's omwille van het organisatorisch belang verplicht zijn in de eerste plaats die activiteiten te organiseren die vergoedbaar zijn. De vraag of deze activiteiten het meest bijdragen tot het bereik van de doelstelling wordt naar het tweede plan verwezen. Dit maakt het financieel riskant voor de MSOC's om te experimenteren met nieuwe werkvormen en nieuwe methodieken. De stringente formele regels³⁸² die de RIZIV-conventie oplegt aan de MSOC's op het vlak van de revalidatieactiviteiten zijn dan ook moeilijk te verzoenen met de eigenheid van het MSOC-cliënteel, met de basis van het begrip laagdrempeligheid en vooral met de nood aan het 'zorg op maat'-principe³⁸³ dat voor elke hulpbehoevende gebruiker geldt.

Aangezien bepaalde revalidatieverrichtingen niet vergoedbaar zijn, is er *nood aan bijkomende financiering*.

Indien de veiligheids- en samenlevingscontracten niet tussenkomen in de niet vergoedbare activiteiten, moeten de MSOC's op eigen kracht bijkomende financiering zoeken. Een voorbeeld hiervan is het vaccinatieprogramma tegen hepatitis dat in het MSOC van Gent werd ingevoerd.

Wordt een dergelijke bijkomende financiering niet gevonden, dan betekent dit dat de geplande activiteit niet plaats vindt, of dat de organisatie en uitvoering van de activiteit ten laste komt van het personeel, boven op de werkdruk. Een voorbeeld daarvan is de oudergroep die het MSOC van Oostende organiseert.

In ieder geval betekent het actief zoeken naar bijkomende financiering een bijkomende opdracht voor de beleidsverantwoordelijken van de MSOC's.

³⁸² De RIZIV-conventie omschrijft een aantal doelstellingen waaraan de medische revalidatie moet voldoen: een vermindering of eliminatie van het druggebruik, indien aangewezen door het gebruik van vervangingsmedicatie, hetzij op korte termijn (binnen een afbouwschema), hetzij op lange termijn (toediening van vervangingsmedicatie op onderhoudsbasis); het diagnosticeren en behandelen van de gezondheidsproblemen van de druggebruiker, die, ten gevolge van zijn gebrek aan contact met de reguliere medische zorgverstrekkers, onbehandeld zijn gebleven; en de individuele preventie van nieuwe gezondheidsproblemen door het bestrijden van allerlei risicogedrag en slechte leefgewoonten, onder meer op het vlak van hygiëne en voeding, zie: RIZIV-conventie, art.7, §2.

De RIZIV-conventie koppelt de behandeling met substitutiemedicatie aan een aantal vereisten, een grondige anamnese en controle van een urinestaal voor men start met de behandeling en het in staat zijn om zelf voor de toediening van de substitutiemedicatie in te staan, zie: RIZIV-conventie, art.7.

Op sociaal vlak beogen de MSOC's het opnieuw opnemen van de druggebruikers in de maatschappij door middel van terugbetaling van de schulden, loonbeheer, huisvesting, sociale verzekerbaarheid en hulp bij het zoeken van een baan, zie: KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie-Drugs*, 2.

Op psychiatrisch en psychologisch vlak heeft de revalidatie als doel de psychologische problemen die aan de basis liggen van het druggebruik of die het druggebruik instandhouden, te diagnosticeren en te behandelen, zodat het gevoel van psychologisch welbevinden toeneemt, de sociale integratie verbetert en de afhankelijkheid van drugs vermindert of wegvalt, zie: RIZIV-conventie art.7, §3 -§4.

³⁸³ J.E. VAN AKEN en P.M. BAGCHUS, "Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg", in *Acta Hospitalia*, 1997, 1, 59.

2.3 HET INTERN BELEID VAN DE MSOC'S

2.3.1 Het personeelsbeleid

2.3.1.1 Het MSOC van Gent

Het MSOC van Gent wierf personeelsleden uit verschillende disciplines aan. Het MSOC beschikt over een multidisciplinair team van maatschappelijk assistenten, psychologen, verpleegkundigen, artsen en een psychiater.³⁸⁴

Het MSOC heeft ervoor gekozen de taakverdeling binnen het team beperkt te houden. Om die reden dient elk staflid in staat te zijn zowel sociale als psychische begeleiding te geven en voldoende kennis en ervaring te verwerven om, onder toezicht van de artsen, ook beperkt op medisch terrein actief te zijn. Elke cliënt krijgt een eigen begeleider toegewezen die in staat is de verschillende terreinen te bestrijken. Bij afwezigheid van stafleden geeft dit eveneens meer flexibiliteit in de overname van elkaars cliënten. De cliënten die er voor kiezen zich louter medisch te laten volgen, genieten vaak onbewust van de psychosociale ondersteuning van de verpleegkundige.³⁸⁵

Alle teamleden en in het bijzonder de coördinator van het team nemen ook teamondersteunende taken op zich die de werkdruk verhogen en de ruimte voor contact met cliënten beperken. De *coördinator* verzorgt het dagelijks logistiek beleid; bevordert de interne en externe communicatie en samenwerking.

De *directeur* is eindverantwoordelijk voor het reilen en zeilen van het centrum. Hij is de facto full time in beslag genomen door de rapportage naar de bevoegde overheden en beleidscontacten op elk niveau, het opstellen van de begroting en de financiële prognoses, de boekhouding, de facturatie en de financiële balans en de supervisie van de dagelijkse werkzaamheden van het team.

2.3.1.2 Het MSOC van Oostende

Het team van het MSOC van Oostende bestaat uit drie straathoekwerkers, een drughulpverlener, twee verpleegsters, een maatschappelijk werkster, een psychologe en drie geneesheren, waaronder een psychiater en een administratief beheerder. De werking is interdisciplinair waardoor iedereen naast de eigen specifieke taak ook ruimte heeft voor gezamenlijke opdrachten.³⁸⁶

De *coördinator* van het *straathoekwerk* zorgt ervoor dat het straathoekwerk en de instuif op een efficiënte manier kunnen worden georganiseerd. De coördinator verzorgt de externe contacten met diensten waarmee de straathoekwerkers samenwerken, behandelt de vragen gesteld door justitie en zorgt voor concrete samenwerkingsafspraken in overleg met de therapeutische directeur en het psychosociale team. De coördinator verzorgt de super- en

³⁸⁴ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 10.

³⁸⁵ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1999, 30.

³⁸⁶ E. MEES, "MSOC Oostende" in *VAD-berichten*, 1999, 3, 6-7.

intervisie van de straathoekwerkers, denkt mee over mogelijke taakverdelingen tussen het straathoekwerk en het psychosociale team en staat in voor een vlotte informatie-uitwisseling tussen de teamleden en het straathoekwerk.³⁸⁷

De directeur van het MSOC van Oostende kan, in tegenstelling tot deze van het MSOC van Gent, veel minder tijd vrijmaken voor de uitbouw van het MSOC en vooral voor de externe contacten en de netwerkontwikkeling van het MSOC, omdat de directeur één van de twee behandelende artsen is in het MSOC en veel tijd en energie investeert in de contacten met cliënten. Dit gaat logischerwijze ten koste van het interne en externe management van het MSOC.

2.3.1.3 Aanmerkingen

Beide MSOC's richten zich naar de RIZIV-conventie³⁸⁸ en beschouwen de multidisciplinariteit als een peiler die in grote mate de laagdrempeligheid bepaalt.

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 van Gent en Oostende zorgt dat er voor deze structurele activiteiten onvoldoende tijd kan vrijgemaakt worden. Deze activiteiten zijn evenwel van cruciaal belang.

Ook de ernst van de problematiek van de doelgroep van het MSOC en de invloed die dit onvermijdelijk heeft op het personeel, mag niet onderschat worden.³⁸⁹

Het spreekt voor zich dat er multidisciplinair gewerkt wordt in een drughulpverleningdienst voor problematische druggebruikers. Alle drughulpverlenende diensten hebben al jaren een multidisciplinair team. Gelet op de complexiteit en de vele dimensies van het drugprobleem kan ervan uitgegaan worden dat elke problematische druggebruiker een multidisciplinaire behandeling nodig heeft.³⁹⁰

De multidisciplinariteit op zich is niet bepalend voor de laagdrempeligheid van een MSOC. De grootste troef van het MSOC is het feit dat de verschillende disciplines de basistaken kunnen vervullen.

De multidisciplinariteit houdt wel een spanningsveld in op het vlak van de lonen en de appreciatie van de verschillende disciplines.

³⁸⁷ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 7.

³⁸⁸ 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. (RIZIV-conventie, art. 2 §1.) 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. (RIZIV-conventie, art. 3.)

³⁸⁹ M.A. BELDING, A.T. McLELLAN, D.A. ZANIS and R. INCMIKOSKI, "Characterizing 'Nonresponsive' Methadone Patients", in *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15, 1998, 6, 491.

³⁹⁰ Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek -Conclusies en aanbevelingen, 5 juni 1997, *Gedr.St. Kamer* 1996-97, 992; 1021.

2.3.2 De interne procedures

2.3.2.1 Het MSOC van Gent

Het *team* van het MSOC van Gent bespreekt wekelijks de nieuwe intakes, de verwijzingen van de vorige week en de werkplanning voor de komende week onder leiding van de coördinator.

De coördinator is, zoals de directeur, 24 uur op 24 telefonisch bereikbaar om het team te ondersteunen of in crisissituaties mee naar oplossingen te zoeken.

Wekelijks is er *een algemeen en multidisciplinair beleidsoverleg*, informatie-uitwisseling en casuïstiekbespreking met het hele team onder leiding van de directeur. Alle afspraken die tijdens dit overleg gemaakt worden, gelden als te volgen procedures en worden in een procedureboek vastgelegd. Het *verwijsbeleid* wordt gecentraliseerd bij de coördinator of de directeur.³⁹¹

Twee keer per jaar is er overleg met de preventieambtenaar, de interne evaluator en de drugcoördinator van de stad binnen de interne evaluatie van het veiligheids- en samenlevingscontract van de stad Gent.

2.3.2.2 Het MSOC van Oostende

De inhoudelijke werking van het MSOC wordt wekelijks op de *teamvergadering* en de *cliëntenbespreking* opgevolgd.³⁹² Dit verloopt op dezelfde manier als in Gent.

In het MSOC van Oostende worden cliënten toegewezen aan een begeleider die een grondig overzicht van de mogelijke probleemgebieden maakt. Aan de hand daarvan wordt een behandelingsplan opgesteld dat door de hulpverleners als leidraad gebruikt wordt.³⁹³

Tweewekelijks vindt een overleg plaats tussen de directeur en de psycholoog van het psychosociale luik van het MSOC, waarop ook de luikverantwoordelijke van het veiligheids- en samenlevingscontract aanwezig is. Op deze vergaderingen wordt de interne en externe werking van het centrum opgevolgd.

Maandelijks vindt een *MSOC-overleg* plaats, met de verantwoordelijke schepen, het hoofd van de dienst Preventie, de luikverantwoordelijke en de directeur van het MSOC. Het overleg behandelt de interne en externe werking van het MSOC. Daarnaast wordt ook de toekomst van het MSOC richting gegeven.

2.3.2.3 Aanmerkingen

Zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende ontwikkelden procedures die de multidisciplinariteit gestalte moeten geven. Met name de teamvergadering, het beleidsoverleg en het gemeenschappelijk dossier. Beide MSOC's werken met een *gedeeld beroepsgeheim* tussen alle leden van het team. Het is een basisvoorwaarde voor de multidisciplinariteit van

³⁹¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 17-18.

³⁹² *Ibid.*, 7.

³⁹³ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 2-3.

MSOC's. De cliënten worden van bij de start op de hoogte gebracht van dit gedeeld beroepsgeheim.

Het is zinvol de notie van laagdrempeligheid meer te laten meespelen door de cliënt meer *inspraak* te geven in de interne procedures van de MSOC's. Uit de focusgroepen in Gent en Oostende blijkt dat cliënten dit erg belangrijk vinden. Zij vragen meer inspraak in de keuze van de persoon van de hulpverlener,³⁹⁴ aangezien elk teamlid toch dezelfde basistaken kan opnemen. Zij vragen ook dat cliënten die niet onder justitiële voorwaarden staan, meer inspraak zouden krijgen in het hulpverleningsplan. Tenslotte vragen cliënten meer inspraak bij de doorverwijzingen.

Op het doorverwijzingbeleid van de MSOC's wordt uitgebreid ingegaan in Deel III, Hoofdstuk drie van dit onderzoek.³⁹⁵

2.3.3 De registratie

2.3.3.1 Het MSOC van Gent en Oostende

De MSOC's nemen deel aan de bestaande initiatieven inzake (uniforme) registratie van cliënten. Gezien de bestaande registratie-initiatieven niet volledig aansluiten bij de werking van de MSOC's, registreren de MSOC's doorgaans meer dan wat vereist wordt door de registratieprojecten.

Het door de VVBV en VAD uitgewerkte registratiesysteem DARTS, het Drug Addiction Registration System, wordt de MSOC's van Gent en Oostende gebruikt.

Het *MSOC van Oostende* geeft nauwgezet de gegevens over de substitutiebehandeling door aan de farmaceutische inspectie.

De registratie van de doses methadon van de cliënten van het *MSOC van Gent*, worden door de *apothekers* aan de farmaceutische inspectie doorgegeven. Dit geldt ook voor de cliënten die hun methadon krijgen in het MSOC van Gent zelf, en niet in de apotheken, aangezien het MSOC van Gent de methadon bij de apothekers aankoopt. Het MSOC van Gent krijgt feedback van de farmaceutische inspectie over de methadonregistratie. De doses van de groep cliënten die de methadon in het MSOC krijgt, wordt afzonderlijk bijgehouden in het dossier.

Het *MSOC van Oostende* neemt deel aan de initiatieven die door de Provinciale Werkgroep Drughulpverlening worden ontwikkeld in functie van een uniforme registratie.³⁹⁶

De straathoekwerkers van het MSOC van Oostende registreren volgens het Vlastrov-systeem.

Het *MSOC van Gent* nam deel aan het project binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening om systematisch alle nieuwe aanmeldingen inzake gebruik en afhankelijkheid van illegale drugs te registreren.³⁹⁷

³⁹⁴ G. BOSMAN en F. BULLENS, Focusgroepen, Gent, Oostende, 2001; T. VAN REGENMORTEL, *Maatzorg, een methodiek voor het begeleiden van kansarmen*, Acco, Leuven, 1996, 57-58.

³⁹⁵ Zie Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 3 De laagdrempelige werking van de MSOC's, 3.5.2.1.4. Toeleiding naar de hulpverlening.

³⁹⁶ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 7.

Het MSOC Gent moet binnen de interne evaluatie van het veiligheids- en samenlevingscontract door de stad Gent een registratie bijhouden.

Het MSOC van Gent registreert ook binnen het project “Gezondheidsbevordering bij Injecterende druggebruikers”.³⁹⁸

2.3.3.2 Aanmerkingen

De concurrentiesfeer in de Gentse regio en het feit dat de komst van het *MSOC van Gent* met argusogen werd gevolgd, leidde ertoe dat het MSOC veel tijd investeerde in externe contacten en ook in de registratie. Dit heeft het positieve gevolg dat we voor het MSOC van Gent over heel wat registratiegegevens kunnen beschikken.

Voor het *MSOC van Oostende* beschikken we over relatief weinig registratiegegevens. Het MSOC beschikt immers pas sinds november 1999 over een computersysteem dat de systematische registratie van gegevens mogelijk maakt. De doorverwijzing vanuit het MSOC wordt niet geregistreerd. De medicatie wordt geregistreerd op aparte formulieren. Het aantal consultaties is terug te vinden in een apart bestand (opgesteld in functie van de facturatie). Er is geen gemeenschappelijke registratie met andere instellingen.

Een goede, uniforme registratie is essentieel om een beleid te kunnen ontwikkelen, maar ook om het gevoerde beleid te kunnen evalueren. Nu is registratie voor de hulpverleners in het werkveld een bijkomende taak die als tijdsintensief wordt ervaren.³⁹⁹ Wanneer de MSOC's een uitgebreide registratie willen bijhouden, dan betekent dit een enorme tijdsinvestering die ten koste van de contacten met de cliënten gaat. Op dit moment hebben de MSOC's onvoldoende personeel om deze taak volledig op zich te nemen. Het gevolg is een belasting van de veldwerkers en een partiële registratie.

Er is dan ook nood aan een systematische financiering voor de registratie, zodat het personeel hier voldoende tijd voor kan vrijmaken.⁴⁰⁰

2.4 CONCLUSIES

De MSOC's van Gent en Oostende zijn beide *stadsdiensten*. De komst van het MSOC onder die hoedanigheid zorgde dan ook voor weerstand bij een aantal diensten van de categoriale hulpverlening, vooral omdat deze diensten hadden verwacht dat de financiële middelen, die voorzien werden voor de oprichting van het MSOC, gebruikt zouden worden om de bestaande werking van deze diensten te versterken.

Om de levenskwaliteit van de cliënten op medisch, psychologisch en sociaal te verbeteren, werken de MSOC's van Gent en Oostende met een team dat multidisciplinair is samengesteld uit artsen, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers.

³⁹⁷ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 3.

³⁹⁸ STAD GENT, *Grootstedenbeleid, projectdossier 2000*, ten behoeve van de heer Charles Picqué, Regeringscommissaris voor het Grootstedenbeleid, Gent, 2000, 46-67.

³⁹⁹ BIRN, *Belgisch Nationaal Rapport over Drugs 2000*, 28.

⁴⁰⁰ V. RAES, *Drughulpverlening in Vlaanderen, Feiten en Problemen*, onderzoek in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn, VAD, Brussel, 1995, 137.

Het spreekt voor zich dat een hulpverleningsdienst voor problematische druggebruikers multidisciplinair werkt. De drughulpverlening werkt al jaren op die manier. De eigenheid en de meerwaarde van de manier waarop zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende hun personeelsbeleid hebben georganiseerd, is het feit dat elk personeelslid, naast zijn eigen specifieke taken, ook in staat is dezelfde *basistaken* op te nemen, waardoor de *flexibiliteit* in de (crisis)opvang van cliënten vergroot.

In het intern beleid van de MSOC's stellen wij toch *een aantal drempels* vast.

In de interne procedures van de MSOC's blijkt dat er meer ruimte zou kunnen voorzien worden voor de mening van de cliënt. Uit de focusgroepen in Gent en Oostende blijkt dat cliënten dit erg belangrijk vinden. Cliënten vragen *meer inspraak* in de keuze van de persoon van de hulpverlener. Zij vragen ook dat cliënten die niet onder justitiële voorwaarden staan, meer inspraak zouden krijgen in het hulpverleningsplan. Tenslotte willen cliënten ook meer betrokken worden bij beslissingen over de doorverwijzingen.

Een belangrijk knelpunt voor de ontwikkeling van de MSOC's is de *financiering*, gebaseerd op een prestatiesysteem dat gericht is op vergoedbare cliënten en prestaties. Dit type financiering, dat zijn oorsprong vindt in de financiering van de somatische gezondheidszorg, zorgt voor moeilijkheden wanneer dit systeem onverkort wordt toegepast op de MSOC's. Een belangrijk deel van de cliënten van de MSOC's (15 % van de cliënten in het MSOC van Oostende en 30 % van de cliënten in het MSOC van Gent) is niet in orde met de ziekte- en invaliditeitsverzekering, of heeft maar zeer kort, in een crisissituatie, contact met het MSOC. Deze *cliënten* zijn dan ook *niet vergoedbaar*. Daardoor zijn de MSOC's verplicht veel meer cliënten op te nemen dan het voorziene en vergoedbare aantal.

De huidige personeelsomkadering en het feit dat sommige *revalidatieactiviteiten* vergoed worden, en andere niet, zorgt er bovendien voor dat de MSOC's omwille van het organisatorisch belang verplicht zijn in de eerste plaats die activiteiten te organiseren die vergoedbaar zijn. Dit maakt het financieel riskant voor de MSOC's om te experimenteren met nieuwe werkvormen en nieuwe methodieken.

De MSOC's hadden al snel hun voorziene normale capaciteit bereikt. Na verloop van tijd was er zelfs sprake van een ondercapaciteit. Daarnaast is het zo dat de personeelsbezetting hoofdzakelijk berekend is op basis van het aantal te verrichten begeleidingen. Er is slechts een beperkt luik voorzien voor zogenaamde organisatieondersteunende activiteiten, zoals de registratie, opleiding, inter- en supervisie, evaluatie, overleg en samenwerking. Daardoor moeten alle teamleden, naast de contacten met cliënten, ook een deel van deze taken op zich nemen.

Deze elementen verhogen de *werkdruk* en zorgen voor een overbelasting van het personeel van het MSOC, wat onvermijdelijk een negatieve invloed heeft op de *tijd en de energie* die zij kunnen investeren in de *contacten met cliënten*. Uit de focusgroepen blijkt inderdaad dat cliënten de werkdruk in de MSOC's effectief voelen en dat zij aanduiden dat de hulpverleners te weinig tijd voor de gesprekken kunnen vrijmaken.

De concurrentiesfeer in de Gentse regio en het feit dat de komst van het MSOC van Gent met argusogen werd gevolgd, leidde ertoe dat het MSOC veel tijd investeerde in externe contacten en ook in de *registratie*. Dit heeft het positieve gevolg dat we voor het MSOC van Gent over heel wat registratiegegevens kunnen beschikken. Voor het MSOC van Oostende zijn er verschillende factoren die ertoe bijdragen dat we over minder registratiegegevens beschikken.

3 DE LAAGDREMPELIGE WERKING VAN DE MSOC'S

3.1 INLEIDING

Het Actieplan geeft de noodzaak aan van laagdrempelige voorzieningen om het bestaande hulpverleningsaanbod uit te breiden en te diversifiëren.⁴⁰¹ De parlementaire werkgroep drugs kwam in 1997 tot dezelfde conclusie.⁴⁰²

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, het straathoekwerk en de antennes.⁴⁰³ 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.⁴⁰⁴ De MSOC's kregen dus de vrijheid om de laagdrempeligheid in de praktijk te brengen, rekening houdend met de omgevingsfactoren waarbinnen ze functioneren.

3.2 DE LAAGDREMPELIGHEID IN DE RUIMTE

3.2.1 Inleiding

Het Actieplan en de RIZIV-conventie zagen de stedelijke regio's van respectievelijk Gent en Oostende als de doelregio's van de MSOC's.⁴⁰⁵ 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 problematische druggebruikers die het gehele landsgebied bestrijken.⁴⁰⁶ Aangezien de ontwikkeling van deze netwerken in België nog in de kinderschoenen staat,⁴⁰⁷ stelt het RIZIV dan ook geen onmogelijke eis aan de MSOC's en kiest voor een *organische groei* van de netwerken waarbij de ontwikkeling van de netwerken een gedeelde verantwoordelijkheid is van alle categoriale diensten.

De grenzen van deze netwerken zijn bepaald door de organisch gegroeide regio's die de netwerken bestrijken. Het MSOC krijgt de ruimte om rekening te houden met het bestaande aanbod, de bestaande netwerken en het belang van de cliënt.⁴⁰⁸ Het RIZIV verwacht dus niet

⁴⁰¹ Zie: Deel I Het onderzoek, Hoofdstuk 5 Opdrachtingschrijving van de MSOC's, 5.2.1 Oprichting van de sociaal-sanitaire opvangcentra voor druggebruikers.

⁴⁰² Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek -Conclusies en aanbevelingen, 5 juni 1997, *Gedr.St. Kamer* 1996-97, 30-33.

⁴⁰³ RIZIV-conventie, art.2, §2-3.

⁴⁰⁴ RIZIV-conventie, art. 15, tweede lid.

⁴⁰⁵ Zie: Deel I Het onderzoek, Hoofdstuk 5 Opdrachtingschrijving van de MSOC's, 5.2.1 Oprichting van de sociaal-sanitaire opvangcentra voor druggebruikers; 5.4.3 Doel op het niveau van het netwerk.

⁴⁰⁶ RIZIV-conventie, art. 2 §4.

⁴⁰⁷ B. DE RUYVER, J. CASSELMAN, K. MEUWISSEN, F. BULLENS en K. VAN IMPE, o.c., 9.

⁴⁰⁸ RIZIV-conventie, art. 2 §4 & §5.

dat de MSOC's het gehele landsgebied zouden bestrijken, maar wel dat het netwerk van hulpverlening aan problematische druggebruikers hierin zou slagen.

3.2.2 Procesevaluatie van de laagdrempeligheid in de ruimte

3.2.2.1 De geografische spreiding van het problematisch druggebruik en van het aanbod aan problematische druggebruikers

In Oost- en West-Vlaanderen blijkt het problematisch druggebruik overduidelijk aanwezig te zijn in de stedelijke regio's van Gent en Oostende.

In Oost- en West-Vlaanderen situeert het problematisch druggebruik zich echter niet alleen in de stedelijke regio's van Gent en Oostende. Andere regio's in de provincie kampen eveneens met een problematisch druggebruik.

In *Oost-Vlaanderen* gaat het om Aalst, Sint Niklaas, Lokeren en Ronse.⁴⁰⁹

In *West-Vlaanderen* kent de regio van Menen-Wervik een zeer omvangrijk problematisch druggebruik. Ook de badsteden, de Westhoek, Brugge, Ieper en Kortrijk kennen een aanzienlijk problematisch druggebruik.⁴¹⁰

Tegenover deze vaststelling staat dat in Oost-Vlaanderen het aanbod van de drugspecifieke hulpverlening groot is, maar dat dit aanbod vooral geconcentreerd is rond de regio groot Gent. In West-Vlaanderen is het aanbod voor problematische druggebruikers beperkt. Ook hier geldt dat de geografische spreiding van het aanbod geconcentreerd is, zij het niet in de regio Oostende, maar in de regio rond Kortrijk en, in mindere mate, in Brugge.

3.2.2.2 Het geografisch attractiegebied van het MSOC van Gent

In de praktijk probeerde het MSOC van Gent haar geografisch attractiegebied uit te breiden over de gehele provincie. Dit gebeurde op verschillende manieren.

Het MSOC van Gent maakte zijn *werking bekend* bij diensten in de provincie die met problematische druggebruikers in aanraking (kunnen) komen.

Het MSOC van Gent heeft geprobeerd mede een oplossing te bieden voor de beperkte geografische spreiding van het aanbod aan hulpverlening voor problematische druggebruikers in bepaalde regio's in de provincie Oost-Vlaanderen door samenwerking met de diensten uit deze regio's. In het geval van de samenwerkingsverbanden met Lokeren en St.-Niklaas kan er gesproken worden van "*de facto-antennes*".

Uit de analyse van de cijfers van 1998⁴¹¹ blijkt dat 93% van de cliënten afkomstig is uit de provincie Oost-Vlaanderen en dat het grootste deel van de cliënten van het MSOC uit de regio Gent afkomstig is. 4 % van de cliënten van het MSOC van Gent komt uit West-Vlaanderen,

⁴⁰⁹ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 4 Het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio, 4.1.2. Omvang van het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio.

⁴¹⁰ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 4 Het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio, 4.2.2. Omvang van het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio.

⁴¹¹ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 4 Het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio, 4.1.1. Het Geografisch Attractiegebied van het MSOC van Gent.

wat gezien het beperkte aanbod voor problematische druggebruikers in deze provincie niet hoeft te verwonderen.⁴¹²

Wat het betrekkelijk groot aantal cliënten uit het arrondissement Sint Niklaas betreft (waartoe ook Lokeren behoort), kunnen we wijzen op de nauwe samenwerkingsverbanden van het MSOC van Gent met de regionale hulpverleningsdiensten en de aanwezigheid van problematisch druggebruik in deze regio.⁴¹³

Het is verwonderlijk dat er maar één cliënt uit het arrondissement Oudenaarde afkomstig is, hoewel blijkt dat het problematisch druggebruik in deze regio toch aanzienlijk is. Een mogelijke verklaring voor deze vaststelling is het feit dat in de regio Oudenaarde – Ronse geen aanbod voor problematische druggebruikers bestaat, waardoor er geen voorziening is die de werking van het MSOC bij de problematische druggebruikers kan bekend maken en deze gebruikers naar het MSOC kan toeleiden.

3.2.2.3 Het geografisch attractiegebied van het MSOC van Oostende

Ook de uitbreiding van het MSOC Oostende gebeurde op verschillende manieren. Ten eerste werd er aan *sensibilisering* gedaan en werden afspraken in functie van samenwerking gemaakt.

Ten tweede werd een straathoekwerker *gedetacheerd* naar Middelkerke om daar contact te krijgen met de doelgroep en hen de weg naar het MSOC van Oostende te wijzen.⁴¹⁴

In 1998 heeft het MSOC van Oostende onderhandelingen gevoerd met de vzw Kompas om in Kortrijk een methadonprogramma te starten, maar omwille van het feit dat Kompas iets hogdrempeliger werkt dan het MSOC van Oostende en omwille van praktische problemen (de tijdsinvestering voor het personeel van het MSOC en het feit dat het MSOC geen eigen lokaal ter beschikking kon hebben), kwam het niet tot een samenwerkingsovereenkomst. De vzw Kompas heeft ondertussen zelf een methadonprogramma gestart.

Uit de analyse van de cijfers van 1998⁴¹⁵ blijkt dat 98% van de cliënten van het MSOC van Oostende afkomstig is uit West-Vlaanderen en bijna drie vierden van de cliënten afkomstig is uit de regio Oostende.

Binnen deze regio scoren de steden *Bredene en Middelkerke* relatief hoog. Een verklaring hiervoor is dat deze badsteden geografisch dicht bij het MSOC gelegen zijn, maar ook dat het MSOC van Oostende een straathoekwerker naar deze gemeenten heeft gedetacheerd om de werking van het MSOC bekend te maken.

Verder is iets meer dan 5 % van de cliënten van het MSOC afkomstig uit het bestuurlijk arrondissement Brugge en 3,5 % uit het bestuurlijk arrondissement Veurne. Een verklaring voor de aanwezigheid van cliënten uit de regio Brugge, kan de samenwerking van het MSOC van Oostende met het hulpverleningsaanbod in de regio Brugge zijn.

Cliënten uit andere regio's in de provincie West-Vlaanderen zijn weinig vertegenwoordigd. Een verklaring hiervoor kan het aanbod zijn dat de afdelingen van het Dagcentrum van De Sleutel en Kompas bieden en de geografische en psychologische afstand tot het MSOC.⁴¹⁶

⁴¹² Cliënten uit West-Vlaanderen zouden eveneens in het MSOC van Gent terechtkomen omwille van de aantrekking van de Oost-Vlaamse drughulpverlening.

⁴¹³ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 28.

⁴¹⁴ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 18.

⁴¹⁵ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 4 Het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio, 4.2.1. Het Geografisch Attractiegebied van het MSOC van Oostende.

⁴¹⁶ Zie tabel 44, Het aanbod in de regio van het MSOC Oostende – de provincie West-Vlaanderen.

3.2.3 EFFECTEVALUATIE

3.2.3.1 Effecten op de cliënten

Uit de focusgroepen blijkt dat de cliënten van het MSOC algemeen genomen tevreden zijn over de geografische bereikbaarheid van het MSOC.⁴¹⁷

Voor sommige cliënten blijkt de geografische afstand van de MSOC's toch problemen te scheppen. Uit de interviews met sleutelfiguren, de Client Satisfaction Questionnaire en vooral de focus groups is gebleken dat de afstand tot het MSOC of tot andere diensten een dubbel knelpunt kan vormen. Problematische druggebruikers die nog niet of onvoldoende gemotiveerd zijn om een behandeling te vormen, zien de afstand als onoverbrugbaar. In vele gevallen blijkt het om een *psychologisch probleem* te gaan. Anderzijds is het voor problematische druggebruikers een financieel probleem om de verplaatsingen te maken. Vaak gaat het om een combinatie van een psychologische en een geografische afstand.⁴¹⁸

3.2.3.2 Effecten op het netwerk

Het MSOC van Gent maakte geen echte afspraken met diensten in de provincie die met problematische druggebruikers in aanraking (kunnen) komen over de doelregio. Bepaalde categoriale diensten uit Oost-Vlaanderen interpreteerden het beleid van het MSOC Gent aangaande territoriale werking hierdoor als een "expansiepolitiek".⁴¹⁹ De weerstand die er bij aanvang tegenover het MSOC van Gent bestond, speelde hierbij een belangrijke rol.

Vanuit de vaststelling dat het problematisch druggebruik in het Waasland aanzienlijk is, maar het aanbod aan hulpverlening voor problematische druggebruikers in deze regio beperkt, sloot het MSOC van Gent in 1999 een samenwerkingsovereenkomst af met het OCMW van Lokeren, het CGGZ Sas Lokeren, het stadsbestuur van Sint Niklaas en meerdere welzijnsorganisaties in Sint Niklaas in functie van de laagdrempelige begeleiding van druggebruikers in deze regio.

Het MSOC van Gent verzorgt bepaalde taken voor deze diensten, namelijk het dossierbeheer, de registratie, de continuïteit van de verzorging, het regelen van afspraken, crisisopvang en het detacheren van een arts gedurende 3 uur in de week in Lokeren en in Sint Niklaas. Sinds 2000 is de aanwezigheid van de arts, op vraag van de diensten in Lokeren en Sint Niklaas, uitgebreid tot telkens vier uur per week.⁴²⁰ Het samenwerkingsverband van het MSOC van Gent met Lokeren en Sint Niklaas kunnen "de facto antennes" genoemd worden. Dezelfde vaststellingen, namelijk de aanwezigheid van problematisch druggebruik in de streek rond Ronse en het gebrek aan een aanbod voor problematische druggebruikers in deze

⁴¹⁷ G. BOSMAN en F. BULLENS, Focusgroepen, Gent, Oostende, 2001.

⁴¹⁸ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁴¹⁹ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, 1999-2000.

⁴²⁰ CENTRUM VOOR BEGELEIDING EN PSYCHOTHERAPIE WAASLAND-WEST, Samenwerkingsverband voor drughulpverlening en – preventie, Werkingsjaar 01/10/89 – 30/09/99, Evaluatierapport, Lokeren, 1999, 4.

regio, leiden ertoe dat het MSOC van Gent ook onderhandelingen voert voor een analoog initiatief voor de regio Oudenaarde - Geraardsbergen – Ronse.⁴²¹

Het *MSOC van Oostende* detacheerde een straathoekwerker naar Middelkerke om daar contact te krijgen met de doelgroep en hen de weg naar het MSOC van Oostende te wijzen. In de praktijk bleek echter dat Middelkerke de straathoekwerker eerder als hulpverlener ten voordele van de eigen problematische druggebruikers zag. De bekendmaking van het MSOC bij de doelgroep van Middelkerke kan als geslaagd beschouwd worden. De stap naar een investering in de drugproblematiek of een netwerkreflex moet in Middelkerke nog gezet worden.⁴²²

3.2.4 Conclusies

Het geografisch attractiegebied van het MSOC van Gent en Oostende komt in grote mate overeen met de stedelijke agglomeratie. Beide MSOC's hebben een *goede lokale verankering*.

In Oost- en West-Vlaanderen blijkt het problematisch druggebruik zich niet alleen te situeren in de stedelijke regio's van Gent en Oostende. Andere regio's hebben ook te kampen met problematisch druggebruik. In Oost-Vlaanderen gaat het om Aalst, Sint-Niklaas, Lokeren en Ronse; in West-Vlaanderen om de regio van Menen-Wervik, de badsteden, de Westhoek, Brugge, Ieper en Kortrijk.

Tegenover deze vaststelling staat dat in Oost-Vlaanderen het aanbod van de drugspecifieke hulpverlening groot is, maar dat dit aanbod vooral geconcentreerd is rond de regio groot Gent. In West-Vlaanderen is het aanbod voor problematische druggebruikers beperkt. Ook hier geldt dat de geografische spreiding van het aanbod geconcentreerd is, zij het niet in de regio Oostende, maar in de regio rond Kortrijk en, in mindere mate, in Brugge.

Het *MSOC van Gent* heeft wezenlijke inspanningen gedaan om een oplossing te bieden voor de beperkte geografische spreiding van het aanbod voor problematische druggebruikers in de provincie Oost-Vlaanderen. Er werden *de facto-antennes* opgericht in Lokeren en Sint-Niklaas.

Het *MSOC van Oostende* heeft in 1998 inspanningen geleverd om een methadonprogramma te ontwikkelen in Kortrijk, maar tot een samenwerkingsovereenkomst heeft dit niet geleid. Het MSOC van Oostende koos voor een uitbreiding naar de steden in de buurt van Oostende via de *detachering* van een straathoekwerker.

3.3 LAAGDREMPELIGHEID IN DE CONTACTNAME

3.3.1 Inleiding

Eén van de doelstellingen van het MSOC is het in contact komen met problematische druggebruikers die door de bestaande hulpverlening niet of onvoldoende worden bereikt. Bij

⁴²¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1999, 13.

⁴²² STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 8.

de doelgroep moet er verder sprake zijn van misbruik of afhankelijkheid van illegale drugs en een problematiek op meerdere levensdomeinen.⁴²³

Het MSOC is verplicht hulp te bieden aan cliënten 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.⁴²⁴ Het nemen van initiatieven om met de beoogde populatie in contact te komen wordt als een onderdeel van de revalidatieopdracht beschouwd.⁴²⁵

3.3.2 Procesevaluatie

Zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende duiden aan dat ze *geen voorafgaande voorwaarden* stellen voor een revalidatie. In een eerste fase wordt uitgegaan van de concrete behoefte, hulpvraag en levenswijze van de cliënt. Het MSOC accepteert een beperkte hulpvraag.⁴²⁶ Op die manier kan het contact tussen gebruiker en hulpverlener worden opgebouwd. De vrijwilligheid van de druggebruiker staat centraal.⁴²⁷ Het opbouwen van een vertrouwensrelatie blijft primordiaal en ligt aan de basis van de uiteindelijke lage drempel van het centrum.⁴²⁸

3.3.2.1 Het MSOC van Gent

3.3.2.1.1 De methodiek van de contactname

In de eerste plaats maakt het MSOC zich bekend door actief diensten te *sensibiliseren* die met problematische druggebruikers in aanraking kunnen komen.⁴²⁹ Het MSOC van Gent besteedt hier zeer veel energie aan en geeft voorlichting aan heel wat diensten binnen en buiten de regio.⁴³⁰

Het MSOC probeert ook het bereik van de doelgroep te vergroten, zowel door de werking van het centrum zelf, als door netwerkontwikkeling en samenwerking.⁴³¹ Het MSOC van Gent

⁴²³ Zie: Deel I Het onderzoek, Hoofdstuk 5 Opdrachtschrijving van de MSOC's, 5.2.2 Doel van de sociaal-sanitaire opvangcentra voor druggebruikers; 5.4.1 Doel op het niveau van de inrichting.

⁴²⁴ RIZIV-conventie, art. 4.

⁴²⁵ RIZIV-conventie, art. 5, 2^{de} lid.

⁴²⁶ J. VAN BOUCHAUTE, "Voorgesteld: MSOC Gent", in *Proventief+, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2000, 8, 26.

⁴²⁷ D.J. HESSING, H. ELFERS en A. ZELJKOVIC, "Drugbeleid: houding ten aanzien van dwang en drang", in T. BLOM, H. DE DOELDER en D.J. HESSING, (reds.) *Naar een consistent drugbeleid*, Sanders Instituut, Deventer, 1996, 33.

⁴²⁸ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 1-2.

⁴²⁹ STAD GENT, *Veiligheids- en Samenlevingscontract 1998*, 29.

⁴³⁰ De huisartsen in opleiding aan de R.U.G., de huisartsen van de Gentse groepspraktijken en wijkgezondheidscentra, apothekers, de Faculteit van de Farmacie R.U.G., het OCMW Gent, de thuislozenzorg, de werking voor prostituees PASOP, het straathoekwerk, de drugpreventiewerkers binnen de CGGZ, de transmissieofficiëren van de Gentse stadspolitie, de Rijkswacht, de justitieassistenten, de voorzitter van de probatiecommissie, rechters en advocaten, het Drugoverleg Lokeren, de stedelijke preventiedienst van Sint Niklaas, het CGGZ van Wetteren, de apothekers van Sint-Niklaas en Lokeren, zie: STAD GENT, *Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 16.

⁴³¹ *Ibid.*, 5.

merkt zelf op dat het twee peilers aanwendt om in contact te komen met de doelgroep, met name de laagdrempeligheid en de multidisciplinariteit.⁴³²

De algemene mate van laagdrempeligheid in de revalidatie houdt de drempel van de contactname laag. Het MSOC van Gent neemt dus zelf geen initiatief om met de doelgroep in contact te komen, maar laat de doelgroep zelf de stap zetten.

Het MSOC van Gent heeft geen eigen *straathoekwerkers* die aan het centrum verbonden zijn. De straathoekwerkers zijn in Gent gecentraliseerd in een stadsdienst. Het MSOC en het straathoekwerk hebben afspraken gemaakt op cliënt- en op cliëntoverstijgend niveau.⁴³³

In Gent is de doelgroep van de problematische druggebruikers en de doelgroep van het straathoekwerk erg heterogeen, ze wonen verspreid over verschillende probleemwijken in de stad. Er is een groot aanbod aan categoriale en niet categoriale diensten.⁴³⁴ Er bestaat ook een traditie bij de bestaande diensten om te werken met problematische druggebruikers. De centralisatie van straathoekwerkers in een onafhankelijke dienst, zoals op dit ogenblik het geval is in Gent, komt dan ook tegemoet aan de noden.

Uit onderzoek binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening blijkt dat in het MSOC van Gent effectief een lage drempel heeft voor de potentiële cliënten die zich aanmelden: 100% van de aanmeldingen leidt tot een afspraak. 95,5 % van de cliënten komt ook effectief op afspraak. Van de cliënten die op afspraak komen, wordt bij 87 % ook effectief een begeleiding gestart. Het MSOC is daarmee de dienst met de kleinste uitval in de regio, gevolgd door de Pelgrim en het CAT-curatiehuis, waarbij in respectievelijk 81 % en 76% van de aanmeldingen met een begeleiding wordt gestart.⁴³⁵

3.3.2.1.2 De bereikte populatie door het MSOC van Gent

3.3.2.1.2.1 Algemeen⁴³⁶

In 1997 en 1998 bereikte het MSOC van Gent iets minder dan 300 cliënten.⁴³⁷ In 1999 werden iets meer dan 300 nieuwe intakes afgerond.⁴³⁸ In 2000 werden 217 nieuwe intakes afgerond. In 2000 consulteerden ongeveer 650 cliënten het MSOC van Gent. Een kleine 500 cliënten consulteerde het MSOC in de laatste zes maanden van 2000.⁴³⁹

⁴³² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 11; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 10.

⁴³³ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 18.

Zie: Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 4 De participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk, 4.3.1.1.1 Samenwerking met de categoriale diensten.

⁴³⁴ Kenmerkend voor een (middel)grote stad is het bestaan van gedifferentieerdere sociale dienstverlening en een sterke aanwezigheid van de hulpverleningssector; zie: Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 3 Demografische en socio-economische situatie in de onderzoeksregio, 3.2.2. Kenmerken van de onderzoeksregio.

⁴³⁵ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 5.

⁴³⁶ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 4 Het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio, 4.1.3.1. Problematische druggebruikers bereikt door het MSOC Gent.

⁴³⁷ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 6.

⁴³⁸ *Ibid.*, 20.

⁴³⁹ MSOC, *Jaarverslag 2000, Medisch Sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers*, niet gepubliceerd document, Gent, 2001, 14.

3.3.2.1.2.2 Demografisch en socio-economisch profiel van de cliënten

In *driekwart* van de gevallen zijn de aanmelders van het MSOC van Gent *mannen*.⁴⁴⁰

Wanneer we een voorzichtige vergelijking maken met de cijfergegevens van de Vlaamse drughulpverlening⁴⁴¹, dan blijkt de man/vrouw verhouding in het MSOC van Gent analoog aan de verhouding in de Vlaamse hulpverlening.

De man / vrouw verhouding in het MSOC blijkt ook analoog te zijn aan de verhouding bij andere drughulpverlening in Oost-Vlaanderen.⁴⁴²

De *leeftijd*⁴⁴³ van 80 tot 90 % van de aanmeldingen in het MSOC ligt tussen 18 en 35 jaar. Uit de cijfers van 1999 en 2000 blijkt dat iets meer dan 30 % van de cliënten van het MSOC jonger is dan 24 jaar en dat meer dan 50 % van de cliënten tussen 24 en 35 jaar is. Wanneer we een voorzichtige vergelijking maken met de cijfergegevens van de Vlaamse drughulpverlening⁴⁴⁴, dan blijkt dat het MSOC van Gent een ouder publiek bereikt dan de gemiddelde Vlaamse drughulpverlening. Dit blijkt ook uit de vergelijking met de drughulpverlening in Oost-Vlaanderen.⁴⁴⁵

Ongeveer *één vijfde* van de cliënten van het MSOC van Gent is van *allochtone origine*.⁴⁴⁶

Uit een onderzoek naar de aanwezigheid van allochtonen in de drughulpverlening in de regio Groot Gent,⁴⁴⁷ blijkt dat de meeste niet-Belgische cliënten vooral in de ambulante centra voor medisch-psycho-sociale opvang terecht komen en minder doorstromen naar meer drempelige vormen van zorg.⁴⁴⁸

Wanneer we de *inkomstenbron*⁴⁴⁹ van de aanmeldingen in het MSOC bekijken, dan blijkt dat minder dan één vijfde van de aanmeldingen loontrekkend is. Meer dan 50 % van de cliënten van het MSOC heeft een vervangingsinkomen.

Wanneer we een voorzichtige vergelijking maken met de cijfergegevens van de Belgische drughulpverlening⁴⁵⁰, dan blijkt dat het MSOC van Gent minder cliënten heeft met werk op

⁴⁴⁰ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 4, Sekse van de aanmeldingen in het MSOC Gent.

⁴⁴¹ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, *o.c.*, 52.

In het rapport is de verhouding vrouw/man: 1/3.

⁴⁴² W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 5.

⁴⁴³ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 5: Leeftijdistributie van de aanmeldingen in het MSOC Gent.

⁴⁴⁴ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, *o.c.*, 53.

57 % van de cliënten is jonger dan 25 jaar (30 % is jonger dan 20 jaar en 26 % is tussen 20 en 24 jaar) en 27 % zijn tussen 25 en 34 jaar.

⁴⁴⁵ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 5.

⁴⁴⁶ De registratie laat niet toe een vergelijking te maken tussen de jaren 1997-1998 en 1999, aangezien in 1999, niet langer de etnische afkomst maar het geboorteland wordt geregistreerd. Gezien het hoge aantal cliënten van de tweede generatie geeft dit wellicht een onderschatting van de allochtone groep.

Zie Deel II Epidemiologie, tabel 6; tabel 7: De verhouding allochtoon – autochtoon in de aanmeldingen in het MSOC Gent.

⁴⁴⁷ S. VANDEVELDE en W. VANDERPLASSCHEN, *o.c.*, 10.

⁴⁴⁸ S. VANDEVELDE en W. VANDERPLASSCHEN, *o.c.*, 30.

⁴⁴⁹ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 8: Inkomstenbron van de aanmeldingen in het MSOC Gent.

⁴⁵⁰ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, *o.c.*, 61.

De inkomenssituatie van cliënten in de ambulante en de residentiële hulpverlening, blijkt uit deze cijfers grondig van elkaar te verschillen. Voor de *ambulante* drughulpverlening geldt dat 30 % van de cliënten een job heeft; 30 % leerling of student is; iets minder dan 30 % economisch niet actief is en 10 % werkloos is. Voor de *residentiële* drughulpverlening geldt dat 60 % van de cliënten werk heeft; iets minder dan 10 % leerling of student is; iets meer dan 20 % economisch niet actief is en minder dan 10 % werkloos is.

een regelmatige basis en dat het aandeel van cliënten met een vervangingsinkomen veel groter is dan in de Belgische drughulpverlening.

Bijna één derde van de aanmeldingen van het MSOC haalde geen *diploma* hoger middelbaar onderwijs.⁴⁵¹

3.3.2.1.2.3 Middelengebruik⁴⁵²

Het MSOC van Gent maakt een onderscheid tussen afhankelijkheid en misbruik van illegale drugs.

Het overgrote deel van de aanmeldingen in het MSOC is afhankelijk van *opiaten*. *Cannabis* scoort het hoogst wat betreft misbruik over de drie jaren heen, gevolgd door cocaïne en amfetamines.

De *stijgingen* in misbruik van quasi alle producten over de jaren heen, laten vermoeden dat er een toename is van het *polydruggebruik*.

Het is niet mogelijk een vergelijking te maken met de cijfergegevens uit het “Belgian National Report on Drugs”, omdat er te weinig gegevens beschikbaar zijn over het problematisch druggebruik.⁴⁵³ We kunnen wel de vergelijking maken met de categoriale diensten met een RIZIV-erkenning in Vlaanderen in het algemeen en in Oost-Vlaanderen in het bijzonder.

Wanneer we de vergelijking maken met de categoriale voorzieningen in *Vlaanderen* met een RIZIV-erkenning, dan blijkt dat het MSOC veel meer cliënten bereikt met opiaten als eerste product, terwijl het aandeel van cocaïne, amfetamines en cannabis, in vergelijking met de categoriale voorzieningen in Vlaanderen, veel kleiner is.⁴⁵⁴

We stellen vast dat het MSOC goed is voor bijna de helft van het aantal geregistreerde cliënten met als eerste product opiaten, in vergelijking met de categoriale diensten in *Oost-Vlaanderen* met een RIZIV-erkenning. Voor het grootste deel van het MSOC-cliënteel (72%) zijn opiaten het eerste product. Het aandeel van cocaïne, amfetamines en cannabis is, in vergelijking met de categoriale voorzieningen in Oost-Vlaanderen, veel kleiner.⁴⁵⁵

Het onderscheid met de centra voor geestelijke gezondheidszorg in de provincie is nog veel duidelijker. Deze centra scoorden in 45 % alcohol als eerste product. Opiaten worden slechts in 4 % van de gevallen als voornaamste product gescoord.⁴⁵⁶

Ongeveer 45% van de cliënten van het MSOC Gent heeft ooit *geïnjecteerd*.⁴⁵⁷ In de Oost-Vlaamse drughulpverlening blijkt dat meer dan één derde van de cliënten heeft ooit gespoten, terwijl 32.2% nooit gespoten heeft. Van ongeveer één derde van de cliënten is er echter geen informatie inzake het spuitgedrag.⁴⁵⁸

⁴⁵¹ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 9: Scholingsgraad van de aanmeldingen in het MSOC Gent.

⁴⁵² Zie Deel 2, Epidemiologie, tabel 10: Middelengebruik aan de hand van DSM IV-criteria in de aanmeldingen in het MSOC van Gent.

⁴⁵³ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 49 ev.

⁴⁵⁴ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 14: Het aantal cliënten per werkvormen per provincie.

⁴⁵⁵ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 17: Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor Oost-Vlaanderen.

⁴⁵⁶ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 19: Het belangrijkste product van de cliënten in de CGGZ's Oost-Vlaanderen.

⁴⁵⁷ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 11: Injecterende druggebruikers in het MSOC van Gent.

⁴⁵⁸ W. VANDERPLASSCHEN, l.c., 8.

3.3.2.1.2.4 Prevalentie van HIV, hepatitis B en C

In Gent zijn geen van de cliënten van het MSOC die een bloedproef ondergingen besmet met het HIV-virus.⁴⁵⁹

Uit de serologische onderzoeken bij een aantal cliënten van het MSOC, blijkt dat meer dan één derde van de cliënten drager is van het hepatitis B en het hepatitis C-virus.

Wanneer in 1999 de opsplitsing wordt gemaakt tussen cliënten die intraveneus gebruiken en cliënten die niet intraveneus gebruiken, dan blijkt dat voor hepatitis B *bijna de helft* en voor hepatitis C *meer dan de helft* van de intraveneuze druggebruikers, drager zijn dan het virus.

Wanneer we een voorzichtige vergelijking maken met de cijfergegevens van de drughulpverlening in België, dan blijkt dat het MSOC van Gent meer cliënten heeft die drager zijn van het hepatitis C-virus, maar vooral meer cliënten bereikt die drager zijn van het hepatitis B-virus.⁴⁶⁰

De cijfers van het MSOC maken vooral duidelijk dat de prevalentie van hepatitis B en C, in tegenstelling tot de prevalentie van HIV, een belangrijk gezondheidsrisico inhoudt voor (injecterende) druggebruikers.⁴⁶¹

3.3.2.2 Het MSOC van Oostende

3.3.2.2.1 De methodiek van de contactname

Het MSOC van Oostende werkt met het *straathoekwerk* als methodiek voor het bereiken van de doelgroepen.⁴⁶²

Het MSOC van Oostende heeft drie straathoekwerkers die formeel aan het centrum verbonden zijn. Er zijn afspraken gemaakt in functie van de taakverdeling tussen het straathoekwerk en het psychosociale team en van een vlotte informatie-uitwisseling tussen de teamleden en het straathoekwerk.⁴⁶³

De keuze om met organisatiegebonden straathoekwerkers te werken, heeft een drievoudige doelstelling: ten eerste om de drempel in de ruimte te verlagen; ten tweede om de drempel in de contactname te verlagen; ten derde om de drempel in de revalidatie te verlagen.⁴⁶⁴

De laagdrempelige contactname situeert zich op twee niveaus.

Ten eerste worden problematische druggebruikers *opgezocht* die niet of onvoldoende in contact staan met het MSOC of met andere voorzieningen. Reeds in 1996, voordat het MSOC

⁴⁵⁹ Dit wordt bevestigd door de Belgische cijfers, zie: P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 35.

⁴⁶⁰ Voor Vlaanderen zijn alleen cijfers van de Sleutel beschikbaar, maar de cijfers van de Sleutel en de registratie door het CCAD zijn zeer gelijklopend: tussen de 20 en de 25 % van de cliënten is besmet met het hepatitis B-virus; tussen de 40 en de 50% van de cliënten is besmet met het hepatitis C-virus; zie: P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 128.

⁴⁶¹ *Ibid.*, 35.

⁴⁶² STAD OOSTENDE, *Veiligheids- en samenlevingscontract 1999*, 26.

⁴⁶³ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 7.

⁴⁶⁴ E. MEES, "MSOC Oostende" in *VAD-berichten*, 1999, 3, 6-7; E. BUNING, "Outreach work with drug users: an overview", in *The International Journal of Drug Policy*, Volume 4, 1993, 78-81.

operationeel was, werd gestart met verkennen van het stadscentrum.⁴⁶⁵ Met de gebruikers wordt voornamelijk via cafébezoeken en thuisbezoeken contact opgenomen. Cliënten worden bezocht in de gevangenis⁴⁶⁶, in de Oostendse ziekenhuizen en in opvang- en hulpverleningscentra. De drie straathoekwerkers samen hebben ongeveer 60 vaste contacten. Daarnaast zien ze nog geregeld verscheidene cliënten die zij naar het MSOC hebben doorverwezen.⁴⁶⁷

Ten tweede worden cliënten, die op eigen initiatief of omwille van een opname in een residentiële dienst of een penitentiaire instelling de begeleiding of behandeling staken, opgevolgd door de straathoekwerkers. Bij herval hebben de straathoekwerkers een *vangnetfunctie* en fungeren zij als case manager.⁴⁶⁸

In Oostende is de doelgroep van de straathoekwerkers zeer homogeen en voornamelijk samengesteld is uit kansarme jongeren, dé probleemgroep binnen Oostende. De straathoekwerkers van Oostende hebben een belangrijke ombudsfunctie tegenover diensten en voorzieningen die niet gewoon en/of terughoudend zijn te werken met problematische druggebruikers.⁴⁶⁹

Daarnaast levert het MSOC van Oostende extra inspanningen om de drempel voor cliënten nog verder te verlagen door drie keer per week een “instuif” te organiseren.⁴⁷⁰

3.3.2.2.2 De bereikte populatie door het MSOC van Oostende

3.3.2.2.2.1 Algemeen⁴⁷¹

In 1998 zijn er 280 personen met een hulpvraag langsgekomen in het MSOC. In 1999 melden een goede 200 cliënten zich aan in het MSOC Oostende. Voor een kleine 200 cliënten werd in 1999 een RIZIV-dossier opgesteld.⁴⁷² Het is niet duidelijk op basis van de registratie hoeveel cliënten eind 1999 effectief in begeleiding waren in het MSOC van Oostende.

3.3.2.2.2.2 Demografisch en socio-economisch profiel van de cliënten

Ongeveer *driekwart* van de aanmeldingen in het MSOC Oostende gebeurt door *mannen*.⁴⁷³ De cijfers van het straathoekwerk van Oostende liggen in dezelfde lijn. Wanneer we een voorzichtige vergelijking maken met de cijfergegevens van de Vlaamse behandelingscentra⁴⁷⁴, dan blijkt dat de man / vrouw verdeling in het MSOC van Oostende analoog is aan de Vlaamse drughulpverlening.

⁴⁶⁵ STAD OOSTENDE, *Veiligheids- en samenlevingscontract 1999*, 26.

⁴⁶⁶ Ook de hulpverleners van het MSOC bezoeken cliënten die in de gevangenis zitten.

⁴⁶⁷ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 8.

⁴⁶⁸ STAD OOSTENDE, *Veiligheids- en samenlevingscontract 1999*, 27.

⁴⁶⁹ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Oostende, 1999-2000.

⁴⁷⁰ Voor meer toelichting bij de “instuif”; zie Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 3 De laagdrempelige werking van de MSOC's, 3.5.2.1.2.2 Het MSOC van Oostende.

⁴⁷¹ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 4 Het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio, 4.2.3.1. Problematische druggebruikers bereikt door het MSOC Oostende.

⁴⁷² STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 12.

⁴⁷³ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 24: Sekse van de aanmeldingen in het MSOC Oostende; tabel 25: Sekse van de cliënten van het straathoekwerk van het MSOC Oostende.

⁴⁷⁴ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 52. In het rapport is de verhouding vrouw/man: 1/3.

In 1999 is 90 % van de cliënten van het MSOC tussen 16 en 35 jaar. 55 % van de cliënten is tussen 16 en 25 jaar. 8% was jonger dan 18 jaar. Het straathoekwerk bereikt procentueel iets meer oudere cliënten dan het MSOC.⁴⁷⁵

Wanneer we een voorzichtige vergelijking maken met de cijfergegevens van de Vlaamse drughulpverlening⁴⁷⁶, dan blijkt dat de leeftijdsverdeling van de cliënten van het MSOC van Oostende analoog is aan de verdeling in de Vlaamse drughulpverlening.

De jonge leeftijd van een belangrijk deel van de cliënten van het MSOC en de jonge leeftijd waarop cliënten van het MSOC van Oostende voor het eerste gebruiken, kan verband houden met de zware problematiek van kinderen en jongeren in Oostende. Heel wat van de criteria waarop Oostende geselecteerd is als SIF-gemeente, hebben immers te maken met *kinderen/jongeren* en hun problemen.⁴⁷⁷

Het MSOC van Oostende registreerde de *nationaliteit of de afkomst* van zijn cliënten niet. Uit de cijfers van het straathoekwerk blijkt dat 96 % van de cliënten van het straathoekwerk de Belgische nationaliteit hebben.⁴⁷⁸ Het gering aantal migranten in het MSOC van Oostende, kan te maken hebben met het feit dat de er in stad Oostende weinig migranten wonen.⁴⁷⁹ Deze hypothese zou verder moeten onderzocht worden.

In 1999 haalt minder dan een kwart van de aanmelders zijn *inkomsten*⁴⁸⁰ uit een eigen beroepsactiviteit. Meer dan de helft van de cliënten had op het moment van intake een *vervangingsinkomen*. De cijfers van het straathoekwerk liggen in dezelfde lijn als de cijfers van het MSOC.

Wanneer we een voorzichtige vergelijking maken met de cijfergegevens van de Belgische drughulpverlening,⁴⁸¹ dan blijkt dat het MSOC van Oostende minder cliënten heeft met werk op een regelmatige basis en dat het aandeel van cliënten met een vervangingsinkomen veel groter is dan in de Belgische drughulpverlening.

Twee derde van de cliënten maakte *enkel de lagere school* af.⁴⁸² Het opleidingsniveau van de cliënten van het straathoekwerk van Oostende laat een ander beeld zien dan dat van de cliënten van het MSOC. Uit de registratie van 2000 blijkt dat 5,5 % van de cliënten geen diploma heeft, maar ook dat 47 % van de cliënten een diploma secundair onderwijs haalde.⁴⁸³

⁴⁷⁵ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 26: Leeftijdsdistributie van de aanmeldingen in het MSOC Oostende; tabel 27: Leeftijdsdistributie van de cliënten van het straathoekwerk van het MSOC Oostende.

⁴⁷⁶ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 53. 57 % van de cliënten is jonger dan 25 jaar (30 % is jonger dan 20 jaar en 26 % is tussen 20 en 24 jaar) en 27 % zijn tussen 25 en 34 jaar.

⁴⁷⁷ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 3 Demografische en socio-economische situatie in de onderzoeksregio, 3.3.3. Demografisch en socio-economisch profiel van de onderzoeksregio.

⁴⁷⁸ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 28: Nationaliteit van de cliënten van het straathoekwerk Oostende.

⁴⁷⁹ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 3 Demografische en socio-economische situatie in de onderzoeksregio, 3.3.3. Demografisch en socio-economisch profiel van de onderzoeksregio.

⁴⁸⁰ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 29: Inkomstenbron van de aanmeldingen in het MSOC Oostende; tabel 30: Inkomstenbron van de cliënten van het straathoekwerk Oostende.

⁴⁸¹ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 61.

De *inkomenssituatie* van cliënten in de ambulante en de residentiële hulpverlening, blijkt uit deze cijfers grondig van elkaar te verschillen. Voor de *ambulante* drughulpverlening geldt dat 30 % van de cliënten een job heeft; 30 % leerling of student is; iets minder dan 30 % economisch niet actief is en 10 % werkloos is. Voor de *residentiële* drughulpverlening geldt dat 60 % van de cliënten werk heeft; iets minder dan 10 % leerling of student is; iets meer dan 20 % economisch niet actief is en minder dan 10 % werkloos is.

⁴⁸² In 1999 is voor meer dan één derde (N = 131) van de aanmeldingen de scholingsgraad onbekend.

⁴⁸³ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 31: Scholingsgraad van de aanmeldingen in het MSOC Oostende; tabel 32: Scholingsgraad van de cliënten van het straathoekwerk Oostende.

Wanneer we de woon- en leefsituatie⁴⁸⁴ van de cliënten van het MSOC bekijken, dan blijkt dat het grootste deel van de cliënten niet gehuwd is. Bijna een derde van de cliënten woont alleen. 5% leidt een zwervend bestaan.

Opvallend is dat 12 % van de cliënten van het straathoekwerk in 2000 in de gevangenis zit; bijna 4 % van de cliënten op verschillende plaatsen woont en bijna 3 % van de cliënten geen woonplaats heeft.⁴⁸⁵

Wanneer we een voorzichtige vergelijking maken met de cijfergegevens van de Belgische behandelingscentra,⁴⁸⁶ dan blijkt dat het MSOC van Oostende meer cliënten heeft die alleen wonen dan de andere drughulpverlening.

3.3.2.2.3 Middelengebruik⁴⁸⁷

Opvallend is dat meer dan de helft van de cliënten tussen 11 en 15 jaar voor het eerst drugs hebben gebruikt en ongeveer een derde tussen 16 en 20 jaar. Slechts 10 % is na zijn twintigste met druggebruik begonnen.⁴⁸⁸

Cannabis was voor 59 % van de cliënten het belangrijkste product. *Amfetamine* werd door 15 % het eerst gebruikt en 5% van de cliënten beweert met heroïne te zijn begonnen. Ook bij het eerste gebruik blijkt er sprake te zijn van *polydruggebruik*. Met name 9% van de cliënten beweert dat zij hun gebruik met meer dan één product begonnen zijn.

In 1999 heeft ruim de helft van de aanmeldingen in het MSOC Oostende *heroïne* als hoofdgebruik. Een kwart gebruikt hoofdzakelijk *amfetamines*. Bij 10% gaat het om *cannabis*. Gebruikers voor wie cocaïne het hoofdproduct is, komen in het MSOC van Oostende betrekkelijk weinig voor.

Tweederden van de cliënten gebruikte in 1999 op het ogenblik van de intake *meer dan één product*. *Cannabis* is de drug die het meest als tweede of derde product gebruikt wordt, gevolgd door *amfetamine* en cocaïne.

Het straathoekwerk maakt in zijn registratie het onderscheid tussen afhankelijkheid, misbruik en gebruik van de producten. *Cannabis* wordt in 2000 het vaakst als hoofdmiddel gescoord, gevolgd door *heroïne*. *Heroïne* wordt dan weer het meest gescoord als bijproduct, gevolgd door *amfetamines*.

Het is niet mogelijk een vergelijking te maken met de cijfergegevens uit het “Belgian National Report on Drugs”, omdat er te weinig gegevens beschikbaar zijn.⁴⁸⁹ We kunnen wel

Van 40 % van de cliënten is het opleidingsniveau niet gekend.

⁴⁸⁴ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 17.

⁴⁸⁵ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 33: De woon- en leefsituatie van de cliënten van het straathoekwerk Oostende.

⁴⁸⁶ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 60.

De woon- en leefsituatie van cliënten in de ambulante en de residentiële hulpverlening, blijkt uit deze cijfers grondig van elkaar te verschillen. Voor de *ambulante* drughulpverlening geldt dat 60 % van de cliënten bij familie woont (ouders en / of partner en / of kinderen) en dat 20 % alleen woont. Voor de *residentiële* drughulpverlening geldt dat 35 % van de cliënten bij familie woont en dat ongeveer één derde van de cliënten alleen woont.

⁴⁸⁷ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 36: Hoofdgebruik bij intake in het MSOC Oostende; tabel 37: Middelengebruik bij de cliënten van het straathoekwerk Oostende.

⁴⁸⁸ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 34: Leeftijd bij het eerste gebruik van de cliënten in het MSOC Oostende.

⁴⁸⁹ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, o.c., 49 ev.

de vergelijking maken met de categoriale diensten met een RIZIV-erkenning in Vlaanderen in het algemeen en in West-Vlaanderen in het bijzonder.

Wanneer we de vergelijking maken met de categoriale voorzieningen in *Vlaanderen* met een RIZIV-erkenning, dan blijkt dat het MSOC meer cliënten ziet met opiaten als eerste product van de globale categoriale voorzieningen. Zij zien iets minder cliënten met amfetamines en cocaïne als eerste product en iets meer cliënten met cannabis als eerste product dan de categoriale diensten met een RIZIV-erkenning in Vlaanderen.⁴⁹⁰

We stellen vast dat het MSOC goed is voor meer dan een kwart van het aantal geregistreerde cliënten met als eerste product opiaten, wanneer we de vergelijking maken met de categoriale diensten in *West-Vlaanderen* met een RIZIV-erkenning. Het MSOC van Oostende ziet procentueel meer cliënten met opiaten als eerste product dan de categoriale voorzieningen in West-Vlaanderen met een RIZIV-erkenning. Zij zien evenveel cliënten voor wie het eerste product opiaten zijn (55%) dan de residentiële crisisopvang. Het MSOC van Oostende ziet iets minder cliënten met cocaïne en amfetamine en met cannabis als eerste product dan de categoriale voorzieningen in West-Vlaanderen met een RIZIV-erkenning. Zij zien iets *meer* cliënten met cocaïne en amfetamine als eerste product dan de dagcentra en veel *minder* cliënten met cannabis als eerste product dan de dagcentra (MSOC 14,5 %, dagcentra 34 %).⁴⁹¹

De cijfers van de centra voor geestelijke gezondheidszorg laten een ander beeld zien dan de cijfers van de diensten met een RIZIV-erkenning. In 36 % wordt alcohol als eerste product gescoord. Cannabis wordt in 28 % van de gevallen als eerste product gescoord; stimulantia in iets minder dan 15 % van de gevallen. Opiaten worden in bijna 9 % van de gevallen als voornaamste product gescoord. De cijfers van de centra voor geestelijke gezondheidszorg in West-Vlaanderen laat ook een iets ander beeld zien dan die in Oost-Vlaanderen. In West-Vlaanderen is het aandeel van alcohol en stimulantia als voornaamste product kleiner dan in Oost-Vlaanderen. Het aandeel van cannabis en opiaten is dan weer groter.⁴⁹²

In 2000 heeft de helft van de cliënten van het straathoekwerk ooit *geïnjecteerd*. Op dit moment spuit een vierde van de cliënten van het straathoekwerk.⁴⁹³

3.3.3 Effectevaluatie

3.3.3.1 Effect op de cliënten

Uit de focusgroepen blijkt dat de cliënten reflecteren over de aanpak van de verschillende diensten. Sinds de komst van de MSOC's hebben ze een *nieuw referentiepunt* en kunnen zij hun ervaringen dan ook in een bredere context plaatsen. Hierdoor blijken ze minder geneigd hoogdrempelige hulpverlening op te zoeken; de harm reduction benadering van het MSOC

⁴⁹⁰ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 14: Het aantal cliënten per werkvormen per provincie.

⁴⁹¹ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 40: Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor West-Vlaanderen.

⁴⁹² Zie Deel II Epidemiologie, tabel 41: Het belangrijkste product van de cliënten van de CCGZ's voor West-Vlaanderen.

⁴⁹³ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 38: Injecteren de cliënten van het straathoekwerk van Oostende.

sluit beter aan bij hun noden en verwachtingen. Het specifiek laagdrempelig aanbod blijkt ook voor rekrutering via peerinformatie te zorgen.⁴⁹⁴

Uit de focusgroepen blijkt ook dat cliënten nogal wat aanmerkingen hebben bij de werking van de hoogdrempelige hulpverlening. De cliënten wijzen op de nood aan een betere afstemming tussen de cultuur van de problematische druggebruiker en de hulpverlening.⁴⁹⁵ Vooral de strenge regels en de druk die op cliënten wordt uitgeoefend, zijn punten van kritiek. Hierdoor zijn een aantal cliënten het vertrouwen in sommige diensten verloren. Dit heeft onvermijdelijk een invloed op de bereidheid van de cliënten om doorverwezen te worden naar deze diensten.

3.3.3.2 Effect op het netwerk

3.3.3.2.1 De methodiek van de contactname

Uit de interviews blijkt dat de partners in het werkveld over het algemeen tevreden 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 onafhankelijk van wie de hulpvraag stelt. Ook niet-gemotiveerde mensen kunnen bij het MSOC terecht. Het MSOC gebruikt tenslotte weinig uitsluitingsmechanismen.

Laagdrempelig zijn heeft vooral te maken met de houding die de hulpverleners heeft tegenover de cliënt; met 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 de algemene sfeer in een dienst.

Het begrip 'laagdrempeligheid' moet soepel gedefinieerd worden om te kunnen inspelen op bepaalde evoluties. Evenwel 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 duiden aan dat de drempel van het MSOC nog lager kan door het organiseren van nachtopvang of van een inloopruimte. Ook de doelgroep van nog niet problematische gebruikers heeft nood aan laagdrempelige opvang: een gebruiker moet immers voldoende problemen hebben om in het MSOC terecht te kunnen. Sommige diensten duiden ook aan dat het belangrijk is dat niet alleen het MSOC een lage drempel heeft. 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 en te houden.

3.3.3.2.2 De bereikte doelgroep door het MSOC

Sommige categoriale diensten hebben nogal wat kritiek op de doelgroep van het MSOC van Gent. Men betwijfelt niet dat de cliënten van het MSOC problematische druggebruikers zijn of een multidisciplinaire behandeling nodig hebben - welke problematische druggebruiker heeft er immers geen nood aan een multidisciplinaire behandeling, werd door de categoriale

⁴⁹⁴ Dit wordt bevestigd door de Client Satisfaction Questionnaires, als Resultaten als antwoord op de vraag "In wat onderscheid het MSOC zich van andere diensten voor drughulpverlening", zie: Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000; Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Oostende, 2000.

⁴⁹⁵ S. STRYNCKX, o.c., 19.

diensten opgemerkt - maar wel of alle cliënten gemarginaliseerd zijn.⁴⁹⁶ Volgens deze diensten behoren veel cliënten, zeker na verloop van tijd, niet meer tot het doelpubliek van het MSOC en moeten ze doorverwezen worden.⁴⁹⁷

Het MSOC van Oostende krijgt ook deze kritiek, zij het in mindere mate. Hoewel de marginaliteit van een aantal cliënten eveneens in twijfel wordt getrokken, nuanceren de sleutelfiguren onmiddellijk de situatie door te stellen dat het MSOC van Oostende minder gemarginaliseerde cliënten wel moet aanvaarden omdat er geen andere opvangmogelijkheden zijn in de regio.⁴⁹⁸

Een aantal categoriale diensten heeft ook kritiek op *de stroom van cliënten* die het MSOC van Gent deed ontstaan. De komst van het MSOC had niet alleen tot gevolg dat niet bereikte problematische druggebruikers naar het MSOC kwamen, maar ook dat een deel van de problematische druggebruikers die wel in begeleiding of behandeling waren in een voorziening eveneens naar het MSOC gingen. Ook in Nederland wordt vastgesteld dat de stroom van hoogdrempelige naar laagdrempelige programma's groot is en de stroom van laagdrempelige naar hoogdrempelige programma's beperkt.⁴⁹⁹

Sommige categoriale diensten evalueren dit proces als negatief. Het financieringssysteem van het RIZIV wordt door die diensten als één van de hoofdredenen voor dit knelpunt aangehaald, aangezien het MSOC bij de start moedwillig cliënten van andere diensten zou geronseld hebben om haar voorgeschreven capaciteit te bereiken. Deze kritiek komt vooral voor bij de diensten die door de stroom van cliënten een overcapaciteit kenden.

Andere categoriale diensten, die in het verleden met een ondercapaciteit te kampen hadden, bevestigen dat de komst van het MSOC inderdaad een stroom van cliënten op gang bracht, maar duiden ook aan dat het cliënten betrof die geen plaats hadden in de betrokken diensten. Deze diensten vinden het positief dat zij zich nu beter op hun eigen doelpubliek kunnen concentreren.⁵⁰⁰

De komst van het MSOC heeft inderdaad een stroom van cliënten teweeggebracht. Uit de registratie van het VVBV blijkt dat het MSOC van Gent goed is voor meer dan 30 % van de registraties van de diensten met een RIZIV-erkenning in de provincie Oost-Vlaanderen en voor bijna de helft van het aantal geregistreerde cliënten met als eerste product opiaten.⁵⁰¹

⁴⁹⁶ “*Marginalisering*”: dit zijn de processen waardoor mensen en groepen in een lage participatiegraad aan de samenleving terechtkomen; waardoor ze naar de rand van de samenleving worden gedrongen. Deze processen leiden naar een toestand van marginaliteit. Meer recent spreekt men over processen van sociale uitsluiting tegenover sociale integratie (inpassing), zie: VRANKEN, J., GELDOLF, D. en VAN MENXEL, G., *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 1997*, Acco, Leuven, 1997, 27.

Sociale uitsluiting is een koepelbegrip van allerhande situaties van achterstelling, zie: *Ibid.*, 29.

Uitsluiting : het gaat om situaties die niet noodzakelijk voortvloeien uit geldgebrek en die leiden tot het aan de kant plaatsen, het stigmatiseren en een gebrek aan tolerantie of solidariteit binnen de samenleving (bijvoorbeeld verslaafd zijn). *Armoede* daartegenover wordt eerder verbonden met ‘de harde realiteit van het leven’ zoals op straat leven, langer dan een jaar werkloos zijn of in een verkrotte buurt wonen, zie: *Ibid.*, 28.

⁴⁹⁷ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, 1999-2000.

⁴⁹⁸ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Oostende, 1999-2000.

⁴⁹⁹ B. MINJON, “Methadon, toepassingen in de drughulpverlening”, in W.R. BUISMAN (red.), *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, losbl. B 4370-13.

⁵⁰⁰ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, 1999-2000.

⁵⁰¹ Zie Deel 2, Epidemiologie, tabel 18, Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor Oost-Vlaanderen.

Uit de registratie in de Oost-Vlaamse drughulpverlening blijkt dat bijna driekwart van de afspraken/intakes plaatsvinden in slechts vier voorzieningen (het CIC van De Sleutel, het Psychiatrisch Centrum Sleidinge, het Dagcentrum van De Sleutel en het MSOC van Gent).⁵⁰²

3.3.3.2.3 De moeilijk bereikte doelgroepen

3.3.3.2.3.1 Inleiding

In het netwerk van de drughulpverlening ervaart een laagdrempelige dienst het sterkst wanneer er behoefte is aan nieuwe voorzieningen. Zij worden het eerst geconfronteerd met nieuwe probleemgroepen of een specifiek cliënteel waarvoor de bestaande hulpverlening niet geschikt is. Het is vooral de laagdrempelige hulpverlening die ondervindt wie moeilijk doorverwezen wordt of wie terugvalt op de instapport.⁵⁰³

3.3.3.2.3.2 Het MSOC van Gent

Uit de cijfergegevens in deel twee van het onderzoek⁵⁰⁴ kunnen we niet afleiden hoeveel cliënten niet bereikt worden door de categoriale hulpverlening. Onderzoek in de Oost-Vlaamse drughulpverlening toont wel aan dat er binnen die hulpverlening een uitval van meer dan 30 % is van de cliënten die zich aanmelden. 50 % van de cliënten van het straathoekwerk heeft nooit contact gehad met de drughulpverlening en 75 % heeft op dit moment geen contact met de drughulpverlening. Tenslotte blijkt uit de cijfers van het MSOC van Gent dat 16 % van de cliënten van het MSOC nooit contact had met enige vorm van hulpverlening.

Hoewel de MSOC's laagdrempelige voorzieningen zijn, en de bedoeling hebben zoveel mogelijk problematische gebruikers te bereiken, moeten we vaststellen dat specifieke groepen, ondanks de geleverde inspanningen, moeilijk bereikt worden.⁵⁰⁵

In de Gentse regio gaat het voornamelijk om de volgende groepen:⁵⁰⁶ allochtonen;⁵⁰⁷ asielzoekers en vluchtelingen;⁵⁰⁸ cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen, de zogenaamde dubbel diagnose cliënten;⁵⁰⁹ alleenstaande vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen;⁵¹⁰ de extreem problematische groep druggebruikers die wegens

⁵⁰² W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 10.

⁵⁰³ P. VAN DEUN, "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", *l.c.*, 507.

⁵⁰⁴ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 4 Het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio, 4.1.4.1. Uitval in de regio.

⁵⁰⁵ Zie Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 4 Het problematisch druggebruik in de onderzoeksregio, 4.1.4.2. Moeilijk bereikte doelgroepen; STAD GENT, Drugcoördinator, *Open Vergadering Drugbeleid, een verslag*, 14; Voor allochtonen, jongeren, zwangere vrouwen, gebruikende ouders en justitiële cliënten, zie ook: BOUMANHUIS, *o.c.*, 31.

⁵⁰⁶ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, 1999-2000; STAD GENT, drugcoördinator, *Open Vergadering Drugbeleid, een verslag*, 14; S. STRYNCKX, *o.c.*, 17-18.

⁵⁰⁷ STAD GENT, Dienst Sociale Zaken en Huisvesting, *Project Straathoekwerk, Jaarverslag 1999*, 52; B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, P. FRANCK en L. VAN DAELE, *o.c.*, 11.

⁵⁰⁸ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 2000, Luik 1 Preventie, Integratie Migranten*, Gent, 2001, 42; 56.

⁵⁰⁹ H. BODYN, *o.c.*, 17; POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 2000*, 90.

⁵¹⁰ Het MSOC blijkt binnen de regio Gent een zogenaamde scharnierfunctie op te nemen naar deze doelgroep binnen de drughulpverlening, zie: E. BROEKAERT, I. DERLUYN en W. VANDERPLASSCHEN, *o.c.*, 55.

grove overtredingen van de leefregels binnen de instellingen op de zogenaamde zwarte lijsten staan;⁵¹¹ en tenslotte minderjarigen.⁵¹²

3.3.3.2.3.3 Het MSOC van Oostende

In de regio Oostende kunnen we enkel beschikken over de registratie van het straathoekwerk van Oostende om het bereik van de drughulpverlening te bestuderen. Uit deze cijfers blijkt dat 90 % van de cliënten van het straathoekwerk nu contact heeft met de hulpverlening, maar dat vroeger 75 % van deze cliënten geen contact had met de hulpverlening.⁵¹³

Ook in de regio Oostende worden bepaalde doelgroepen moeilijk bereikt.⁵¹⁴ Het gaat hier om dubbele diagnose patiënten; alleenstaande vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen;⁵¹⁵ minderjarigen; de groep van jonge, maar agressief en risicovol gebruikende speedgebruikers en tenslotte de cocaïnegebruikers.⁵¹⁶

3.3.4 Conclusies

3.3.4.1 De methodiek van de contactname

Het MSOC van Gent, maar zeker het MSOC van Oostende, beschikt over een aantal troeven, waardoor *de drempel* om in contact te komen met moeilijk bereikbare doelgroepen, *laag wordt gehouden*.

Zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende stellen *geen voorafgaande voorwaarden* voor een revalidatie. De MSOC gaan uit van de concrete hulpvragen en behoeften van de cliënt en accepteren beperkte hulpvragen.

Een ander middel om in contact te komen met de doelgroep en de drempel van het MSOC blijvend laag te houden, is de methodiek van het *straathoekwerk*.

In het *MSOC van Oostende* maken drie straathoekwerkers deel uit van het team.

Het straathoekwerk vervult in Oostende een ombudsfunctie tegenover andere diensten, die, gelet op de terughoudendheid van die diensten om te werken met problematische druggebruikers, van cruciaal belang is. De straathoekwerkers kunnen bovendien deze ombudsfunctie naar behoren vervullen omdat de doelgroep, voornamelijk kansarme jongeren, veel homogener is dan de doelgroep in Gent.

Het *MSOC van Gent* heeft geen eigen straathoekwerkers die aan het centrum verbonden zijn. De straathoekwerkers zijn in Gent gecentraliseerd in een afzonderlijke stadsdienst. Gezien de traditie die andere, zowel categoriale als niet-categoriale, diensten hebben in het werken met

⁵¹¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 36.

⁵¹² POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 2000*, 90.

⁵¹³ Zie Deel II Epidemiologie, tabel 42: Contacten met de drughulpverlening van de cliënten van het straathoekwerk Oostende.

⁵¹⁴ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Oostende, 1999-2000; G. BOSMAN en F. BULLENS, Focusgroepen, Oostende, 2001.

⁵¹⁵ E. BROEKAERT, I. DERLUYN en W. VANDERPLASSCHEN, o.c., 6.

⁵¹⁶ STAD OOSTENDE, *Veiligheids- en samenlevingscontract 1999*, 26.

problematische druggebruikers en gezien de heterogeniteit van de doelgroep in Gent, zowel naar problematieken als naar geografische spreiding in de verschillende probleemwijken, komt de centralisatie van het straathoekwerk, zoals op dit ogenblik het geval is, tegemoet aan de noden.

Het MSOC van Oostende levert extra inspanningen om de drempel nog verder te verlagen door drie keer per week een “instuif” te organiseren. Dit is een informeel ontmoetingsmoment, waarop een straathoekwerker en een hulpverlener aanwezig zijn. Zowel cliënten als niet cliënten van het MSOC kunnen er terecht, ook wanneer ze geen hulpvraag hebben. Ze kunnen er kennismaken met de hulpverlening van het MSOC of even op hun positieven komen. Deze instuif leidt tot positieve informele contacten tussen de hulpverleners en de cliënten en houdt de drempel van het MSOC voor de gebruikers laag.

Om ervoor te zorgen dat ook in het MSOC van Gent niet cliënten van het MSOC in contact kunnen komen met het MSOC en de hulpverlening cliënten, via informele contacten, kan ondersteunen en begeleiden, zou het zinvol kunnen zijn ook in het MSOC van Gent een *informeel ontmoetingsmoment* te organiseren, naar analogie van het initiatief in het MSOC van Oostende. Dergelijk ontmoetingsmomenten kunnen de aanzet vormen tot een verdere begeleiding in het MSOC.

3.3.4.2 De bereikte doelgroepen

Het **profiel** van de cliënten van het MSOC van Gent blijkt **duidelijk te verschillen** van het profiel van de cliënten van de **gemiddelde** drugspecifieke dienst.

De man / vrouw verhouding in het MSOC van Gent is analoog aan de man / vrouw verhouding in de Vlaamse drughulpverlening. Het MSOC bereikt een ouder publiek dan de Vlaamse drughulpverlening.

Het MSOC van Gent heeft minder cliënten met werk op een regelmatige basis en veel meer cliënten met een vervangingsinkomen dan de Belgische drughulpverlening.

Het MSOC van Gent bereikt veel meer cliënten met opiaten als eerste product en veel minder cliënten met cocaïne, amfetamine en cannabis als eerste product, dan de categoriale diensten met een RIZIV-erkenning in Vlaanderen. Dit geldt zowel voor categoriale diensten met een RIZIV-erkenning in *Vlaanderen* in het algemeen als voor de categoriale voorzieningen met een RIZIV-erkenning in *Oost-Vlaanderen* in het bijzonder.

Het MSOC van Gent heeft meer cliënten die drager zijn van het hepatitis C-virus, en vooral meer cliënten die drager zijn van het hepatitis B-virus, dan de Belgische drughulpverlening.

Onderzoek binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening laat ons toe hierbij aan te vullen dat het MSOC van Gent iets meer allochtonen bereikt en meer cliënten bereikt die injecteren dan de gemiddelde drugspecifieke dienst in Oost-Vlaanderen.

Het verschil tussen het **profiel** van de cliënten van het MSOC van Oostende en de **gemiddelde** drugspecifieke dienst is **minder eenduidig**. Op sommige terreinen is het profiel sterk gelijklopend met de rest van de categoriale hulpverlening. Op andere vlakken werd toch een verschil vastgesteld.

De man / vrouw verhouding in het MSOC van Oostende is analoog aan de man / vrouw verhouding in de Vlaamse drughulpverlening. Ook de leeftijdsverdeling van de cliënten van het MSOC van Oostende is analoog aan de leeftijdsverdeling in de Vlaamse drughulpverlening.

Het MSOC van Oostende heeft minder cliënten met werk op een regelmatige basis en veel meer cliënten met een vervangingsinkomen dan de Belgische drughulpverlening.

Algemeen genomen blijkt dat het MSOC van Oostende meer cliënten bereikt met opiaten als eerste product, iets minder cliënten met amfetamines en cocaïne als eerste product en iets meer cliënten met cannabis als eerste product dan de categoriale diensten met een RIZIV-erkenning in *Vlaanderen*.

Vergelijken we het profiel van het middelengebruik van de cliënten van het MSOC van Oostende met de gemiddelde categoriale voorzieningen in *West-Vlaanderen* met een RIZIV-erkenning, dan blijkt dat we dit profiel verder moeten nuanceren.

Het MSOC van Oostende ziet procentueel meer cliënten met opiaten als eerste product (dit geldt niet voor de residentiële crisisopvang; zij zien evenveel cliënten voor wie het eerste product opiaten zijn als het MSOC). Het MSOC van Oostende ziet iets *minder* cliënten met cocaïne en amfetamine en met cannabis als eerste product dan de categoriale voorzieningen in *West-Vlaanderen* met een RIZIV-erkenning. Ook hier blijkt dat, wanneer een onderscheid wordt gemaakt tussen het type voorziening, dat het MSOC van Oostende iets *meer* cliënten met cocaïne en amfetamine als eerste product ziet dan de dagcentra en veel *minder* cliënten met cannabis als eerste product dan de dagcentra.

Er zijn verschillende factoren die dit profiel van de cliënten van het MSOC van Oostende kunnen verklaren. Ten eerste is er het gebrek aan hulpverlening voor druggebruikers in de regio groot Oostende, waardoor het MSOC verplicht is cliënten in begeleiding te houden die niet tot de doelgroep van het MSOC behoren. Ten tweede is de jongerenproblematiek in Oostende aanzienlijk. Oostende heeft, in verhouding tot de globale populatie van de stad, heel wat kansarme jongeren die geen werk hebben, geen diploma, een gebrek aan een degelijke huisvesting en disproportioneel veel jongeren die leven van het bestaansminimum in vergelijking met het totaal aantal bestaansminimumtrekkers in de stad. Heel wat van de criteria waarop Oostende geselecteerd is als SIF-gemeente, hebben te maken met kinderen/jongeren en hun problemen.

3.3.4.3 Het effect op de netwerken

Uit de interviews blijkt dat de partners in het werkveld aanduiden dat de drempel van het MSOC in de fase van de contactname effectief laag is. Zij duiden aan dat iedereen in het MSOC terecht kan, ook niet gemotiveerde cliënten, dat het MSOC (probeert) te antwoorden op elke hulpvraag en dat het MSOC weinig uitsluitingcriteria gebruikt.

Sommige categoriale diensten hebben nogal wat kritiek op de doelgroep die het MSOC bereikt. Het MSOC zou wel cliënten bereiken die problematisch druggebruiker zijn, maar niet alle cliënten van het MSOC zouden gemarginaliseerd zijn. Deze kritiek klinkt vooral in de regio Gent.

De komst van het MSOC heeft een *stroom van cliënten* van de hoogdrempelige voorzieningen naar de MSOC's doen ontstaan in de regio's waar de MSOC's gevestigd zijn. Dit is vooral opvallend voor de cliënten met een opiaatafhankelijkheid.

Niettemin staande de MSOC's onmiskenbaar laagdrempelig werken, werd er vastgesteld dat er nood is aan een uitgewerkte methodiek en een efficiënte netwerkontwikkeling om bepaalde problematische druggebruikers in de regio beter te bereiken die nu *moeilijk bereikt* worden. In Gent en Oostende worden dubbele diagnose patiënten, vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen en minderjarigen moeilijk bereikt.

In de regio Gent worden ook allochtonen, asielzoekers en vluchtelingen en cliënten die op de zwarte lijst staan omwille van agressiviteit of gedrag dat onaanvaardbaar is voor de drughulpverlening, moeilijk bereikt.

In de regio Oostende wordt de groep jonge, risicovol gebruikende amfetaminegebruikers en de cocaïnegebruikers, moeilijk bereikt.

Het is echter net de taak van een MSOC om telkens op zoek te gaan naar (nieuwe) onbereikte doelgroepen, met behulp van de "sensoren" in de sector (het straathoekwerk, de politiediensten, het algemeen welzijnswerk, de migrantensector) en hun beleid aan te passen aan de noden van de (nieuwe) doelgroepen. Dit gebeurt nu onvoldoende. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de MSOC's zich vooral richten naar het respecteren van de voorwaarden die de RIZIV-conventie oplegt voor de vergoedbaarheid van cliënten. Een niet onaanzienlijk deel van de cliënten van de MSOC's (ongeveer 15 % van de cliënten in het MSOC van Oostende en 30 % van de cliënten in het MSOC van Gent) is nu al niet in orde met de ziekte- en invaliditeitsverzekering, of heeft maar zeer kort, in een crisissituatie, contact met het MSOC. Deze cliënten zijn dan ook niet vergoedbaar. Daardoor zijn de MSOC's verplicht veel meer cliënten op te nemen dan het voorziene en vergoedbare aantal, wat uiteraard niet zonder gevolgen blijft voor de werkdruk in de MSOC's. Het feit dat, zowel het MSOC van Gent, als het MSOC van Oostende, al vrij snel meer cliënten bereikten dan het maximale vergoedbare aantal, heeft de werkdruk verder verhoogd.

Het is opvallend dat onderzoek in de Oost-Vlaamse drughulpverlening aantoonde dat de *uitval* van cliënten die zich aanmelden bij die hulpverlening meer dan 30 % bedraagt.

Dit onderzoek heeft het *type* cliënten aangeduid dat moeilijk wordt bereikt. Het probleem is dat er tot op vandaag onvoldoende zicht is op het *aantal* problematische druggebruikers dat, per doelgroep, moeilijk bereikt wordt. Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoeveel cliënten in de regio niet bereikt worden door de drughulpverlening, hoeveel cliënten geen enkel contact hebben met de hulpverlening, zelfs niet met het straathoekwerk, en vooral wat de mogelijkheden zijn om die gebruikers toch te bereiken.

3.4 DE LAAGDREMPELIGHEID IN DE TIJD

3.4.1 Inleiding

De RIZIV-conventie bepaalt dat, om het laagdrempelig karakter 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.⁵¹⁷

3.4.2 Procesevaluatie

3.4.2.2 Het MSOC van Gent

Het MSOC is gedurende de weekdays 10 uur per dag open. Op zaterdag is het MSOC open van 10 uur tot 12 uur.⁵¹⁸

Methadon wordt elke werkdag verstrekt van 10 uur tot 12 uur en van 14 uur tot 16 uur.

Een intake of crisisopvang kan elke werkdag, zonder afspraak, tussen 10 en 19 uur plaatsvinden en ook op zaterdagmorgen van 10 tot 12 uur. Gedurende de openingsuren is er een permanentie die de cliënten zonder afspraken kan helpen. Enkel de artsen zijn 24 uur op 24 uur op GSM bereikbaar voor telefonisch advies en bemiddeling.⁵¹⁹

Het MSOC werkt met een afsprakensysteem. Dit heeft het voordeel dat cliënten niet te lang moeten wachten en dat zij weinig mogelijk geconfronteerd worden met andere cliënten. Cliënten met onverwachte vragen en problemen worden geholpen na telefonisch ruggespraak.

3.4.2.3 Het MSOC van Oostende

Het centrum is vrij toegankelijk tijdens de openingstijden.⁵²⁰ Het centrum is elke weekdag van 10.00 uur tot 19.00 uur open voor cliënten.

Het centrum is elke dinsdag gesloten van 12.30 uur tot 15.00 uur en elke donderdag van 12.30 uur tot 14.00 uur. Op dinsdag en donderdagmiddag worden de cliëntenbesprekingen gehouden. Er wordt tijdens de cliëntenbesprekingen een telefonische permanentie voorzien. Elke weekdag wordt van 10.00 uur tot 12.00 uur en van 16.00 uur tot 18.00 uur methadon verstrekt. Op zaterdag is het centrum open van 11.00 uur tot 13.00 uur voor de methadonverstrekking.

Het MSOC van Oostende werkt met vaste afspraken. Daarnaast is tijdens de openingstijden steeds een permanentie voorzien om nieuwe cliënten op te vangen, de telefoon te beantwoorden en de administratie rond de afspraken te regelen.⁵²¹

3.4.2.4 Aanmerkingen

De MSOC's hebben geprobeerd om zo laagdrempelig mogelijk te zijn in de tijd. In de realiteit werken beide MSOC's met een *afsprakensysteem*, zij het dat dit afsprakensysteem niet als exclusie criterium gebruikt wordt en een structurerend effect kan hebben op de cliënten.

⁵¹⁷ RIZIV-conventie, art. 2 §2, 2^{de} lid.

⁵¹⁸ RIZIV-conventie, bijlage, 20.

⁵¹⁹ J. VAN BOUCHAUTE, "Voorgesteld: MSOC Gent", *l.c.*, 26.

⁵²⁰ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 1-2.

⁵²¹ *Ibid.*, 3.

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. De afstand tussen de cliënt en de hulpverlener die instaat voor het onthaal wordt op die manier letterlijk en figuurlijk te groot.

3.4.3 Effectevaluatie

3.4.3.2 Effect op de cliënten

Een aantal cliënten vinden het afsprakensysteem positief omdat zij liever niet in contact komen met andere problematische druggebruikers. Hun aanwezigheid werkt demotiverend en drempelverhogend.⁵²² Voor anderen is die aanwezigheid net een stimulans om te komen. Andere cliënten van de MSOC's hebben kritiek op de hoge drempel die het werken met afspraken met zich mee brengt.⁵²³

Het afhalen van methadon tijdens de kantooruren is problematisch voor de cliënten die een job hebben.⁵²⁴ In het MSOC van Oostende duiden de cliënten ook aan dat de momenten waarop methadon kan worden afgehaald, soepeler zouden kunnen zijn.

Een aantal cliënten duiden aan dat de wachttijden korter zouden moeten zijn, anderen merken op dat de openingsuren ruimer zouden kunnen zijn. Vooral het feit dat het MSOC in het weekend moeilijk bereikbaar is, wordt als een knelpunt ervaren⁵²⁵. Anderzijds onderkennen de cliënten dat ze een zeer moeilijk doelpubliek zijn om mee te werken.

3.4.3.3 Effect op het netwerk

Het MSOC van Gent heeft heel wat inspanningen geleverd om de *toegankelijkheid* van het netwerk voor problematische druggebruikers te *vergroten*.

De bereikbaarheid van de categoriale hulpverlening, ook en vooral buiten de kantooruren, en de opvang van de zogenaamd “moeilijke” groepen binnen de drughulpverlening, was een jarenlange verzuchting van de welzijns- en gezondheidsorganisaties, de politiediensten en de justitiële diensten.⁵²⁶ Daarom werd in 1996 gestart met de uitbouw van een netwerk voor spoed- en crisisopvang in de Gentse regio. Het MSOC van Gent heeft in 1998 een voortrekkersrol opgenomen in de verdere uitbouw van dit netwerk door een convenant spoed – en crisisopvang. Het MSOC van Gent heeft in 1999 dezelfde voortrekkersrol opgenomen voor de uitbreiding van het convenant spoed- en crisisopvang naar het lokale netwerk van Lokeren.⁵²⁷

⁵²² M.A. BELDING, A.T. McLELLAN, D.A. ZANIS and R. INCMIKOSKI, *l.c.*, 491.

⁵²³ Resultaten als antwoord op de vraag “Wat vindt u minder goed aan het MSOC?”, Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000; Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Oostende, 2000.

⁵²⁴ Zie ook: A. PRESTON (ed.), *The Methadone Briefing, An easy to use reference the methadone and methadone prescribing: for health and other professionals*, Island Press, United Kingdom, 1996, 98.

⁵²⁵ Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000.

⁵²⁶ PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ en STAD GENT, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor illegale drugverslaafden, Regio Groot Gent*, 1/04/1998, 3.

⁵²⁷ *Ibid.*, 23 p.; PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ, STAD LOKEREN en DRUGOVERLEG LOKEREN, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor illegale drugverslaafden, Regio Lokeren*, 1/06/1999, 11 p.

Deze convenants worden positief geëvalueerd door de partners die deelnemen aan het convenant.⁵²⁸ Het knelpunt blijft dat de diensten en voorzieningen die niet deelnemen aan dit convenant, zoals de politiediensten en justitie, de toepassing van het convenant niet kunnen afdwingen. De zogenaamde zwarte lijsten blijven bestaan.

Het MSOC van Gent vangt, als partner in het convenant, enkel op werkdagen van 10 uur tot 19 uur en op zaterdag van 10 uur tot 12 uur problematische druggebruikers op die zich in een crisissituatie bevinden.⁵²⁹ Buiten deze uren zijn enkel de artsen van het MSOC bereikbaar voor telefonisch advies en bemiddeling.⁵³⁰

Om verder tegemoet te komen aan de vraag van de politiediensten voor een vlotte doorverwijzing, heeft het MSOC van Gent bijkomende *afspraken* gemaakt met de politiediensten in Gent. De informatie over het convenant spoed- en crisisopvang werd gepubliceerd in de dagorders en het zakboekje van de Gentse politie.⁵³¹ In de dagorders werd een procedure uitgewerkt voor dringende doorverwijzingen van de politie naar het MSOC. Ondanks deze inspanningen van het MSOC, blijft de vraag van de politiediensten naar een *permanent aanspreek- en doorverwijspunt*, bestaan.

De vraag van politie en justitie naar een 24 uur op 24 uur permanentie van de drughulpverlening, los van de opvang in crisissituaties, is een blijvende verzuchting.⁵³²

In Oostende bestaat er geen netwerk voor de spoed- en crisisopvang van problematische druggebruikers. Er is wel netwerk voor crisisopvang ontwikkeld door niet categoriale diensten,⁵³³ maar problematisch druggebruik is hier een uitsluitingscriterium.⁵³⁴

3.4.4 Conclusies

De MSOC's hebben geprobeerd om zo laagdrempelig mogelijk in de tijd te zijn. In de realiteit blijkt dat er *in de praktijk drempels* zijn die de toegankelijkheid van de MSOC's in de tijd beperken.

De *openingsuren* van de MSOC's zijn beperkt.

Het MSOC van Gent is elke weekdag open van 10 uur tot 19 uur en op zaterdag van 10 uur tot 12 uur.

Het MSOC van Oostende is ook elke werkdag open van 10 uur tot 19 uur, maar dinsdagmiddag (van 12 uur 30 tot 15 uur) en donderdagmiddag (van 12 uur 30 tot 14 uur) is het MSOC bijkomend gesloten. Op dinsdag en donderdagmiddag worden de

⁵²⁸ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 36.

⁵²⁹ PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ en STAD GENT, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor Illegale Drugverslaafden, Regio Groot Gent*, 1/04/1998, 17.

⁵³⁰ PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ en STAD GENT, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor Illegale Drugverslaafden, Regio Groot Gent, Verwijsgids*, 1999, tweede uitgave, 3.

⁵³¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 36.

⁵³² WERKGROEP SAMENWERKING POLITIE, JUSTITIE, PREVENTIE EN HULPVERLENING, *Inventaris vragen en antwoorden justitie – drughulpverlening*, niet gepubliceerd document, Gent, 19/04/2001, 18.

⁵³³ STAD OOSTENDE, *Crisisnetwerk, Vademecum*, 1.

⁵³⁴ *Ibid.*, 2.

cliëntenbesprekingen gehouden. Er wordt tijdens de cliëntenbesprekingen een telefonische permanentie voorzien.

Uit interviews met sleutelfiguren uit de niet categoriale hulpverlening blijkt dat zij ervoor pleiten dat de MSOC's de openingsuren zouden uitbreiden en nachtopvang voor problematische druggebruikers zouden voorzien. Ook de cliënten van het MSOC van Gent en vooral de cliënten van het MSOC van Oostende merken op dat zij het MSOC ook 's avonds en in het weekend graag open zouden zien.

Een bijkomende drempel voor de cliënten is het *afsprakensysteem* waarmee zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende werken, zij het dat dit afsprakensysteem niet als exclusie criterium gebruikt wordt en een structurerend effect kan hebben op de cliënten. Er wordt een permanentie voorzien, maar in de praktijk blijkt dit te dienen om cliënten aan de afspraken te houden en/of bij te springen in crisissituaties. Enkel nieuwe cliënten en cliënten in crisis worden nog geholpen zonder afspraak.

3.5 DE LAAGDREMPELIGHEID IN DE REVALIDATIE

3.5.1 Inleiding

3.5.1.1 Het Actieplan en de RIZIV-conventie

Het doel van de revalidatie in het MSOC is het gevoelig verbeteren van de toestand van de gebruiker *op zowel medisch, psychologisch als sociaal vlak*.⁵³⁵ De uiteindelijke doelstelling blijft de volledige ontwenning, ook al kan het aangewezen zijn als tussenstap te werken aan beperkte, meer haalbare doelstellingen.⁵³⁶

De revalidatie in een MSOC is in principe *beperkt in duur*. Zodra een overdracht naar de reguliere zorgvoorzieningen mogelijk is en/of een multidisciplinaire behandeling niet meer nodig is, behoort een cliënt 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.⁵³⁷ Een doorverwijzing kan alleen maar plaatsvinden met de toestemming van de cliënt en van de zorgverstrekker of inrichting naar waar verwezen wordt.⁵³⁸

Deze formulering geeft aanleiding tot verwarring:

Hoe moet het begrip “regulier” geïnterpreteerd worden: wordt hiermee de andere drughulpverlening bedoeld of gaat het ook om de niet drugspecifieke hulpverlening? Betekent dit in het eerste geval dat het MSOC niet als reguliere of (in de tijd) volwaardige hulpverlening wordt beschouwd?

Eén van de voorwaarden voor het doelpubliek van het MSOC is de nood aan een multidisciplinaire behandeling. Het uitgangspunt dat voor de cliënten van de MSOC's een multidisciplinaire benadering nodig is, als zou dit voor de andere problematische

⁵³⁵ RIZIV-conventie, art. 7, §1.

⁵³⁶ RIZIV-conventie, art. 7, §1.

⁵³⁷ RIZIV-conventie, art. 6.

⁵³⁸ RIZIV-conventie, art. 2, § 3, al. 3.

druggebruikers niet het geval zijn, is een ontkenning van de complexiteit van de drugproblematiek en de problemen die problematische gebruikers op de verschillende levensdomeinen ervaren.⁵³⁹

3.5.1.2 De harm reduction benadering

De parlementaire werkgroep drugs erkende in 1997 expliciet dat het middelengebruik een historische realiteit is.⁵⁴⁰ Het streven naar een drugvrije samenleving is een utopie. Ook de nieuwe federale drugnota kiest voor een normaliseringsbeleid, gericht op rationele risicobeheersing. Een belangrijke doelstelling is de daling van de fysische en psychosociale schade die drugmisbruik kan veroorzaken.⁵⁴¹

Het is in deze context dat de voorbije jaren initiatieven genomen zijn tot laagdrempelige hulpverlening, met als belangrijkste realisatie de oprichting van de MSOC's⁵⁴². Een ander harm reduction project, spuitenruil, is, sinds het de wet van 17 november 1998⁵⁴³ en het Koninklijk Besluit van 5 juni 2000⁵⁴⁴, wettelijk mogelijk en is sinds december 2000 structureel georganiseerd door de Vlaamse Gemeenschap.⁵⁴⁵

De harm reduction benadering probeert de problemen die verbonden zijn met druggebruik te verminderen en erkent dat voor sommige problematische 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.⁵⁴⁶

3.5.1.3 Theoretische modellen

De MSOC's gebruiken *twee theoretische modellen* als basis van de revalidatieactiviteiten: de piramide van Maslow en de cirkel van Proschaska en Diclemente.

⁵³⁹ VLAAMSE RAAD, *Beleidsbrief, Gezondheidsbeleid, Kwaliteit als hefboom voor een Vlaams gezondheidsbeleid*, Vlaamse Raad, Brussel, 1996, 41.

⁵⁴⁰ B. DE RUYVER, J. CASSELMAN, K. MEUWISSEN, F. BULLENS en K. VAN IMPE, o.c., 4-5.

⁵⁴¹ *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel, 19/01/2001, 7.

⁵⁴² *Ibid.*, 23.

⁵⁴³ Wet van 17 november 1998 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, B.S. 23 december 1998.

⁵⁴⁴ Koninklijk Besluit van 5 juni 2000 tot uitvoering van artikel 4,§2,6° van het koninklijk besluit nr. 78 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, B.S. 7 juli 2000.

⁵⁴⁵ VLAAMSE REGERING, Besluit van de Vlaamse Regering houdende de subsidiëring van de organisatie van een spuitenverdeling / -ruil in Vlaanderen, Brussel, 15.12.2000, 5 p.

zie ook: Samenwerkingsovereenkomst tussen de VAD en het MSOC Gent betreffende de lokale tot provinciale organisatie van spuitenverdeling / -ruil, 29.01.2001.

⁵⁴⁶ D. RILEY and P. O'HARE, "Harm Reduction: History, Definition, and Practice", in J.A. INCIATDI and L.D. HARRISON, (eds.), *Harm Reduction, National and international Perspectives*, Sage Publications, London, 2000, 2.

De **piramide van Maslow**⁵⁴⁷ impliceert dat de elementaire noden als lichamelijke gezondheid, voedsel, huisvesting,... die zich op de bodem van de piramide bevinden, de belangrijkste noden zijn waaraan in de eerste plaats moet voldaan zijn, alvorens andere noden zoals zinvolle tijdsbesteding, werk en psychologische welbevinden aan bod kunnen komen.

De **cirkel van Prochaska en Diclemente**⁵⁴⁸ 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.⁵⁴⁹ 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 en het werken met tussendoelstellingen en kleine stappen.⁵⁵⁰

Behandeling / begeleiding heeft het meeste kans op slagen wanneer de cliënt en de hulpverlener beiden gericht zijn op dezelfde fase in de verandering.⁵⁵¹ Anders bestaat het gevaar dat, vanuit het perspectief van de cliënt, de hulpverlener te snel wil veranderen of dat de hulpverlener te traag wil veranderen.⁵⁵² Het is dus van belang dat de hulpverlening op het tempo van de cliënt verloopt en dat de hulpverlener *verschillende modules* ontwikkelt naar gelang 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.⁵⁵³

3.5.1.4 Behandeling versus begeleiding

In de opdrachtbepaling 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.⁵⁵⁴

Het is van belang het onderscheid tussen deze begrippen aan te geven.⁵⁵⁵

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.

⁵⁴⁷ D.A. BERNSTEIN, E.J. ROY, T.K. SRULL and C.D. WICKENS, *Psychology*, Houghton Mifflin Company, Boston, 1991, 461-462.

⁵⁴⁸ J.O. PROCHASKA and C.C. DICLEMENTE, "Toward a Comprehensive Model of Change", in W.E. MILLER and N. HEATHER (eds.), *Treating Addictive Behaviors, Processes of Change*, Plenum Press, New York, 1986, 3-27.

⁵⁴⁹ *Ibid.*, 5.

⁵⁵⁰ W.J. FUCHS and P. DEGKWITZ, "Harm Reduction in Europe, Trend, Movement or Change of Paradigm?", in *European Drug Research*, 1995, 1, 82.

⁵⁵¹ J.O. PROCHASKA and C.C. DICLEMENTE, *l.c.*, 6.

⁵⁵² *Ibid.*, 7.

⁵⁵³ *Ibid.*, 8.

⁵⁵⁴ Om de begripsverwarring te vermijden, wordt in dit onderzoek de inhoud van de *revalidatie*activiteiten onderzocht, om te kunnen concluderen of er in een MSOC sprake kan zijn van begeleiding of behandeling.

⁵⁵⁵ G. VAN BRUSSEL, "Druggebruik van jeugd tot geriatriesch probleem, een samenvatting", in B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE en I. PELC (reds.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^{ste} eeuw*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 162-163; GEMEENTE AMSTERDAM, *Koersen naar evenwicht, Hoofddijnen voor een Integraal Zorgbeleid voor harddrugverslaafden*, Bureau Maatschappelijke en Gezondheidszorg, Amsterdam, 1996, 10; 23.

Behandeling is gericht op het aanpakken van de oorzaken die aan de basis liggen van de afhankelijkheidsproblematiek door inzichtgevende gesprekvoering. Behandeling is gericht op ontwenning of gecontroleerd gebruik als uiteindelijke doelstelling.⁵⁵⁶

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, het ondersteunen van de cliënt en het leren leven en functioneren met de beperkingen eigen aan de problematiek. Volledig herstel is vaak niet mogelijk.⁵⁵⁷

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.⁵⁵⁸

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, etc.⁵⁵⁹

3.5.2 Het aanbod van laagdrempelige revalidatieactiviteiten

3.5.2.2 Procesevaluatie

3.5.2.2.1 De medische revalidatie

Bij de procesevaluatie van de medische behandeling maken we geen onderscheid tussen het MSOC van Gent en het MSOC van Oostende, omdat beide MSOC's de medische behandeling voor het grootste deel op dezelfde manier hebben ingevuld en uitgewerkt. Waar er wel een onderscheid is tussen beide MSOC's, wordt dit duidelijk aangegeven.

De medische revalidatie bestaat uit de begeleidingen door de arts, psychiater of verpleegkundige van de behandeling met substitutiemedicatie en van een ontwenning met behulp van degressief toegediende vervangingsmedicatie.⁵⁶⁰

3.5.2.2.1.1 Crisisopvang

De MSOC's geven onmiddellijke ambulante opvang van drugsverslaafden⁵⁶¹ die in een fysieke crisissituatie terechtkomen. In vele gevallen wordt dit opgevangen door een rustgevend of structurerend gesprek, concrete onmiddellijke oplossingen of een aanzet ertoe,

⁵⁵⁶ B. MINJON en R.D.F. WOLTERS, *Hulpverlening bij verslavingsproblemen*, Samsom Uitgeverij, Brussel 1988, 45.

⁵⁵⁷ G. DOM, "Verkenning van het terrein", in G. DOM (red.), *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*, Epo, Berchem, 1999, 51.

⁵⁵⁸ B. MINJON en R.D.F. WOLTERS, o.c., 45.

⁵⁵⁹ G. VAN BRUSSEL, l.c., 162-163.

⁵⁶⁰ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 10.

⁵⁶¹ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 3.

medicatie en/of ambulant verder onderzoek, informatie en/of geruststelling. In andere gevallen wordt doorverwezen.⁵⁶²

3.5.2.2.1.2 Substitutiebehandeling

De meerderheid van cliënten die een revalidatieprogramma volgen, volgen een substitutieonderhoudsbehandeling of substitutieafbouw.⁵⁶³

De *methadonsubstitutiebehandeling* in het MSOC van Gent verloopt in de beginfase van de behandeling zes dagen per week. Cliënten nemen onder toezicht van een verpleegkundige hun vervangingsmedicatie in in het MSOC of melden zich 5 à 6 dagen per week aan in een apotheek waar zij onder toezicht de medicatie innemen.

De meer gestabiliseerde cliënten hoeven zich niet meer dagelijks in het centrum of bij de apotheek aan te bieden. Zij kunnen enkele keren per week naar het centrum of bij de apotheek komen en ter plaatse hun vervangingsmedicatie innemen. In dit geval krijgen zij voor de rest van de dagen van de week hun medicatie mee of krijgen zij een voorschrift waarmee zij hun medicatie bij de apotheek kunnen afhalen.⁵⁶⁴

Methadon wordt in het MSOC van Oostende altijd per dagdosis verstrekt. Enkel in uitzonderlijke situaties (bijvoorbeeld in een verlofperiode van de apotheek) of wanneer cliënten werk hebben en niet dagelijks naar het MSOC kunnen komen, wordt methadon voor meerdere dagen meegegeven. Normaal gesproken wordt methadon ook verstrekt in het MSOC en niet door apotheek. Enkel wanneer cliënten te ver van het MSOC wonen of wanneer ze een lange periode gestabiliseerd zijn, kan de methadon ook door de apotheker verstrekt worden.

De *progressieve afbouw* wordt slechts aangeboden indien er een sterke motivatie is bij de cliënt of indien zowel de cliënt als de hulpverlener voldoende argumenten hebben om aan te nemen dat de slaagkans voldoende groot is.⁵⁶⁵ Tijdens de follow-up gesprekken kan blijken dat bepaalde cliënten meer gebaat zijn met een meer gespecialiseerde aanpak, of een verdere begeleiding door een huisarts of psychiater of een residentiële behandeling. In deze gevallen wordt er doorverwezen.⁵⁶⁶

⁵⁶² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 2000, 18*; STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum, Oostende, 2000, 3*.

⁵⁶³ P. VAN DEUN, "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", *l.c.*, 503-522.

⁵⁶⁴ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 1999, 14*.

De rol van de apotheker in de begeleiding van problematische druggebruikers kan, zeker door de regelmatige contacten met de gebruiker, niet onderschat worden; zie: 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, 80.

⁵⁶⁵ Zie ook: C.E. STRAIN, "Beginning and Ending Methadone Dosing", in E.C. STRAIN and M.L. STITZER (eds.), *Methadone Treatment for Opiate Dependence*, John Hopkins University Press, Maryland, 1999, 59.

⁵⁶⁶ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 1999, 20*.

Tabel 47: Substitutie behandeling in het MSOC Gent

	1997			1998			1/12/1999	
	N	%		N	%		N	%
Wel methadonprogramma	128	44		Geen bruikbare gegevens beschikbaar			392	
Geen methadonprogramma	161	56					Niet vermeld	
Methadon ooit in MSOC	/	/						
TOTAAL	289	100						
Plaats van verstrekking								
In apotheek	148	98		243	93		±342	87
In MSOC	3	2		17	7		±50	13
TOTAAL	151	100		260	100		392	100

De rapportering in verband met het al dan niet volgen van een methadonprogramma verschilt van jaar tot jaar. Het is dan ook niet mogelijk zinvolle uitspraken te doen over de evolutie ervan.

Op 1 december 1999 namen **392** opiaatafhankelijke cliënten deel aan het methadonprogramma in het MSOC van Gent.⁵⁶⁷ Het aantal cliënten dat geen methadon behandeling krijgt, is niet vermeld. Het is ook niet mogelijk uitspraken te doen over het aandeel van de cliënten die methadon krijgen binnen een onderhoudsbehandeling en in het kader van afbouw, omdat hierover geen cijfers ter beschikking zijn.

Uit het overzicht van *de plaats van de verstrekking* blijkt dat in 1997 en 1998 het overgrote deel van de cliënten - meer dan 90 % - hun methadon bij de *apotheek* afhalen. Tussen 1997 en 1999 zien we een stijging van het aantal cliënten dat in het MSOC zijn methadon afhaalt. Dit kan echter niet met zekerheid worden gezegd aangezien de cijfers voor 1999 slechts schattingen zijn voor een momentopname (1 december 1999).

Tabel 48: Substitutiebehandeling in het MSOC Oostende⁵⁶⁸

	2000	
	N	%
Wel methadonprogramma	208	47
Geen methadonprogramma	235	53
TOTAAL	443	100
Plaats van verstrekking		
In apotheek	12	5,5
In het MSOC	118	56,5
MSOC + apotheek	79	38
TOTAAL	208	100

⁵⁶⁷ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 2000, 26.*

⁵⁶⁸ STAD OOSTENDE, *Jaarverslag MSOC Oostende 2000*, niet gepubliceerd document, s.l.n.d.

Voor 1999 zijn geen exacte cijfers ter beschikking over de substitutiebehandeling in het MSOC van Oostende. Het MSOC schat dat de verhoudingen voor 1999 analoog zijn aan die voor 2000.

Iets minder dan de helft van de cliënten van het MSOC van Oostende volgt in 2000 het methadonprogramma. Ook hier wordt in de registratie geen onderscheid gemaakt tussen de cliënten die methadon krijgen binnen een onderhoudsbehandeling en in het kader van afbouw.

Het aandeel van *apothekers* in de bedeling van methadon is beperkt in Oostende. Meer dan de helft van de cliënten krijgt zijn methadon in het MSOC zelf.

Voor die cliënten die hun methadon in de apotheek en in het MSOC krijgen, gaat het om cliënten die omwille van hun job niet tijdens de kantooruren naar het MSOC kunnen komen, om cliënten die na een periode van stabiliteit een terugval hebben en terugkeren naar het MSOC, of om cliënten die naar het MSOC komen wanneer hun apotheek met vakantie is.

Uit cijfers van de registraties van de hoofdinspectie van de apotheek⁵⁶⁹, blijkt dat in 1996 in Oost-Vlaanderen 156 mensen (of 1,1 per 10.000 inwoners) methadon kregen. In West-Vlaanderen ging dit om 98 mensen (of 0,8 per 10.000 inwoners).

Oost- en West-Vlaanderen zaten daarbij ver onder het gemiddelde voor Vlaanderen (2,06 per 10.000 inwoners) en voor België (6,51 per 10.000 inwoners).

Deze cijfers geven een beeld van het aantal mensen dat methadon kreeg voor de komst van het MSOC in Gent en Oostende. Uit de cijfergegevens van het “Belgian National Report on drugs 2000” blijkt duidelijk dat sinds het begin van de jaren '90 een zeer sterke toename is van de verstrekking van methadon.⁵⁷⁰ Het is wel duidelijk dat het MSOC een aandeel heeft gehad in de stijging van het gebruik van methadon, maar hoe groot dat aandeel is, zou verder moeten onderzocht worden.

3.5.2.2.1.3 Spuitenruil

Sinds januari 2001 is het *MSOC van Gent* gestart met de voorbereiding van een project “Gezondheidsbevordering bij Injecterende Druggebruikers”. Dit project verloopt in samenspraak met de drugcoördinator, het straathoekwerk en de diensten van De Kiem en De Sleutel. Het project wordt gefinancierd door de Minister van Grootstedenbeleid. Het heeft de bedoeling door gezondheidspromotie injecterende druggebruikers te ondersteunen. Het ruilen van spuiten is een onderdeel van dit project.⁵⁷¹

Ook in Vlaanderen is de organisatie van spuitenverdeling/ruil geregeld sinds eind 2000. De Vlaamse MSOC's krijgen de opdracht de lokale en provinciale coördinatie van dit project op zich nemen.⁵⁷²

De VAD heeft in dit kader eind januari een samenwerkingsakkoord met het *MSOC van Gent* afgesloten.⁵⁷³

Ook in *Oostende* keurde de gemeenteraad in juni 2001 de start van het project spuitenruil en de samenwerkingsovereenkomst tussen het MSOC van Oostende en de VAD goed.⁵⁷⁴ Dit kan

⁵⁶⁹ HOGE GEZONDHEIDSRAAD, *o.c.*, 23.

⁵⁷⁰ P. LEURQUIN, L. BILS, F. HARIGA, S. KÖTTGEN, F. LAUDENS en M. VANDERVEKEN, *o.c.*, 56.

⁵⁷¹ STAD GENT, *Grootstedenbeleid, projectdossier 2000*, *o.c.*, 46-67.

⁵⁷² VLAAMSE REGERING, *Besluit van de Vlaamse Regering houdende de subsidiëring van de organisatie van een spuitenverdeling / -ruil in Vlaanderen*, Brussel, 15.12.2000, 5 p.

⁵⁷³ Samenwerkingsovereenkomst tussen de VAD en het MSOC Gent betreffende de lokale tot provinciale organisatie van spuitenverdeling / -ruil, 29.01.2001.

alleen maar toegejuicht worden, aangezien het belang van een spuitenruilproject in het terugdringen van de verspreiding van het HIV-virus kan niet onderschat worden.⁵⁷⁵

3.5.2.2.1.4 Hepatitisvaccinaties – en behandelingen

Het MSOC van Gent voert een *actieve politiek* op het vlak van hepatitisvaccinaties- en behandelingen. Het MSOC verzamelt gegevens over de prevalentie van hepatitis C, hepatitis B en HIV in de regio en geeft gezondheidsvoorlichting en opvoeding over deze infecties. Het MSOC vaccineert cliënten tegen hepatitis B⁵⁷⁶ en heeft ook, in samenwerking met een algemeen ziekenhuis en het universitair ziekenhuis, een behandelingsprocedure voor een hepatitis C infectie met interferon ontwikkeld.⁵⁷⁷ Aanvankelijk werden de vaccins gefinancierd door de gezondheidsinspectie. Nu worden de vaccins gefinancierd mits een belangrijke reductie in de prijs van de betrokken firma en uit de inkomsten van het MSOC door de deelname aan het project case management.⁵⁷⁸

Het MSOC van Gent heeft bij twee derde van de 730 personen die over de laatste jaren contact namen met het MSOC een bloedafname uitgevoerd om na te gaan of zij geïnfecteerd werden met het hepatitis B of C virus⁵⁷⁹.

Negentig procent van diegenen die nog geen contact hadden gehad met het hepatitis B virus werden gevaccineerd. *De helft* van deze cliënten kon ondertussen reeds drie vaccins ontvangen. Een *tiental* cliënten zijn in behandeling voor chronische hepatitis C.⁵⁸⁰

3.5.2.2.2 De psychosociale revalidatie

3.5.2.2.2.1 Het MSOC van Gent

Het MSOC biedt de mogelijkheid van onmiddellijke ambulante opvang van drugsverslaafden die in een *crisissituatie* op sociaal of psychisch vlak zijn terechtgekomen. In vele gevallen wordt dit opgevangen door een rustgevend of structurerend gesprek, concrete onmiddellijke oplossingen of een aanzet ertoe, informatie en/of geruststelling. In andere gevallen wordt doorverwezen naar gespecialiseerde ambulante of residentiële hulpverlening of de thuislozenzorg.⁵⁸¹

⁵⁷⁴ STAD OOSTENDE, *Goedkeuring samenwerkingsovereenkomst VAD – Stad Oostende*, Uittreksel uit het notulenboek van de vergadering van de Gemeenteraad, 22 juni 2001, 4 p.

⁵⁷⁵ G.V. STIMSON, C. DES JARLAIS and A.L. BALL, *Drug injecting and HIV Infection*, WHO, UCL, London, 1998, 54.

⁵⁷⁶ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 30.

⁵⁷⁷ *Ibid.*, 17; Zie ook Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 4 De participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk, 4.3.1.1.2 Samenwerking met niet categoriale diensten of personen.

⁵⁷⁸ *Ibid.*, 34.

⁵⁷⁹ Er werd eveneens nagegaan wat de immuniteit is bij de cliënten tegen het hepatitis A-virus. Uit 100 serologische testen blijkt 70% geen immuniteit te hebben tegen het hepatitis A-virus. Aangezien een hepatitis A infectie bij een persoon die een chronische hepatitis C heeft een ernstig verhoogd risico geeft, blijkt hieruit dat het zinvol zou zijn in de toekomst een vaccin toe te dienen dat bescherming biedt tegen beide virussen. De vaccinaties met het combinatievaccin werden eind 2000 gestart.

⁵⁸⁰ MSOC GENT, o.c., 20.

⁵⁸¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 18; STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 3.

De *psychosociale begeleiding* bestaat uit individuele begeleidings- en diagnostische contacten van de artsen, de psychiater en de psychologen met de cliënt. De sociale begeleidingsgesprekken worden door de maatschappelijke assistent gedaan. De gezins- en relatiebegeleidingen gebeuren door alle hulpverleners.⁵⁸²

Om ervoor te zorgen dat ook in het MSOC van Gent niet cliënten van het MSOC in contact kunnen komen met het MSOC en de hulpverlening cliënten, via informele contacten, kan ondersteunen en begeleiden, zou het zinvol kunnen zijn ook in het MSOC van Gent *een informeel ontmoetingsmoment* te organiseren, naar analogie van het initiatief in het MSOC van Oostende. Dergelijk ontmoetingsmomenten kunnen de aanzet vormen tot een verdere begeleiding in het MSOC.

3.5.2.2.2 Het MSOC van Oostende

De psychosociale begeleiding kan zich richten op diverse probleemgebieden: financieel, administratief, justitieel, relationeel, emotioneel, opvoedkundig,...⁵⁸³

Op het *sociaal terrein* wordt gewerkt aan de basisbehoeften van de cliënt, het herstellen van het contact met de familie, het zinvolle invullen van de vrije tijd en het structureren van de daginvulling. Bovendien wordt de cliënt geholpen bij het zoeken naar werk en gestimuleerd tot het volgen van opleidingen.

Op het *psychologisch terrein* situeert zich het diagnosticeren en behandelen van psychologische problemen die aan de basis liggen van het druggebruik of die het druggebruik instandhouden, het behandelen van neuroses, depressies, angststoornissen,... Het verhogen van de weerbaarheid van de cliënt, het werken aan het zelfvertrouwen en een positief zelfbeeld en het begeleiden bij familiale en relationele problemen, behoren eveneens tot het psychologisch terrein.⁵⁸⁴

Driemaal per week is er *instuif* van 16 uur tot 19 uur. Een straathoekwerker en een permanentieverantwoordelijke zijn aanwezig. Problematische druggebruikers kunnen op de instuif terecht, ook wanneer ze geen hulpvraag hebben. Ze kunnen er kennismaken met de hulpverlening van het MSOC of even op hun positieven komen. Via themamomenten leren cliënten weer praktische vaardigheden aan. Het aangeboden wekelijks sportuurtje is tijdelijk geschrapt wegens te onregelmatige opkomst.⁵⁸⁵ Er is ook aandacht voor het herstel van het dagritme. Doordat alle activiteiten in groep worden georganiseerd, is er aandacht voor het verbeteren van sociale vaardigheden.⁵⁸⁶

Deze instuif leidt tot zeer veel positieve informele contacten tussen de hulpverlener en de cliënt. Een zogenaamd “bondgenootschap” werkt sterk motivatieverhogend en heeft reïntegratie-effecten. Uit de focusgroep in Oostende blijkt duidelijk de meerwaarde van een peer group benadering.⁵⁸⁷

⁵⁸² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 2000, 10.*

⁵⁸³ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998, Oostende, 1999, 2-3.*

⁵⁸⁴ STAD OOSTENDE, *Startconferentie MSOC Oostende*, niet gepubliceerd document, Oostende, 21 maart 1998, 9-10.

⁵⁸⁵ E. MEES, “MSOC Oostende”, *l.c.*, 6-7.

⁵⁸⁶ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC, Gent, 2000, 4.*

⁵⁸⁷ G. BOSMAN en F. BULLENS, *Focusgroepen, Oostende, 2001.*

In 1996 kregen de straathoekwerkers reeds heel wat vragen van ouders. Het MSOC heeft *oudergroepen* samengesteld.⁵⁸⁸ De groep bestaat uit ouders van mensen met een verslavingsproblematiek.⁵⁸⁹ Het is de groep zelf die de inhoud bepaalt van zijn vergaderingen, de groep kan hij hierbij rekenen op de begeleiding van het MSOC. Omdat het om een gesloten groep ging, werd er in 1999 een tweede groep gestart waarbij de eerste oudergroep als referentie en als steun fungeert.⁵⁹⁰

Ook al is de organisatie van een oudergroep een antwoord op reële vragen en op het gebrek aan een hulpverleningsaanbod in de regio, toch kan dit ongewenste effecten hebben, zoals het aanzuigen van niet doelmatig cliënteel en het verhogen van de drempel door de aanwezigheid van de ouders. Dit laatste zorgt ook voor moeilijkheden voor de hulpverleners in het MSOC over de vraag wie hun cliënt is: de ouders of de problematische druggebruikers.

3.5.2.2.3 De verhouding tussen de medische en de psychosociale begeleiding

3.5.2.2.3.1 Het MSOC van Gent

Tabel 49: Begeleidingsvorm van het MSOC Gent op basis van het aantal intakes

	1997		1998	
	N	%	N	%
Alleen medisch	140	48	112	41
Alleen psychosociaal	38	13	28	10
Beide	106	37	133	49
Onbekend	5	1	1	0
TOTAAL	289	100	274	100

De stijging van de categorie “beide” doet veronderstellen dat meer en meer wordt gekozen voor de combinatie van een medische en psychosociale behandeling bij de start van de begeleiding.

Of deze trend zich heeft doorgezet in 1999 kan niet worden nagegaan aangezien de cijfers van 1999 zijn gebaseerd op het totaal aantal *reële contacten*. De cijfers voor 1997 en 1998 verwijzen naar het aantal *intakes*.

Tabel 50: Begeleidingsvorm van het MSOC Gent op basis van het aantal contacten

	1999	
	N	%
Alleen medisch	12440	74
Alleen psychosociaal	2613	16
Beide	1751	10
Onbekend	-	-
TOTAAL	16804	100

⁵⁸⁸ K. PYLYSER, *Vergadering werkgroep psycho-sociale luik MSOC*, Oostende, 20/12/96, niet gepubliceerd document, 3.

⁵⁸⁹ E. MEES, “MSOC Oostende”, l.c., 7.

⁵⁹⁰ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 3.

Uit de rapportage van 1999 blijkt dat *driekwart* van de contacten *medische contacten* zijn. 26 % van de contacten zijn een combinatie van medische en psychosociale begeleiding of louter psychosociale begeleiding.

De contacten voor cliënten die voor de methadonverstrekking kwamen, zijn niet in het totaal aantal contacten begrepen.

Tabel 51: Het aantal contacten in het MSOC Gent⁵⁹¹

2000	N	%
Aantal contacten voor methadonverstrekking ter plaatse	12052	46
Aantal contacten medisch	11985	45
Aantal contacten psychosociaal	2329	9
TOTAAL	26366	100

Uit het overzicht van het aantal contacten in 2000 kunnen we afleiden dat het aandeel van de psychosociale contacten verder is gedaald. Procentueel kadert bijna de helft van de contacten in de verstrekking van de methadon in het MSOC. Wanneer we abstractie maken van het aantal contacten met cliënten die voor de methadonverstrekking naar het MSOC komen, dan blijken 83,7 % van de contacten medisch en 16,3 % van de contacten psychosociaal te zijn. In 2000 wordt niet meer aangegeven in hoeveel procent van de gevallen de medische en de psychosociale contacten worden gecombineerd.

3.5.2.2.3.2 Het MSOC van Oostende

Tabel 52: Het aantal medische en psychosociale gesprekken in het MSOC Oostende op basis van het aantal gesprekken⁵⁹²

		1999 (03/11/1999- 31/12/1999)	2000 (01/01/2000- 30/12/2000)
	Aantal FTE	Aantal gesprekken	%
Medisch	1,6	531	50,5
Psychosociaal	4,9	517	49,5
TOTAAL	6,5	1048	100

In het MSOC van Oostende is de verhouding tussen de medische en de psychosociale begeleidingen in evenwicht. Ongeveer 50% van de begeleiding zijn medisch en psychosociaal.

3.5.2.2.3.3 Aanmerkingen

Het MSOC van Gent plaatst zelf een aantal kanttekeningen bij de cijfers uit de jaarverslagen.⁵⁹³

⁵⁹¹ MSOC GENT, o.c., 16.

⁵⁹² De gesprekken werden pas vanaf 03/11/ 1999 opgeslagen in de computer.

⁵⁹³ MSOC GENT, *Bespreking ontwerp deelrapport, Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra van Gent en Oostende*, Gent, 30/07/2001.

De registratie in het MSOC gebeurt op basis van de RIZIV-verplichting om minstens één consult in te schrijven op naam van een begeleider en dit in een weekregister te rapporteren naar het RIZIV. Een tweede of derde consult wordt niet meer doorgegeven omdat dit geen nut heeft voor de facturatie. Aangezien de eerste opvang van cliënten normaal gesproken bij de sociaal verpleegkundige gebeurt of de cliënt eerst bij de arts gaat voor deze door de psychosociale begeleiders wordt gezien, gebeurt er steeds een onderrapportage van het aantal psychosociale begeleidingen.

De psychosociale begeleiders houden persoonlijk een registratie bij van hun contacten een dagboek, maar deze gegevens werden enkel in 1997 en in 1998 gecentraliseerd. Dit verklaart ook waarom de cijfers uit het jaarverslag van 1999 en 2000 niet het aantal reële contacten weergeeft, maar het aantal geregistreerde contacten in functie van de facturatie.

Het MSOC van Gent heeft, op basis van de registratie van de psychosociale begeleidingen in het dagboek van de maatschappelijk werkers en de psychologen, een *steekproef* uitgevoerd voor de periode van 5 maart tot 31 maart 2001. Op basis van deze steekproef blijken **39 %** van de consulten psychosociaal te zijn en **61 %** van de consulten medisch te zijn.

Tabel 53: Aantal prestaties per personeelslid voor de periode van 5 maart-31 maart 2001 op basis van de dagboeken

	N	percent	weektotaal
maatschappelijk werk en psychologen	378	39%	94,5
huisartsen en psychiater	592	61%	148
TOTAAL	970	100%	242,5

Het is jammer dat deze wijze van registreren niet in de jaarverslagen van het MSOC van Gent werd opgenomen. Zonder rapportering van de manier van registreren, trekt de lezer terechte conclusies op basis van het hem/haar gepresenteerde cijfermateriaal. Dat deze conclusies achteraf – terecht – worden verbeterd door het MSOC verandert niets aan het feit dat de oorspronkelijke rapportering niet strookt met de realiteit.

Dit onderstreept nogmaals het belang van een consistente en duidelijke manier van registreren en rapporteren. Een registratie zoals hierboven aangegeven is zinvol voor de facturatie. Om een correct beeld te krijgen van de werking van het MSOC, biedt een registratie op basis van de aard (alleen medisch, alleen psychosociaal of een combinatie), de frequentie (aantal consulten per week, per maand) en de evolutie van de aard en frequentie van de consulten per cliënt, ongetwijfeld een meerwaarde, ook en vooral voor de MSOC's zelf.

In de steekproef (tabel 53) werd de aard van het consult geregistreerd, maar niet de aard van het consult per cliënt, waardoor de combinatie medisch/psychosociaal niet kan worden afgeleid op basis van de gepresenteerde cijfers.

Het MSOC haalt ook aan dat ook de artsen, psychiater en sociaal verpleegkundige psychosociale begeleidingsgesprekken doen.

Men kan zich de vraag stellen of een begeleiding in dit kader gelijk kan gesteld met de specificiteit van de begeleiding door een maatschappelijk werker of een psycholoog.

Tenslotte stelt het MSOC van Gent nog dat er inderdaad meer medische dan psychosociale begeleidingen gebeuren en dat het aantal medische begeleidingen is toegenomen met de jaren. Gezien de ondercapaciteit en het principe dat alle hulpvragen worden opgevangen, wordt bij een deel van de cliënten alvast met een medische begeleiding gestart in afwachting van een verdere begeleiding op andere domeinen en / of andere plaatsen.

Het MSOC van Gent blijkt *zeer sterk medisch gericht* te werken bij de revalidatie van de cliënten.

Ondanks de aanmerkingen van het MSOC bij de geregistreerde cijfers van het MSOC voor de jaren 1999 en 2000, blijkt uit de steekproef uitgevoerd door het MSOC in de maart 2001, dat verhouding medisch-psychosociaal toch nog 60/40 bedraagt.

Het MSOC stelt bovendien in haar aanmerkingen bij de cijfers dat de eerste opvang van cliënten normaal gesproken bij de sociaal verpleegkundige gebeurt of dat de cliënt eerst bij de arts gaat voor deze door de psychosociale begeleiders wordt gezien.

Het MSOC van Gent vereist niet dat bij het volgen van een methadon- of een ander medicatieprogramma de cliënten ook psychosociaal worden opgevolgd. Onderzoek heeft evenwel aangetoond dat door psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingsvormen te combineren, het beloop door psychoactieve stoffen kan verbeteren.⁵⁹⁴

Psychosociale begeleiding om de reïntegratie van cliënten te bevorderen dient, zo vroeg mogelijk, aan de methadonverstrekking gekoppeld te worden.⁵⁹⁵ Methadonverstrekking op zich heeft onvoldoende motiverende effecten, onvoldoende verandering in het risicogedrag en de levensstijl tot gevolg en heeft een weinig emancipatorisch effect op de ontwikkeling en integratie van de druggebruikers.⁵⁹⁶

Binnen de harm reduction benadering blijkt er algemeen een relatief verlies aan het belang van de relationele therapie ten koste van de somatische oriëntatie, waar de nadruk wordt gelegd op geassocieerde aandoeningen en een verbetering van het algemeen welzijn van de cliënt. Minder nadruk op gedragsverandering gaat gepaard met de versoepeling van de toegang tot de substitutietherapie.⁵⁹⁷ De Hoge Gezondheidsraad stelt een ‘de-psychologisatie’ vast van de aanpak van verslaafden bij talrijke artsen die werken volgens de harm reduction benadering.⁵⁹⁸ Uit onderzoek in Groot-Brittannië blijkt dat in de ambulante programma’s, “*levels of individual and group counseling, (...) were considerably lower than among the residential programmes*”.⁵⁹⁹

Het hoeft geen betoog dat, voor een goede aanpak van het problematisch druggebruik, zowel het medische, als het psychosociale luik van een begeleiding, noodzakelijk zijn.⁶⁰⁰

Uit onderzoek blijkt het belang van een gedifferentieerde substitutiebehandeling van problematische druggebruikers.⁶⁰¹ “*Treatment programmes with a greater range and quantity*

⁵⁹⁴ Dat was reeds bekend van de stof disulfiram (Refusal®, Antabus®). Omdat deze stof vaak voorgeschreven werd zonder enige vorm van psychosociale ondersteuning, had het weinig effect; zie: C.A.J. DE JONG, G.M. SCHIPPERS en W. DE WILDT, “Het gebruik van farmaca bij de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen”, in W.R. BUISMAN (red.), *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, losbl, B 4336-5.

Voor het belang van de verstrekking van methadon als onderdeel van een gestructureerd behandelingsprogramma, Zie ook F. HEIJMAN, *Van methadonverstrekking naar een gedifferentieerde verslavingszorg, Optimale zorgcombinaties voor chronische drugsverslaafden in Rotterdam*, Boumanhuis/Symbion, Rotterdam, 2000, 6.

⁵⁹⁵ B. DE RUYVER, J. VAN BOUCHAUTE en T. BALTHAZAR, *Methadon, Hulpmiddel of wondermiddel?*, Garant, Leuven, Reeks Alcohol en Andere Drugs, nr. 2, 1994, 132.

⁵⁹⁶ MINJON, B., “Methadon, toepassingen in de drughulpverlening”, in W.R. BUISMAN (red.), *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, losbl, B 4370-12.

⁵⁹⁷ HOGE GEZONDHEIDSRAAD, o.c., 36-37.

⁵⁹⁸ *Ibid.*, 40.

⁵⁹⁹ D. STEWART, M. GOSSOP, J. MARSDEN and J. STRANG, “Variation between and within Drug Treatment Modalities, Data from the National Treatment Outcome Research Study (UK)”, in *European Addiction Research*, 2000, 6, 3, 112.

⁶⁰⁰ Zie ook: J.A. TUCKER, “Reformulating the addictive behavior change process: Changing addictive behavior: Historical and contemporary perspectives”, in: J.A. TUCKER, D. DONOVAN and A. MARLET (eds.), *Changing addictive behavior, Bridging clinical and public health strategies*, Guilford, New York, 1999, 1-44.

*of counselling services have been shown to have more favourable client outcomes.”*⁶⁰²

Psychosociale begeleiding blijkt een positief effect te hebben op het zelfvertrouwen en de psychische stabiliteit van cliënten.⁶⁰³ Andere studies hebben aangetoond dat de participatie van cliënten in programma's onmiddellijk verband houdt met de mate waarin cognitieve en gedragsmatige veranderingen konden bereikt worden tijdens de behandeling.⁶⁰⁴

Het is van belang op een systematische manier aandacht te besteden aan de zelfwaardering van de cliënt, het ontwikkelen van sociale en affectieve vaardigheden en het vinden van alternatieven voor het gebruikersbestaan door scholing, werk- en vrijetijdsbesteding,⁶⁰⁵ arbeidsbemiddeling en huisvestingsproblemen.⁶⁰⁶

Het MSOC van Oostende bewaakt het *evenwicht* tussen de medische en de psychosociale begeleiding. Ongeveer 50 % van de begeleidingen zijn medisch; 50 % zijn psychosociale begeleidingen. De aandacht voor de psychosociale aspecten van de revalidatie in het MSOC van Oostende komt onder meer tot uiting in de inspanningen die het MSOC levert om, via de organisatie van een instuif, cliënten (opnieuw) praktische vaardigheden aan te leren, hun dagritme te herstellen en hun sociale vaardigheden te verbeteren. In het MSOC van Oostende worden cliënten die in een methadon- of een ander medicatieprogramma zijn opgenomen, ook steeds psychosociaal opgevolgd en ondersteund.⁶⁰⁷

3.5.2.2.4 Toeleiding naar de hulpverlening

3.5.2.2.4.1 Het MSOC van Gent

1/ Het verwijlsbeleid

Het verwijlsbeleid van het MSOC van Gent wordt gecentraliseerd bij de coördinator of de directeur. Het *team* bespreekt wekelijks de nieuwe intakes en de verwijzingen van de vorige week. De coördinator, indien nodig in overleg met de directeur, beslist over elke verwijzing en volgt zelf deze verwijzingen op. De artsen beslissen over de verwijzingen naar de somatische gezondheidszorg.⁶⁰⁸

De voorzieningen waar het meest mee wordt samengewerkt, hebben een vaste contactpersoon aangeduid. Een gestandaardiseerd verwijlsformulier werd ingevoerd voor alle verwijzingen. Bij een verwijzing wordt steeds vooraf overlegd met het beleid van de voorzieningen

⁶⁰¹ M. KRAUSZ, “Editorial, New Developments towards Differentiated Treatment Programmes”, in *European Addiction Research*, 2000, 6, 1, 1.

⁶⁰² D. STEWART, M. GOSSOP, J. MARSDEN and J. STRANG, “Variation between and within Drug Treatment Modalities, Data from the National Treatment Outcome Research Study (UK)”, in *European Addiction Research*, 2000, 6, 3, 112.

⁶⁰³ U. VENTHUN, P. RASCHKE and J. KALKE, “Methadone Therapy in Hamburg”, in *European Drug Research*, 1995, 2, 1, 104.

⁶⁰⁴ D. STEWART, M. GOSSOP, J. MARSDEN and J. STRANG, “Variation between and within Drug Treatment Modalities, Data from the National Treatment Outcome Research Study (UK)”, in *European Addiction Research*, 2000, 6, 3, 112.

⁶⁰⁵ B. MINJON, “Methadon, toepassingen in de drughulpverlening”, in W.R. BUISMAN (red.), *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, losbl, B 4370-14.

⁶⁰⁶ A. STRUYVENBERG, W. VAN DEN BRINK en M.A. VAN GOPPEL, Het medisch perspectief van drugsgebruik, in BLOM, T., DE DOELDER, H. en HESSING, D.J. (reds.), *Naar een consistent drugbeleid*, Sanders Instituut, Deventer, 1996, 29.

⁶⁰⁷ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 2-3.

⁶⁰⁸ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 17-18.

waarnaar verwezen wordt. Ter gelegenheid van overleg over casussen worden deze voorzieningen af en toe bezocht. Met de Crisis-Detox afdeling van psychiatrisch Centrum Sleidinge, leidde dit overleg tot een gedetailleerde onderlinge afstemming, namelijk standaardprocedures bij verwijzing en ontslag en de eerste aanzetten tot een gemeenschappelijk behandelingsplan over gemeenschappelijke cliënten. Gelijkaardige procedures werden, zij het minder gedetailleerd, ontwikkeld met de Eenheid Verslavingszorg van het Psychiatrisch Centrum Zelzate.⁶⁰⁹

Het MSOC van Gent overlegt maandelijks met het Dagcentrum van de Sleutel, het CIC en De Kiem.⁶¹⁰

2/ Doorverwijzingen naar het MSOC van Gent

Tabel 54: Doorverwijzingen naar het MSOC Gent⁶¹¹

	1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cliënt eigen initiatief	52	18	43	15	57	19	38	17,5
Cliënt MSOC	77	27	103	37	130	43	92	42,4
Omgeving	30	10	24	9	24	8	21	9,7
Druglijn	Geen registratie in 97-98				9	3	/	/
Huisarts	28	8	26	9	13	4	13	6
Andere hulpverleningsinstanties	55	15	59	21	51	17	42	19,5
<i>Algemeen welzijnswerk</i>	33	9	30	9	27	(9)	13	6
<i>Drughulpverlening</i>	10	2	19	6	24	(8)	14	6,5
<i>Andere</i>	12	3	10	3	/	/	15	7
Justitiële instanties	36	12	24	9	21	7	11	5
Andere	2	1	/	/	/	/	/	/
Niet geregistreerd/onbekend	9	3	0	0	/	/	/	/
TOTAAL	372	100	338	100	305	100	217	100

“/” in de tabel betekent dat deze categorie niet voorkwam in de registratie.

In 1999 en 2000 komen 70 % van de doorverwijzingen naar het MSOC vanuit de niet professionele sector: het gaat daarbij om doorverwijzingen afkomstig van de cliënt zelf (19% in 1999 en 17,5 % in 2000), van een andere cliënt van het MSOC (ongeveer 43% in 1999 en in 2000) of van de omgeving van de cliënt (8% in 1999 en bijna 10% in 2000).

⁶⁰⁹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 16.

⁶¹⁰ Zie Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 4 De participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk, 4.3.1.1.1 Samenwerking met de categoriale diensten.

⁶¹¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1998, 38; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 47; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 22; MSOC GENT, o.c., 4.

Het is opvallend dat de proportie van de categorie “cliënt MSOC” bij de doorverwijzingen stijgt doorheen de werkingsjaren 1997-1998-1999. In 2000 zet deze trend zich niet verder door.

Doorheen de jaren blijft het aandeel van de hulpverlening in de doorverwijzingen naar het MSOC beperkt (iets minder dan 20%).

3/ Doorverwijzingen vanuit het MSOC van Gent

Tabel 55: Doorverwijzingen vanuit het MSOC Gent

	1997 ⁶¹²	
	N	%
Categoriale hulpverlening	61	21
Niet categoriale hulpverlening	188	64
Beide	38	13
Onbekend	3	1
TOTAAL	291	100

	1998 ⁶¹³		1999		2000 ⁶¹⁴		
	N	%	N	%	N		%
					[1]	[2]	
Ambulante drughulpverlening	8	5	40	10	56	50	14
Residentiële drughulpverlening	139	83	80	20	64	48	16
Psychiatrische centra	/	/	181	45	176	84	44
Algemeen welzijnswerk	/	/	45	11	54	49	13,5
Algemene ziekenhuizen	20	12	60	15	50	45	12,5
Straathoekwerk	1	0	/	/	/	/	
TOTAAL	168	100	406	100	400	276	100

[1] aantal doorverwijzingen

[2] aantal betrokken cliënten

⁶¹² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 1998, 40.

⁶¹³ Deze cijfers geven het aantal verwezen personen aan, bepaalde personen werden meermaals verwezen. In 1999 werden in totaal 406 cliënten verwezen, zie: STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 28.

⁶¹⁴ MSOC GENT, o.c., 16-17.

Bijna twee derde van de verwijzingen in 1997 gebeurt naar de niet categoriale hulpverlening. Door de verfijning in de registratie van doorverwijzingen in 1999 t.o.v. 1998, kan worden vastgesteld dat bijna de helft van de doorverwijzingen in 1999 in de richting van psychiatrische centra met een drugspecifiek aanbod gebeurde. 30 % van de verwijzingen van het MSOC gaan in 1999 en in 2000 naar de drughulpverlening. In 2000 zien we een stijging van de verwijzing naar de ambulante drughulpverlening ten nadele van de residentiële drughulpverlening.

3.5.2.2.4.2 Het MSOC van Oostende

1/ Het verwijsbeleid

Voor puur medische zaken, diagnostische en therapeutische interventies, gebeuren de doorverwijzingen lege artis. Bij de gevallen van doorverwijzing voor substitutie of afbouw van druggebruik naar een gespecialiseerd centrum wordt, behalve bij hoogdringendheid, het team geraadpleegd.

Wanneer blijkt dat in het verloop van de begeleiding een doorverwijzing aangewezen is, dan stelt de begeleider dit aan de cliënt voor. Wordt dit door de cliënt aanvaard, dan wordt de doorverwijzing samen geregeld.

Een 'doorverwijzing' die, zonder dat het op dat moment past in het behandelingsplan, door de cliënt zelf geregeld wordt, wordt niet gesteund door de begeleider. De cliënt kan wel gebruik maken van sommige faciliteiten van het centrum, zoals adressen, informatiefolders en eventueel de telefoon.

Met meerdere diensten waarnaar het MSOC van Oostende doorverwijst, bestaan overeenkomsten wat betreft de aard en manier van informatie doorstroming, zoals het doorgeven van gegevens via fax of brief. Het MSOC heeft ook een contactpersoon bij diensten waar regelmatig naar wordt doorverwezen.⁶¹⁵

Binnen de Medische werkgroep en de Psychosociale werkgroep werden afspraken over de doorverwijzing gemaakt met verschillende diensten. Er werden ook afspraken gemaakt rond doorverwijzing met de verschillende ziekenhuizen in Oostende. Daarnaast vindt overleg plaats met deze diensten rond de doorverwijzing van individuele cliënten.⁶¹⁶

2/ Doorverwijzingen naar het MSOC van Oostende

Tabel 56: Doorverwijzingen naar het MSOC Oostende⁶¹⁷

	1998		1999	
	N	%	N	%
Eigen initiatief	36	17	/	/
Gebruiker	15	7	57	40
Omgeving	66	31	44	31
Welzijn en GGZ	36	17	19	13
Straathoekwerk	35	16	/	/

⁶¹⁵ E. MEES, *Interne afspraken voor doorverwijzingen*, niet gepubliceerd document, 2001, 1.

⁶¹⁶ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 4.

⁶¹⁷ STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, bijlage.

Gespecialiseerde centra	10	5	2	1
Medisch psychiatrisch	0	0	1	1
Juridisch	17	8	20	14
TOTAAL	215	100	143	100
Onbekend	16		231	

Ook in het MSOC van Oostende blijkt dat in 1999 70 % van de doorverwijzingen van een andere gebruiker (40%) of van de omgeving van de gebruiker (31 %) kwam. Het is opvallend dat het aandeel van de gespecialiseerde diensten in de doorverwijzing zeer beperkt blijft (1%).

3/ Doorverwijzingen vanuit het MSOC van Oostende

Over de verwijzing naar andere diensten en voorzieningen hebben we jammer genoeg geen cijfers ter beschikking.

We hebben wel een overzicht van de diensten waar het MSOC naar doorverwijst: Ovaal, de Kiem, de Kogge, Sociaal Psychiatrische Dienst, OCMW, CGGZ's, Sleidinge, De Sleutel, De Pelgrim, Keerpunt, VDAB, A.A., Adic, Ambulante drugzorg Ieper, Ambulante drugzorg Kortrijk, A.Z Damiaan Oostende, Sint-Jozef Ziekenhuis, Heilig Hart Ziekenhuis, H. Serruys ziekenhuis, mutualiteiten, Centra voor Leerlingbegeleiding, Citycoaching, Colsol, de Brug, de Lane, de Link, de Schelpe, de Takel, de Torre, de Spiegel, Diapason, huisartsen, electrabel, Intermezzo, Transit, Free, Free-Clinic, banken, GDW'ers, huurdersbond, JAC, jeugddiensten, Katarsis, Kind en Gezin, Kompas, advocaten, opvangcentra, andere MSOC's, Ten Anker, VZW Opvang, dienst vreemdelingenzaken, Parket bij Hof van Beroep, Poverello, Oostendse haard, vakbonden.

3.5.2.2.4.3 Aanmerkingen

Het MSOC van Gent en het MSOC van Oostende hebben mondelinge bilaterale afspraken gemaakt met verschillende diensten en voorzieningen rond de doorverwijzing. Met sommige van die diensten worden de afspraken ook op papier gezet. De stap naar een uitgewerkt en systematisch doorverwijzingbeleid met *alle* diensten en voorzieningen in het werkveld, moet door het MSOC van Gent en het MSOC van Oostende nog gezet worden. Een uiting hiervan is het feit dat het MSOC van Oostende nog niet registreert naar welke diensten en voorzieningen zij hun cliënten doorverwijzen. Onderzoek in de Gentse regio bevestigt dat de nood aan een uitgewerkt doorverwijzingbeleid geldt voor de volledige drughulpverlening.

Het spreekt voor zich dat het MSOC, gezien de eigenheid van haar populatie, uitgaat van realistische doelstellingen. De realiteit blijkt in vele gevallen haaks te staan op de ultieme ontwenningdoelstelling. Heel wat problematische druggebruikers zijn (voorlopig) niet in staat om zich achter deze doelstelling te scharen. Soms zijn hun problemen zo loodzwaar dat deze doelstelling wel altijd te hoog gegrepen zal zijn.⁶¹⁸
Ook de MSOC's ervaren in de realiteit dat ze hun doelstelling voor een aantal cliënten dient te beperken tot een vermindering van het druggebruik, eventueel door het toedienen van vervangingsmedicatie.

⁶¹⁸ P. VAN DEUN, "Hulpverlening aan drugverslaafden, van verscheidenheid naar continuïteit", *l.c.*, 209.

Hierdoor ontstaat voor de MSOC het zoeken naar een *moeilijk evenwicht* tussen het onvoorwaardelijk werken; het belang van het contact krijgen en houden met niet (meer) bereikte cliënten; het werken aan haalbare en realistische tussendoelstellingen enerzijds en het succesvol begeleiden en ontwennen als ultieme doelstelling anderzijds. Vooral het moment van de *overgang* tussen de beperkte, haalbare doelstellingen en de uiteindelijke doelstellingen is theoretisch en in de praktijk zeer moeilijk te bepalen.

Het is ook van belang dat het MSOC, zoals de RIZIV-conventie duidelijk aangaf, uitgaat van de vragen en noden van de cliënten zelf. Aanvankelijk is het in contact komen met en het houden van dat contact de hoofddoelstelling en voor een deel van de cliënten is het bereiken van die doelstelling op zich al een succes. Voor andere cliënten moet er gewerkt worden naar een volgende fase in/ naar verandering.

Werken naar verandering betekent niet dat het MSOC moet werken naar ontwenning voor alle cliënten binnen het MSOC. Dit is voor heel wat cliënten geen realistische doelstelling. Gezien de eigenheid van het MSOC cliënteel, kan men niet van een MSOC verwachten dat zij alle cliënten ontwennen.

Er kan en mag wel verwacht worden van een MSOC dat zij, althans voor een deel van hun cliënten, ernaar streven en eraan werken om hun cliënten in de richting van hoogdrempelige voorzieningen te motiveren.

3.5.2.3 Effectevaluatie van de revalidatieactiviteiten

3.5.2.3.1 Effect op de cliënten⁶¹⁹

3.5.2.3.1.1 Het MSOC van Gent

Tabel 57: Algemene tevredenheid van de cliënten van het MSOC Gent⁶²⁰

	N
Zeetevreden	22
Tevreden	21
Niettevreden	1
Geen mening	2
TOTAAL	46

Het is opvallend dat de overgrote meerderheid van de cliënten van het MSOC van Gent over het algemeen tevreden tot zeer tevreden is over het MSOC. Slechts 1 cliënt is niet tevreden en twee cliënten hebben “geen mening”.

⁶¹⁹ G. BOSMAN en F. BULLENS, Focusgroepen, Gent, Oostende, 2001.

⁶²⁰ 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 Gent, 2000.

Tabel 58: Belangrijke aspecten in de revalidatie voor de cliënten van het MSOC Gent⁶²¹

	N				
	Ze er be lang rij k	Be lang rij k	Ge en me ning	Min der be lang rij k	Nie t be lang rij k
Hulp van de dokter	32	14	-	-	-
Hulp van de verpleegster	20	19	5	3	-
Hulp van de psycholoog	15	14	11	2	3
Hulp van de maatschappelijk werker	15	19	7	1	1
Administratieve hulp	10	20	9	2	2
Methadon of andere medicatie	28	15	4	-	-

Wanneer de cliënten van het MSOC van Gent gevraagd werd welke aspecten van de revalidatie zij belangrijk vinden, dan blijkt dat het merendeel van de cliënten de hulp van de dokter, van de verpleegster en methadon of andere medicatie (zeer) belangrijk vinden. De hulp van de psycholoog, de maatschappelijk werker en administratieve hulp wordt in mindere mate belangrijk gevonden.

Tabel 59: Effect van de revalidatie van het MSOC Gent op de verschillende levensdomeinen⁶²²

Verbetering op het vlak van	Ja	Neen	Hetzelfde gebleven
Druggebruik	36	2	6
Gezondheid	28	5	12
Relatie met familie of vrienden	18	9	16
Werk / inkomenssituatie	15	10	17
Juridische situatie	20	12	9
TOTAAL	117	38	60

De perceptie van de cliënten inzake de *voortgang van hun persoonlijke situatie* evolueert in gunstige zin. Cliënten duiden aan dat vooral de situatie op het vlak van het druggebruik en de gezondheid is verbeterd. Ongeveer de helft van de cliënten ziet een verbetering op het vlak van de relatie met familie en vrienden, het werk of de inkomenssituatie en de juridische situatie. Voor alle levensdomeinen samen geven cliënten aan dat hun situatie eerder verbeterd is.

3.5.2.3.1.2 Het MSOC van Oostende

Tabel 60: Algemene tevredenheid van de cliënten van het MSOC Oostende⁶²³

	N
Ze er te vre den	11

⁶²¹ 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 Gent, 2000.

⁶²² Resultaten als antwoord op de vraag “Vindt u dat uw situatie verbeterd is sinds u in het MSOC bent?”, Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000.

⁶²³ 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 Oostende, 2000.

Tevreden	23
Niet tevreden	-
Geen mening	1
TOTAAL	35

Het is opvallend dat de overgrote meerderheid van de cliënten van het MSOC van Oostende over het algemeen tevreden tot zeer tevreden is over het MSOC.

Tabel 61: Belangrijke aspecten in de revalidatie voor de cliënten van het MSOC Oostende⁶²⁴

	Ze er be lang rij k	Be lang rij k	Ge en me ning	Min der be lang rij k	Niet be lang rij k
Hulp van de dokter	19	16	1	2	-
Hulp van de verpleegster	12	12	7	5	-
Hulp van de psycholoog	10	6	10	2	6
Hulp van de maatschappelijk werkers	15	15	4	-	2
Administratieve hulp	9	16	6	3	1
Methadon of andere medicatie	28	6	1	1	1

Wanneer de cliënten van het MSOC van Oostende gevraagd werd welke aspecten van de revalidatie zij belangrijk vinden, dan blijkt dat het merendeel van de cliënten methadon of andere medicatie zeer belangrijk vinden. Het merendeel van de cliënten vindt ook de hulp van de dokter zeer belangrijk. De hulp van de verpleegster, van de psycholoog, de maatschappelijk werker en administratieve hulp wordt in mindere mate belangrijk gevonden.

Tabel 62: Effect van de begeleiding van het MSOC Oostende op de verschillende levensdomeinen⁶²⁵

Verbetering op het vlak van	Ja	Neen	Hetzelfde gebleven
Druggebruik	30	2	3
Gezondheid	22	7	8
Relatie met familie of vrienden	15	8	13
Werk / inkomenssituatie	12	7	15
Juridische situatie	12	4	16
TOTAAL	91	28	55

De perceptie van de cliënten inzake de *voortgang van hun persoonlijke situatie* evolueert in gunstige zin. Cliënten duiden aan dat vooral de situatie op het vlak van het druggebruik en de gezondheid is verbeterd. Een verbetering op het vlak van de relatie met familie en vrienden, het werk of de inkomenssituatie en de juridische situatie geven minder dan de helft van de cliënten aan. Voor alle levensdomeinen samen geven cliënten aan dat hun situatie eerder verbeterd is.

⁶²⁴ 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 Oostende, 2000.

⁶²⁵ Resultaten als antwoord op de vraag “Vindt u dat uw situatie verbeterd is sinds u in het MSOC bent?”, Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Oostende, 2000.

3.5.2.3.1.3 Het MSOC van Gent en Oostende

In de focusgroepen in Gent en Oostende geven de cliënten duidelijk aan wat voor hen een “goede hulpverlening” is.

We kunnen niet genoeg beklemtonen hoe uit de focusgroepen blijkt dat cliënten hun welzijn verbonden zien met *basisbehoeftenbevrediging*. Ze duiden zelf aan dat stresshantering niet hun sterkste punt is. De concrete ondersteunende gesprekken zijn mede daarom van groot belang. De concrete ondersteuning bij concrete vragen op het vlak van wonen, werken en sociaal functioneren wordt door de cliënten als prioritair beschouwd.⁶²⁶ De basisbehoeften moeten eerst en vooral veiliggesteld worden, voor men kan overgaan naar zogenaamde “hogerliggende” doelstellingen, zoals de afbouw van medicatie en inzichtgevende begeleidingsgesprekken.

De laagdrempelige werking van het MSOC werd door de geïnterviewden positief beoordeeld. Vooral de open, aanvaardende houding van het personeel, het aanbieden van een luisterend oor en de kwaliteit van de gesprekken werden gewaardeerd.⁶²⁷

Uit de analyse van de Client Satisfaction Questionnaire blijkt dat er een algemene tevredenheid heerst over de *medische behandeling*. De hulp van de dokter en het belang van de methadon of andere medicatie worden hoog geschat.⁶²⁸ De perceptie van de cliënten op het belang van de *medische* aspecten van de drughulpverlening *sluit aan bij* de sterke medische gerichtheid van het MSOC van Gent.

Cliënten vragen de mogelijkheid te onderzoeken om medische hulp los te koppelen van de individuele begeleidingsgesprekken. De cliënten willen snelle concrete hulp; therapie willen zij liever op de achtergrond houden. De perceptie van de cliënten op *therapeutische* begeleiding is fundamenteel *in tegenspraak* met de doelstelling van de revalidatie die de *RIZIV-conventie* vooropstelt en die uiteindelijk gericht zijn op ontwenning.

Uit de focusgroepen in Oostende blijkt dat cliënten de *instuif functie* zinvol vinden.

Gezondheidspreventie blijft belangrijk. Problematische druggebruikers zijn, op een pragmatische manier, sterk gericht op gezondheidsbevorderende interventies. Zo blijkt uit de focusgroep met cliënten van het MSOC van Gent dat zij bijzonder gemotiveerd zijn om mee te werken aan gezondheidsbevorderende maatregelen zoals de vaccinaties ter voorkoming van hepatitis B.

De cliënten zijn *niet onverdeeld positief* over alle onderdelen van de werking van het MSOC.⁶²⁹ Zij geven een aantal elementen aan die volgens hen voor verbetering vatbaar zijn: de hulpverleners van de MSOC's zouden meer tijd voor hen moeten vrijmaken,⁶³⁰ er is nood aan meer privacy, de MSOC zouden 's avonds en in het weekend meer toegankelijk moeten zijn en er is nood aan meer inspraak in de interne procedures.⁶³¹

Het MSOC van Gent en Oostende is te klein behuist. Er is momenteel geen wachtzaal, cliënten zitten in de gang. Sommige cliënten willen liever niet geconfronteerd worden met

⁶²⁶ J.O. PROCHASKA and C.C. DICLEMENTE, *l.c.*, 18.

⁶²⁷ Zie ook: Resultaten als antwoord op de vraag “Wat vindt u goed aan het MSOC?”, Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Oostende, 2000; Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000.

⁶²⁸ Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Oostende, 2000.

⁶²⁹ Zie ook: Resultaten als antwoord op de vraag “Wat vindt u minder goed aan het MSOC?”, Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Oostende, 2000; Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000.

⁶³⁰ STAD GENT, Dienst Sociale Zaken en Huisvesting, *Project Straathoekwerk, Jaarverslag 1999*, 15.

⁶³¹ Zie Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 2 Algemeen, 2.3.2.3 Bemerkingen.

andere verslaafden⁶³². Zij geven er de voorkeur aan om niet gemotiveerd en gemotiveerde cliënten niet te vermengen. Zij vinden het niet wenselijk geconfronteerd te worden met cliënten die in een andere motivatiefase zitten.

Het is belangrijk vast te stellen dat er bij de gebruikers *geen eenduidige visie* bestaat over de *methadonbehandeling*.

De cliënten zijn het eens over het feit dat toediening van methadon enkel kan voor gebruikers in de fase van afhankelijkheid van opiaten.

Maar sommige cliënten hebben kritiek op de *methadondosissen*. Deze cliënten duiden aan dat de onderhoudsdosissen in het begin van de behandeling te hoog zijn. Sommige cliënten duiden ook aan dat de onderhoudsdosissen sneller afgebouwd moeten worden of dat er teveel bijgebruik is en dat daar strenger op gereageerd moet worden.⁶³³

De cliënten hebben ook een aantal aanmerkingen bij de manier waarop de methadonbehandeling wordt *georganiseerd*. Zij duiden aan dat de uren waarop methadon wordt verstrekt, ruimer zouden kunnen zijn, zeker 's avonds en in het weekend. Deze aanmerking geldt zeker voor de cliënten die werk hebben.

Cliënten willen ook meer *samenspraak* met de behandelende arts over de indicatiestelling en de dosering van methadon.

Uit de focusgroepen blijkt ook dat cliënten het systeem van methadon verstrekking in de apotheek een goed systeem vinden, op voorwaarde dat de apotheek respect heeft voor de cliënt⁶³⁴ en voor zijn privacy. Zij stellen voor methadon in een apart lokaal te kunnen innemen zonder aanwezigheid van andere toevallige klanten.

Uit de focusgroepen blijkt een grote betrokkenheid van de cliënten in verband met methadon. Cliënten hebben heel wat vragen over de effecten – zeker op lange termijn – van methadon.⁶³⁵

Dit is een relatief nieuw middel waarvoor nog een (gebruikers)cultuur moet groeien. Ook op het werkveld zijn er vragen naar de effecten en de toedieningswijze van methadon. Het is dan ook aangewezen cliënten in de eerste plaats, maar ook de actoren op het veld, meer te informeren over de effecten van methadon.

Uit de focusgroepen blijkt overduidelijk dat cliënten zelf wijzen op de *preventieve* effecten van de methadonbehandeling op het vlak van de *druggerelateerde criminaliteit*.⁶³⁶ Cliënten beschouwen substitutiemedicatie als een basisondersteuning in hun dagelijks functioneren. Van zodra dit fundament gelegd is, zijn ze eventueel bereid om aan hogerliggende doelstellingen te werken.

De grootste stimulans om daadwerkelijk fundamenteel iets aan de problemen te doen, is het bestaan van belangrijke derden, in concreto een levenspartner.⁶³⁷ In alle focusgroepen wordt aangestipt dat men bereid is verregaande inspanningen te leveren als er een onmiddellijke beloning aan verbonden is.

⁶³² Zie ook: X., *Je wordt als junk behandeld*, Verslag van een aantal Focus groups onder cliënten van het Boumanhuis en de Stichting Symbion, niet gepubliceerde tekst, 1997, 6.

⁶³³ Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000.

⁶³⁴ zie ook: X., *Je wordt als junk behandeld*, Verslag van een aantal Focus groups onder cliënten van het Boumanhuis en de Stichting Symbion, niet gepubliceerde tekst, 1997, 5.

⁶³⁵ zie ook: J. FOUNTAIN, P. GRIFFITHS and B. POWIS, e.a., *Focus groups on Service Provision, Letting the client speak...*, National Addiction Center, commissioned by Community Drug Project, 1993, 54.

⁶³⁶ Dit effect op de criminaliteit kon niet bewezen worden door de experts in de follow-up van de consensusconferentie over methadon, zie: HOGE GEZONDHEIDSRAAD, o.c., 30.

⁶³⁷ M. KIDORF, R.K. BROONER and L.K. KING, "Motivating Methadone Patients to Include Drug-Free Significant Others in Treatment, A Behavioral Intervention", in *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14, 1997, 1, 23; J.O. PROCHASKA and C.C. DICLEMENTE, l.c., 20.

Het is opvallend om vast te stellen dat cliënten, ondanks ernstige problemen, op verschillende levensdomeinen goed blijven functioneren. Ze behouden hun relationeel netwerk, het gezin houdt stand, ze reïntegreren via opleidingen en interim arbeid. Het archaisch beeld van “de junkie” bestaat niet meer bij de huidige focusgroep deelnemers. Opmerkelijk is dat cliënten de strenge verwachtingen van de maatschappij overnemen. Het einddoel moet ook in hun ogen ontwenning zijn, ondanks het feit dat zij op zoveel domeinen wel goed functioneren. Cliënten duiden aan dat de maatschappelijke uitsluiting, onder meer door een strafblad, één van hun grootste problemen is.⁶³⁸

3.5.2.3.2 Effect op de netwerken⁶³⁹

3.5.2.3.2.1 De harm reduction benadering

Doordat de MSOC's voor de eerste maal de harm reduction aanpak in de praktijk brachten, kwam ook aan het licht dat de actoren een verschillende invulling⁶⁴⁰ geven aan de reikwijdte van de hulpverlening en het concept “harm reduction” in de praktijk.⁶⁴¹ Gezien de complexiteit van het drugprobleem kan dit niet verbazen. De mate waarin en de snelheid waarmee al dan niet naar de volledige ontwenning zou moeten worden gestreefd, blijkt het ultieme struikelblok te zijn.⁶⁴² Dit heeft logischerwijs gevolgen voor het werkterrein.⁶⁴³ Zo blijkt onder meer dat de invloed en de draagwijdte van de pleitbezorgers van de harm reduction benadering en de algemene aanvaarding van harm reduction als strategie beperkt blijft.⁶⁴⁴

Het valt ook op hoe weinig de harm reduction benadering ingeburgerd is bij andere *categoriale* diensten. De ontwikkeling van harm reduction initiatieven bleef grotendeels beperkt tot de oprichting van de MSOC's voor druggebruik(st)ers. Het is echter essentieel dat harm reduction – strategieën een plaats krijgen op alle echelons van de hulpverlening (van straathoekwerk tot therapeutische gemeenschap).⁶⁴⁵ Een harm reduction beleid sorteert maar effect wanneer alle actoren in het werkveld, zowel de preventie, de hulpverlening als de politie en justitie zich inschakelen in het concept.⁶⁴⁶

3.5.2.3.2.2 De toeleiding naar de hulpverlening

- **De categoriale drughulpverlening**

Een aantal categoriale voorzieningen heeft kritiek op de manier waarop de MSOC's de harm reduction benadering invullen. Zij stellen dat de MSOC's minder onvoorwaardelijk de vragen en het tempo van de cliënten zou moeten volgen en cliënten meer zou moeten motiveren om af te bouwen of te ontwennen en de stap te zetten naar hoogdrempelige vormen van

⁶³⁸ G. BOSMAN en F. BULLENS, Focusgroepen, Gent, Oostende, 2001.

⁶³⁹ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁶⁴⁰ J.A. INCIARDI and L.D. LARRISON, “Introduction: The Concept of Harm Reduction”, in J.A. INCIARDI and L.D. LARRISON (eds.), *Harm reduction. National and International Perspectives*, Sage Publications, London, 2000, vii.

⁶⁴¹ W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, o.c., 81.

⁶⁴² G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁶⁴³ D.J. KORF and E.C. BUNING, *Coffee shops, Low-Threshold Methadone and Needle Exchange: Controlling illicit drug use in the Netherlands*, in J.A. INCIARDI and L.D. LARRISON (eds.), *Harm Reduction, National and international Perspectives*, Sage Publications, London, 2000, 129.

⁶⁴⁴ *Ibid.*, xvii.

⁶⁴⁵ *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel, 19/01/2001, 19.

⁶⁴⁶ B. DE RUYVER, J. VAN BOUCHAUTE en T. BALTHAZAR, o.c., 99.

hulpverlening. Deze kritiek klinkt het sterkst in de *hoogdrempelige* therapeutische gemeenschappen. De therapeutische gemeenschappen geven ook kritiek op de dosering van methadon.⁶⁴⁷

De meeste categoriale diensten benadrukken het belang van de aanzet tot langdurige behandelingen en de ontwenning die het Actieplan en de RIZIV-conventies vooropstellen.

De kritiek aangaande de motivatie en ontwenning wordt hoofdzakelijk gegeven door de categoriale hulpverlening in de regio van het *MSOC van Gent*. De nadruk op de ontwenningsoopdracht van het MSOC van Gent wordt ingegeven door de ergernis die er heerst over het *gering aantal doorverwijzingen* van het MSOC Gent naar andere categoriale diensten. Het financieringssysteem dat gericht is op vergoedbare prestaties en op het aantal vergoedbare cliënten; wordt als één van de oorzaken aangeduid voor het feit dat cliënten te weinig gemotiveerd worden om de stap te zetten naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening.

In de regio van het *MSOC van Oostende* klinkt deze kritiek niet in een zelfde mate, aangezien het MSOC Oostende de enige categoriale dienst is in de regio.

Er kunnen verschillende *redenen* aangehaald waarom de *doorverwijzingen* niet vlot verlopen. Deze redenen kunnen te maken hebben met het type cliënten van de MSOC's, maar ook met de netwerken waarbinnen de MSOC's functioneren.⁶⁴⁸

In de realiteit blijkt dat heel wat *drugverslaafden* (voorlopig) niet in staat zijn om te werken aan ontwenning.⁶⁴⁹

Een tweede belangrijk kenmerk van problematische druggebruikers, is de vaak lange carrière van de gebruikers, met een geschiedenis van veelvuldig contact met verschillende diensten en voorzieningen, herhaaldelijk herval, weinig therapietrouw en een fundamenteel wantrouwen naar de hulpverlening.⁶⁵⁰ Op het moment dat het MSOC een min of meer succesvolle relatie weet op te bouwen met deze cliënten, is het soms zeer moeilijk deze cliënten te motiveren voor een doorverwijzing naar een andere voorziening, waar opnieuw de vertrouwensrelatie moet worden opgebouwd.

De komst van de MSOC's tenslotte heeft de cliënten een nieuw referentiepunt gegeven, wat een invloed heeft gehad op de bereidheid van cliënten om te worden doorverwezen.⁶⁵¹

De knelpunten die er zijn op dit terrein, zijn een uiting van de nood aan een efficiënte samenwerking tussen diensten en voorzieningen. Op dit punt bekritiseren diensten en voorzieningen elkaar ook het meest.

Het MSOC van Gent duidt aan dat een aantal andere drughulpverleningdiensten meer laagdrempelig zouden moeten zijn. Het MSOC van Gent wijst nu vooral door naar andere, categoriale en niet categoriale, laagdrempelige centra.⁶⁵² Een aantal drughulpverleningdiensten stelt dat het MSOC van Gent cliënten meer zou moeten motiveren naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening/ naar ontwenning.

⁶⁴⁷ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁶⁴⁸ Voor de bespreking van de elementen die verband houden met de netwerken, zie Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 4 De participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk.

⁶⁴⁹ P. VAN DEUN, "Hulpverlening aan drugverslaafden, van verscheidenheid naar continuïteit", *l.c.*, 209.

⁶⁵⁰ *Ibid.*, 207.

⁶⁵¹ Zie Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 3 De laagdrempelige werking van de MSOC's, 3.3.3.1 Effect op de cliënten.

⁶⁵² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 28.

Het MSOC van Oostende duidt aan dat andere diensten en voorzieningen problematische druggebruikers meer zouden moeten opnemen, aangezien het MSOC nu verplicht is cliënten in begeleiding te houden die zouden kunnen doorverwezen worden. Deze diensten stellen dat het MSOC van Oostende, wanneer zij een cliënt opnemen of begeleiden die door het MSOC is doorverwezen, het MSOC meer contact met hen zouden moeten onderhouden.⁶⁵³

Wanneer we de doorverwijzingen in de Gentse regio van naderbij bekijken, dan blijkt uit onderzoek dat de meeste diensten mondelinge bilaterale afspraken hebben rond bepaalde aspecten van de hulpverlening, maar ook dat er nood is aan meer formele afspraken tussen diensten.⁶⁵⁴

Algemeen wordt vastgesteld dat er *sporadisch* wordt *doorverwezen* tussen alle diensten en voorzieningen in de drughulpverlening.⁶⁵⁵ Uit onderzoek binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening blijkt dat minder dan 4 % van de aanmeldingen wordt doorverwezen na een eerste afspraak.⁶⁵⁶

Uit dit onderzoek blijkt ook dat het aandeel van de cliënten zelf (30 %) of zijn/haar omgeving (15 %) goed is voor 45 % van de doorverwijzingen en dat het MSOC van Gent (5 % van de doorverwijzingen) en het Dagcentrum van De Sleutel (3 % van de doorverwijzingen) de belangrijkste verwijzende instanties in de regio zijn.⁶⁵⁷

Andere verwijzende instanties zijn: de huisarts (4 %), gespecialiseerde voorzieningen buiten de provincie (5 %), probatie (2 %), de gevangenis (2.5 %), andere justitiële instanties zoals politie, rijkswacht en jeugdrechtbank (7 %) en algemene ziekenhuizen (3 %). Nadere analyse van deze gegevens maakt duidelijk dat 15 % van de cliënten verwezen werd door een gespecialiseerde voorziening uit de regio en dat ongeveer 11 % van de cliënten werd verwezen door een justitiële instantie.⁶⁵⁸ Al bij al blijft het aantal verwijzingen vanuit andere voorzieningen dus beperkt en zet de cliënt meestal zelf de stap naar de hulpverlening.

Uit interviews met bepaalde categoriale diensten en voorzieningen die zich voor de komst van het MSOC niet richtten tot problematische druggebruikers, blijkt dat zij dergelijke cliënten uit hun voorziening weerden omdat zij geen adequaat aanbod hadden voor deze groep en omdat men geen adequate doorverwijzing kon realiseren. Dankzij de komst van dergelijke laagdrempelige hulpverlening is het nu voor hen gemakkelijker om door te verwijzen.⁶⁵⁹ Deze diensten laten zich lovend uit over de komst van het MSOC.

• De niet categoriale hulpverlening

De evaluatie vanuit de niet-categoriale hulpverlening is *veel gunstiger* dan vanuit de collega's van de categoriale hulpverlening. Zij zijn heel tevreden over de samenwerking met het MSOC.⁶⁶⁰

Reeds jaren worden de niet categoriale hulpverleningsdiensten overstelpt met deze moeilijke doelgroep die voor overlast zorgt en meer dan andere cliënten tijd en energie investeringen

⁶⁵³ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Oostende, 1999-2000.

⁶⁵⁴ W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *o.c.*, 67.

⁶⁵⁵ P. VAN DEUN, "Hulpverlening: een ge(s)laagde activiteit", *l.c.*, 72; W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *o.c.*, 70.

⁶⁵⁶ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 5.

⁶⁵⁷ *Ibid.*, 10.

⁶⁵⁸ W. VANDERPLASSCHEN, *l.c.*, 7.

⁶⁵⁹ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁶⁶⁰ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

vergen. Deze hulpverleners staan meestal in voor het lenigen van de onmiddellijke nood. Verwijzingen naar de categoriale hulpverlening verlopen meestal zeer moeizaam omdat deze cliënten zich in een andere motivatiefase situeren dan waartoe de hulpverleningsdiensten een aanbod hebben gecreëerd.⁶⁶¹

Vanuit deze sectoren wordt de komst van het MSOC positief onthaald: er is *minder overlast*; de ergste nood wordt door de MSOC's gelenigd. De voorheen dreigende acute probleemformuleringen zijn naar de achtergrond verschoven.

Een groot aantal psychiatrische en algemene ziekenhuizen en de huisartsen blijven eerder *terughoudend* tegenover de behandeling van druggebruikers.⁶⁶² Sommige diensten weigeren zelfs druggebruikers op te nemen.⁶⁶³ Toch is er de laatste jaren een grotere toegankelijkheid van de algemene en sociale voorzieningen. De strenge voorwaarden om elk druggebruik te stoppen, of volledig te ontwennen, alvorens toegang te krijgen tot onderdak, een uitkering of een opleiding, behoren in de meeste gevallen tot het verleden.⁶⁶⁴

Heel wat niet-categoriale diensten wijzen op de *concurrentiepositie* tussen een aantal categoriale diensten en op de belemmering die dit voor samenwerking en netwerkontwikkeling vormt.⁶⁶⁵ Ook de cliënten zijn zich goed bewust van de concurrentiesfeer van de verschillende partners in de categoriale drughulpverlening.⁶⁶⁶

Ook *politie en justitie* zijn niet altijd exact op de hoogte van de opdracht van de MSOC's en de harm reduction benadering⁶⁶⁷. De politie verwacht hoofdzakelijk dat de MSOC's als meest laagdrempelige druginstelling een opvang biedt aan de problematische druggebruikers waarmee de politie geconfronteerd wordt en waarmee ze niet terechtkunnen bij de andere (categoriale en niet-categoriale) hulpverlening. Het feit dat het MSOC 24 uur op 24 uur open zou moeten zijn, maar vooral het feit dat het MSOC de problematische druggebruikers meer aan zich zou moeten binden, werd opgemerkt.

Vaak wordt in West-Vlaanderen een begeleiding in het MSOC Oostende als probatievoorwaarde voorgeschreven voor druggebruikers die strikt genomen niet tot het doelpubliek van het MSOC behoren. De reden hiervoor is het ontbreken van diensten die beter gepast zijn voor die druggebruikers.

Vele niet categoriale diensten in *Oostende* zagen het MSOC als "de redder in nood" en als hulp voor de eigen organisatie. Ze beschouwden het MSOC Oostende als een algemene drugdienst voor alle druggebruikers en niet alleen voor de problematische gebruikers. Dit houdt verband met het feit dat geen categoriale dienst in Oostende was voor de komst van het MSOC.

In de *Gentse regio* is dit veel minder het geval, omdat er binnen de niet categoriale hulpverlening een traditie bestaat om te werken met problematische druggebruikers.

⁶⁶¹ W. MILLER and S. ROLLNICK, "What motivates people to change?", in: W. MILLER, S and ROLLNICK (eds.), *Motivational training, preparing people to change addictive behavior*, Guilford Press, London, 1991, 14-29.

⁶⁶² W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, *o.c.*, 7.

⁶⁶³ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Oostende, 1999-2000.

⁶⁶⁴ P. VAN DEUN, "Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen", *l.c.*, 165.

⁶⁶⁵ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁶⁶⁶ Focusgroep met cliënten en niet cliënten van het MSOC van Gent, 2001.

⁶⁶⁷ H. WAAL, "Overstating the case, Methodological comments on 'The effects of harm reduction in Amsterdam by Buning and van Brussel'", in *European Addiction Research*, 1997, 4, 3, 202.

3.5.3 Conclusies

3.5.3.1 Het verbeteren van de situatie van de cliënten op medisch, psychologisch en sociaal vlak

De revalidatie in het MSOC heeft een dubbele doelstelling. Ten eerste moet de levenskwaliteit van de cliënten op medisch, psychologisch en sociaal vlak verbeterd worden. Ten tweede moet er gewerkt worden aan de toeleiding naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening, in functie van ontwenning.

De MSOC's hebben als doelstelling de levenskwaliteit van de cliënten op zowel medisch, psychologisch als sociaal vlak te verbeteren.

Het MSOC van Gent blijkt *zeer sterk medisch gericht* te werken bij de revalidatie van de cliënten.

Na correctie door het MSOC van de cijfers uit de jaarverslagen, blijkt dat de verhouding medische/psychosociale prestaties toch nog 60/40 bedraagt. Het MSOC stelt bovendien dat normaal gesproken de eerste opvang van cliënten bij de sociaal verpleegkundige gebeurt of dat de cliënt eerst bij de arts gaat, voor deze door de psychosociale begeleiders wordt gezien. Verder vereist het MSOC van Gent niet dat cliënten ook psychosociaal worden opgevolgd bij het volgen van een methadon- of een ander medicatieprogramma.

Onderzoek heeft voldoende aangetoond dat, voor een goede aanpak van het problematisch druggebruik, zowel het medische, als het psychosociale luik van een begeleiding, noodzakelijk zijn. Het is enkel valabel dat, bij de *start* van een begeleiding in een MSOC, de methadonsubstitutie de eerste stap is in de richting van een begeleiding, maar zo snel als mogelijk moet daar een psychosociale begeleiding aan gekoppeld worden.

Het MSOC van Oostende bewaakt het *evenwicht* tussen de medische en de psychosociale begeleiding. Ongeveer 50 % van de begeleidingen zijn medisch; 50 % zijn psychosociale begeleidingen. De aandacht voor de psychosociale aspecten van de revalidatie in het MSOC van Oostende komt onder meer tot uiting in de inspanningen die het MSOC levert om, via de organisatie van een instuif, cliënten (opnieuw) praktische vaardigheden aan te leren, hun dagritme te herstellen en hun sociale vaardigheden te verbeteren.

Omdat het van belang is de cliënten zo goed mogelijk te ondersteunen, is een *evenwichtige uitbouw* van een organisatie als het MSOC, essentieel. Dit impliceert dat een MSOC zowel intern als extern moet worden uitgebouwd. Intern zowel op het medische en het psychosociale vlak, als op het vlak van het personeelsbeleid. Extern zowel op het vlak van de doorverwijzingen, als op het vlak van de samenwerking en de netwerkontwikkeling. Gezien de complexiteit van een dergelijke opdracht, is het zinvol de leiding over deze opdracht op te splitsen, en een directeurmanager voor de implementatie van het externe luik en een directeurarts voor de uitbouw van het interne luik, aan te stellen.

De sterke medische gerichtheid van het MSOC van Gent heeft ook positieve gevolgen. Deze gerichtheid heeft ertoe geleid dat het MSOC een *actieve politiek* voert op het vlak van *hepatitis*voorlichting, -vaccinatie en -behandeling. Het MSOC onderzoekt cliënten op de aanwezigheid van het hepatitis B en C virus; vaccineert cliënten tegen hepatitis B en heeft ook, in samenwerking met twee ziekenhuizen in de regio, een behandelingsprocedure voor hepatitis C ontwikkeld.

Begin 2001 is het MSOC van Gent gestart met een project “Gezondheidsbevordering bij Injecterende Druggebruikers”. Dit project wordt gefinancierd door de Minister van het Grootstedenbeleid. *Het ruilen van spuiten* is een onderdeel van dit project.

Ook in Vlaanderen is de organisatie van spuitenverdeling/ruil geregeld sinds eind 2000. De Vlaamse MSOC's krijgen de opdracht de lokale en provinciale coördinatie van dit project op zich nemen. De VAD heeft in dit kader eind januari 2001 een samenwerkingsakkoord met het MSOC van Gent afgesloten. Dit project zit momenteel in een voorbereidende fase; het is dan ook nog te vroeg nu al de resultaten in de praktijk te evalueren.

Ook in *Oostende* keurde de gemeenteraad in juni 2001 de start van het project spuitenruil en de samenwerkingsovereenkomst tussen het MSOC van Oostende en de VAD goed.

Voor een deel van de cliënten moet er gewerkt worden naar een effectieve doorverwijzing naar een hoogdrempelige vorm van drughulpverlening in functie van ontwenning. Het is dan ook de taak van de MSOC's om hier naartoe te werken, samen met de cliënt.

Men kan niet van een MSOC verwachten dat zij de cliënten ontwennen. Er kan en mag wel verwacht worden van een MSOC dat zij, althans voor een deel van hun cliënten, ernaar streven en eraan werken om hun cliënten in de richting van hoogdrempelige voorzieningen te motiveren.

De evaluatie van deze doelstelling brengt ons bij één van de centrale knelpunten in de drughulpverlening zoals ze op dit moment is georganiseerd: de doorverwijzing.

De doorverwijzingen tussen de MSOC's en de andere drugspecifieke diensten en voorzieningen, maar ook tussen alle diensten en voorzieningen binnen de drughulpverlening, zijn duidelijk een zwak punt. Dit is het punt waarop de nood aan samenwerking binnen de drughulpverlening duidelijk blijkt.

Het MSOC van Gent en het MSOC van Oostende hebben mondelinge bilaterale afspraken gemaakt met verschillende diensten en voorzieningen rond de doorverwijzing. Met sommige van die diensten worden de afspraken ook op papier gezet. De stap naar een uitgewerkt en systematisch doorverwijzingbeleid met *alle* diensten en voorzieningen in het werkveld, moet door het MSOC van Gent en het MSOC van Oostende nog gezet worden. Een uiting hiervan is het feit dat het MSOC van Oostende nog niet registreert naar welke diensten en voorzieningen zij hun cliënten doorverwijzen. Onderzoek in de Gentse regio bevestigt dat de nood aan een uitgewerkt doorverwijzingbeleid geldt voor de volledige drughulpverlening.

Zowel in het MSOC van Gent als in het MSOC van Oostende blijkt dat 30 % van de doorverwijzingen naar het MSOC vanuit de professionele sector komen, en dat in 70 % de cliënt zelf de stap zet naar het MSOC, of dat de cliënt is “doorverwezen” door een andere gebruiker of door zijn directe omgeving.

Het MSOC van Gent blijkt vooral door te verwijzen naar psychiatrische ziekenhuizen met een lage drempel en naar het algemeen welzijnswerk en het OCMW).

Voor het MSOC van Oostende beschikken we, zoals eerder vermeld werd, jammer genoeg niet over een registratie van de doorverwijzingen.

Algemeen wordt vastgesteld dat er in de praktijk sporadisch wordt doorverwezen tussen alle diensten en voorzieningen in de drughulpverlening en dat het vooral de cliënt of zijn omgeving is die de eerste stap zet naar de drughulpverlening.

Onderzoek binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening bevestigt dit: minder dan 4 % van de aanmeldingen wordt na een eerste afspraak doorverwezen. Deze vaststelling benadrukt alleen maar het belang van een effectieve netwerkontwikkeling binnen de drughulpverlening.

3.5.3.2 Effect op de cliënt

De cliënten van het MSOC hebben een duidelijk beeld over de essentiële parameters voor een “goede hulpverlening”. Cliënten willen in de eerste plaats een concreet antwoord op hun basisbehoeften. De medische aspecten van de drughulpverlening en gezondheidsbevordering staan voor hen centraal. Therapie willen zij liever op de achtergrond houden.

De perceptie van de cliënten op het belang van de **medische** aspecten van de drughulpverlening **sluit aan bij** de sterke medische gerichtheid van het **MSOC van Gent**. De perceptie van de cliënten op **therapeutische** begeleiding is fundamenteel **in tegenspraak** met de doelstelling van de revalidatie die **de RIZIV-conventie** vooropstelt en die uiteindelijk gericht is op ontwenning.

De respectvolle, niet verwerpende basishouding van de hulpverlening, tenslotte, is voor cliënten een basisaspect van en een voorwaarde voor een goede hulpverlening.

Uit de bevraging van de cliënten naar de tevredenheid over de MSOC's, blijkt dat globaal de overgrote meerderheid van de cliënten van zowel het MSOC van Gent als van het MSOC van Oostende *tevreden tot zeer tevreden* zijn over het MSOC van Gent en Oostende.

De cliënten zijn *niet onverdeeld positief* over alle onderdelen van de werking van het MSOC. Zij geven een aantal elementen aan die volgens hen voor verbetering vatbaar zijn: de hulpverleners van de MSOC's zouden meer tijd voor hen moeten vrijmaken, er is nood aan meer privacy, de MSOC zouden 's avonds en in het weekend meer toegankelijk moeten zijn en er is nood aan meer inspraak in de interne procedures (rond de keuze voor de hulpverlener, het bepalen van het behandelingsplan, de doorverwijzing).

Het is belangrijk vast te stellen dat er bij de gebruikers *geen eenduidige visie* bestaat over de *methadonbehandeling*. De cliënten zijn het eens over het feit dat toediening van methadon enkel kan voor gebruikers die afhankelijk zijn van opiaten. Maar sommige cliënten hebben kritiek op de methadon*dosissen*. Deze cliënten duiden aan dat de onderhoudsdosissen in het begin van de behandeling te hoog zijn. Sommige cliënten duiden ook aan dat de onderhoudsdosissen sneller afgebouwd moeten worden of dat er teveel bijgebruik is en dat daar strenger op gereageerd moet worden.

De cliënten hebben ook een aantal aanmerkingen bij de manier waarop de methadonbehandeling wordt *georganiseerd*. Zij duiden aan dat de uren waarop methadon wordt verstrekt, ruimer zouden kunnen zijn, zeker 's avonds en in het weekend. Deze aanmerking geldt zeker voor de cliënten die werk hebben. Cliënten willen ook meer samenspraak met de behandelende arts over de indicatiestelling en de dosering van methadon. Ze zijn ook erg bezorgd over de lange termijneffecten van methadon en hadden daar graag meer informatie over.

De MSOC's blijken er inderdaad in te slagen de levenskwaliteit voor heel wat cliënten te verbeteren. Wanneer cliënten gevraagd wordt een subjectieve evaluatie te maken van *de effecten van de revalidatie* in de MSOC's op de verschillende levensdomeinen, duidt de overgrote meerderheid van de cliënten aan dat hun situatie en het druggebruik verbeterd zijn. Een verbetering op het vlak van hun gezondheid stellen twee derden van de bevroegde cliënten vast. Voor ongeveer de helft (iets minder dan de helft van de cliënten in het MSOC

van Oostende en iets meer dan de helft van de cliënten in het MSOC van Gent) van de cliënten is dit ook het geval voor hun relatie met familie en vrienden, hun situatie op het vlak van werk / inkomen en hun juridische situatie. Voor alle levensdomeinen samen, geven cliënten aan dat hun situatie eerder verbeterd is. Het is opvallend dat cliënten zelf wijzen op de preventieve effecten van de methadonbehandeling op het vlak van de druggerelateerde criminaliteit.

3.5.3.3 Effect op het netwerk

Doordat de MSOC's voor de eerste maal de harm reduction aanpak in de drughulpverlening in de praktijk brachten, kwam aan het licht dat, in de praktijk, de actoren een *verschillende invulling* geven aan de reikwijdte van de hulpverlening en het concept "*harm reduction*". De mate waarin en de snelheid waarmee al dan niet naar de volledige ontwenning zou moeten worden gestreefd, blijkt het ultieme struikelblok te zijn.

Dit heeft logischerwijs gevolgen voor de samenwerking en netwerkontwikkeling in het werkveld.

Zo blijkt dat de invloed en de draagwijdte van de pleitbezorgers van de harm reduction strategie en de algemene aanvaarding van harm reduction als strategie beperkt blijft.

De negatieve gevolgen van deze perceptie komen duidelijk tot uiting in de knelpunten op het vlak van de doorverwijzing in de Gentse regio, waarbij het MSOC van Gent aanduidt dat een aantal andere drughulpverleningdiensten meer laagdrempelig zouden moeten werken en deze diensten stellen dat het MSOC van Gent cliënten meer zou kunnen motiveren naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening/ naar ontwenning.

Een aantal categoriale voorzieningen heeft kritiek op de manier waarop de MSOC's de harm reduction benadering invullen. Zij stellen dat de MSOC's minder onvoorwaardelijk de vragen en het tempo van de cliënten zouden moeten volgen en cliënten meer zouden moeten motiveren om af te bouwen of te ontwennen en de stap te zetten naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening. Deze kritiek klinkt het sterkst in de *hoogdrempelige* therapeutische gemeenschappen. Het financieringssysteem dat gericht is op vergoedbare prestaties en op het aantal vergoedbare cliënten, wordt als één van de oorzaken aangeduid voor het feit dat cliënten te weinig gemotiveerd worden om de stap te zetten naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening.

De *niet categoriale* diensten, zoals het OCMW, het algemeen welzijnswerk, algemene ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg, en de categoriale diensten voor wie de problematische druggebruikers geen doelgroep zijn, zijn lovend over de komst van de MSOC's. Deze diensten werden jaren overstelpt met problematische druggebruikers die voor veel interne overlast zorgen en, meer dan andere cliënten, tijd en energie vergen. Deze diensten bevestigen dat, sinds de MSOC's er zijn, de druk op hun werking duidelijk is verminderd.

4 DE PARTICIPATIE VAN DE MSOC'S AAN HET REGIONALE NETWERK

4.1 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.⁶⁶⁸

4.2 ANALYSE VAN HET BESTAANDE NETWERK

4.2.1 Het aanbod en de spreiding van drughulpverlening aan problematische druggebruikers

4.2.1.1 Identificatie van het aanbod

4.2.1.1.1 *Het aanbod en de spreiding in de regio van het MSOC Gent – de provincie Oost-Vlaanderen*⁶⁶⁹

In Oost-Vlaanderen is het aanbod van de drugspecifieke hulpverlening historisch groot, zij het dat dit aanbod vooral geconcentreerd is in de regio van Gent en omstreken waar ook het MSOC gelegen is.

We stellen echter vast dat een aantal voorzieningen in de regio groot Gent een gelijksoortig aanbod hebben en zich richten naar dezelfde doelgroepen. Bovendien ontbreekt het aan bepaalde initiatieven en is de nazorg onvoldoende uitgebouwd.⁶⁷⁰ Dit onvoldoende gedifferentieerd aanbod heeft geleid tot heel wat concurrentie tussen deze diensten en voorzieningen,⁶⁷¹ tot een moeilijke samenwerking of zelfs tot een moeilijke samenwerking⁶⁷² en tot een gebrek aan afstemming⁶⁷³ van de hulpverleningsfaciliteiten.

⁶⁶⁸ Zie: Deel I Het onderzoek, Hoofdstuk 5 Opdrachtschrijving van de MSOC's, 5.4.3 Doel op het niveau van het netwerk.

⁶⁶⁹ Zie Deel II epidemiologie, tabel 43, Het aanbod in de regio van het MSOC Gent – de provincie Oost-Vlaanderen.

⁶⁷⁰ W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *o.c.*, 21.

⁶⁷¹ *Ibid.*, 80.

⁶⁷² J. MAERTENS, "Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie, een probleem zo groot als het werkveld?", *l.c.*, 171.

⁶⁷³ W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *o.c.*, 73.

4.2.1.1.2 Het aanbod en de spreiding in de regio van het MSOC Oostende – de provincie West-Vlaanderen⁶⁷⁴

In West-Vlaanderen zien we een heel andere situatie. In deze provincie is het aanbod voor problematische druggebruikers beperkt. Vooral een laagdrempelig aanbod ontbreekt. Ook hier geldt dat de geografische spreiding van het aanbod geconcentreerd is, zij het niet in de regio Oostende, maar in de regio rond Kortrijk en, in mindere mate, in Brugge. De inplanting van het MSOC in Oostende heeft dan ook geen oplossing geboden voor deze beperkte geografische spreiding van het aanbod van de drughulpverlening aan problematische druggebruikers.

De drie grote kernen Oostende, Brugge en Kortrijk beschikken elk over één of meerdere organisaties die zich bezighouden met de specifieke drughulpverlening. De organisaties hebben elk één of meerdere specialiteiten, die veelmeer in elkaars verlengde liggen, dan dat ze elkaar overlappen.⁶⁷⁵ Namelijk vzw Kompas voor crisisopname en kortdurend residentiële behandeling; De Sleutel voor ambulante en semi-residentiële op verandering gerichte behandeling en het MSOC voor straathoekwerk en laagdrempelige medische en psychosociale begeleiding.⁶⁷⁶

In de regio Groot-Oostende is er nauwelijks drughulpverlening aanwezig. Uit interviews blijkt dat de geestelijke gezondheidszorg en meer bepaald de psychiatrische ziekenhuizen in de praktijk niet openstaan voor druggebruikers met een primaire drugproblematiek.

4.2.1.2 Aanmerkingen

In Vlaanderen blijkt dat er geen volledige inventaris bestaat van alle diensten en voorzieningen die een aanbod hebben naar (problematische) druggebruikers.⁶⁷⁷ Dit geldt voor de drugspecifieke of categoriale diensten, maar zeker voor de niet drugspecifieke diensten en voorzieningen. Ook binnen het algemeen welzijnswerk, zowel ambulant als residentieel, is heel wat hulp en opvang voor druggebruikers ontwikkeld. Ook de huisartsen, het OCMW, het jeugdwerk, enz. hebben een belangrijk aandeel in de globale zorg en hulpverlening aan problematische druggebruikers.⁶⁷⁸

Op dit moment is het onmogelijk een volledig overzicht te geven van alle diensten en voorzieningen die een aanbod hebben voor (problematische) druggebruikers. Het identificeren en beschrijven van al deze diensten is dan ook de eerste fase van het DWTC-onderzoek naar “Het drugbeleid in cijfers” dat in april 2001 van start is gegaan.⁶⁷⁹

⁶⁷⁴ Zie Deel II epidemiologie, tabel 44, Het aanbod in de regio van het MSOC Oostende – de provincie West-Vlaanderen.

⁶⁷⁵ L. DOOM, *Voorstel opzet centrale intake vergadering West-Vlaanderen*, 1.

⁶⁷⁶ L. DOOM, *Voorstel opzet centrale intake vergadering West-Vlaanderen*, niet gepubliceerd document, 1.

⁶⁷⁷ In het overzicht van de adresgids verslavingszorg, blijkt dat Traject Aalst, Impuls-E De Kiem, Sociale Werkplaats De Sleutel, PC Sleidinge, CGGZ De Spiegel, RKJ De Sleutel, niet zijn opgenomen.

In de doorverwijsgids van de VAD zijn alleen de diensten en voorzieningen opgenomen die lid zijn van de VAD.

⁶⁷⁸ M. GEIRNAERT, “Overzicht van de structuur van de preventie, de hulpverlening en het straathoekwerk in Vlaanderen”, in B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE en C. FIGIEL (reds.), *Het drugbeleid in België: actuele ontwikkelingen*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 1998, 63.

⁶⁷⁹ FEDERALE DIENSTEN VOOR WETENSCHAPPELIJKE, TECHNISCHE EN CULTURELE AANGELEGENHEDEN, *Programma actuele problemen met betrekking tot sociale cohesie, Drugbeleid in cijfers*, onderzoeksovereenkomst nr. SO/02/017.

Ook op het werkveld is één van de knelpunten voor de samenwerking in het algemeen en voor de doorverwijzing in het bijzonder, de nood aan *duidelijkheid over het aanbod* van diensten en voorzieningen die drugspecifiek werken. Het gaat daarbij niet alleen over het aanbod in het algemeen, maar ook en vooral over mogelijkheden en beperkingen in de praktijk (opname- en uitsluitingscriteria, zogenaamde zwarte of grijze lijsten)⁶⁸⁰ en over het aanbod van *zorgfuncties*⁶⁸¹ dat een bepaalde voorziening heeft voor problematische druggebruikers.

Op dit moment hebben de doorverwijzende voorzieningen nood aan een duidelijke kijk op de doelstellingen, de inhoud, de aanpak en/of de visie van elke werksoort afzonderlijk. De verschillende werksoorten en zeker de individuele verschillen binnen een zelfde werksoort en / of binnen het niveau van één hulpverleningsvoorziening kunnen beter geprofileerd zijn.⁶⁸² Dit knelpunt bemoeilijkt doelgerichte doorverwijzingen. Dit is niet alleen een knelpunt voor de niet drugspecifieke diensten, maar ook voor de categoriale diensten.⁶⁸³

Clënten blijken vrij goed op de hoogte van de sociale kaart en het hulpverleningsaanbod door onderlinge informatie-uitwisseling. Deze informatie blijkt in sommige gevallen sterk gekleurd door de individuele ervaringen van cliënten. Dit gegeven blijkt ook duidelijk uit de analyse van de Client Satisfaction Questionnaire.⁶⁸⁴

Het is belangrijk dat de hulpverleners het beleid, het aanbod en de inhoud van dat aanbod van de andere diensten en voorzieningen kennen, zeker in het licht van ontwikkelingen op het vlak van de zorgcircuits.⁶⁸⁵ De federale drugnota stelt dan ook dat een duidelijke inventarisatie van de zorgfuncties die worden aangeboden aan druggebruikers prioriteit verdient.⁶⁸⁶

Zo zal in de provincie Oost-Vlaanderen, één van de eerste stappen in de ontwikkeling van een zorgcircuit middelenmisbruik, de inventarisatie van het aanbod van de categoriale drughulpverlening zijn.⁶⁸⁷

⁶⁸⁰ K. VAN CAUWENBERGHE, "Geïntegreerd beleid op lokaal niveau", in B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE en I. PELC (reds.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 2000, 179.

⁶⁸¹ Secundaire preventie, Drugtelefoon, Straathoekwerk, Vroeginterventie, Aanmelding, Intake, Laagdrempelige inloop, Laagdrempelige opvang, Crisisopvang, Substitutiebehandeling, Individuele behandeling, Groepsgesprek, Dagopvang, Spoedopvang, Detoxificatie, Intensieve kortdurende behandeling, Kortdurende residentiële behandeling, Langdurige residentiële behandeling, Deeltijdbehandeling, Nazorg, Gezinswerking, Woonbegeleiding, Arbeidstrajectbegeleiding, Case management, Vrijtijdsbesteding, Thuisbegeleiding, Maatschappelijk herstel, zie: W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, o.c., 41-42.

⁶⁸² V. RAES, F. LENDERS en M. GEIRNAERT, o.c., 137.

⁶⁸³ P. VAN DEUN, "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", l.c., 506.

⁶⁸⁴ Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000. In Gent kennen 31 cliënten van de 47 één of meer andere centra voor drughulpverlening. De Sleutel scoort daarbij het hoogst (N = 27), gevolgd door de Pelgrim (N = 7); PC Sleidinge (N = 6) en De Kiem (N = 6). De andere centra voor drughulpverlening zijn bij minder cliënten gekend.

Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Oostende, 2000. In Oostende kennen 23 van de 37 één of meer andere centra voor drughulpverlening. De Sleutel scoort het hoogst (N = 17); gevolgd door De Pelgrim (N = 8) en PC (N = 3). De andere centra voor drughulpverlening zijn bij minder cliënten gekend.

⁶⁸⁵ BOUMANHUIS, o.c., 58.

⁶⁸⁶ *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel, 19/01/2001, 47.

⁶⁸⁷ W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, o.c., 50.

4.2.2 Overlegorganen en initiatieven tot coördinatie

Voor de inventaris en de beschrijving van de samenwerking op sector- en sectoroverschrijdend niveau, verwijzen we naar Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 6 Overlegorganen en initiatieven tot registratie en coördinatie.

De nood aan een eenduidig - horizontaal en verticaal - geïntegreerd drugbeleid en de versnipperde financiering van de drugspecifieke diensten, belemmert de ontwikkeling van overlegorganen en initiatieven inzake coördinatie.⁶⁸⁸

Algemeen wordt een grote nood aan *coördinatie* binnen de drughulpverlening vastgesteld.⁶⁸⁹ Nog al te vaak wordt de identiteit en menige hulpverlener, bestuurder en organisatie traditioneel in structurele concepten vanuit een voorzieningenperspectief beleefd en aldus geformuleerd.⁶⁹⁰ De samenwerking tussen autonome organisaties blijkt erg moeilijk te verlopen. Vanuit beleidsperspectief kan de complexe drugproblematiek slechts met een bundeling van krachten succesvol worden aangepakt. Maar vanuit het perspectief van de afzonderlijke organisaties telt ontegensprekelijk de grotere kans om met succes, de eigen doelstellingen te realiseren door het (tijdelijk bundelen) van uiteenlopende bijdragen van wederzijdse afhankelijke organisaties.⁶⁹¹

De toenemende complexiteit van de zorg, en als gevolg de trend naar een meer multidisciplinaire aanpak, doet de behoefte aan zorgcoördinatie groeien. Als alternatief voor het huidig systeem wordt een ‘zorgcontinuüm’ of *circuitvorming*⁶⁹² voorgesteld, dat bestaat uit diverse zorgvormen en integratiemechanismen die de cliënten begeleiden en sturen doorheen de diverse zorgvormen.⁶⁹³

Alle sectoren uit het werkveld onderschrijven de nood aan samenwerking en afstemming omdat momenteel niet alle problematische druggebruikers een antwoord krijgen op hun hulpvraag. Zij zijn zich goed bewust van de versnippering en de nood aan een efficiënte coördinatie, afstemming en samenwerking binnen de drughulpverlening, en van de meervoudige en complexe problematiek van personen die afhankelijk zijn van of illegale middelen misbruiken.⁶⁹⁴

In Oost- en West-Vlaanderen is het structureel, sectoraal overleg en de coördinatie de laatste jaren op gang gekomen. Daar groeit vanuit de drughulpverlening zelf een aantal initiatieven om structurele netwerken te ontwikkelen.

Dit overleg heeft het positieve effect dat de diensten en voorzieningen een gemeenschappelijke communicatietaal, met een gemeenschappelijk begrippenkader en probleemomschrijving, ontwikkelen.⁶⁹⁵

⁶⁸⁸ B. DE RUYVER, J. CASSELMAN, K. MEUWISSEN, F. BULLENS en K. VAN IMPE, *o.c.*, 6-7.

⁶⁸⁹ K. VAN CAUWENBERGHE, “Geïntegreerd beleid op lokaal niveau”, *l.c.*, 179.

⁶⁹⁰ P. DE MEULEMEESTER, G. MOLENBERGHS, E. NASSEN en P. BELLINGS, “Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg”, in *Acta Hospitalia*, 1998, 3, 30.

⁶⁹¹ J. BREDÁ, “Een theoretisch kader”, in *VAD, Geen half werk, maar een netwerk!*, Een studiedag over de ontwikkeling in de sector alcohol en drugs, 21 oktober 1994, 6.

⁶⁹² W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, *o.c.*, 3.

⁶⁹³ K. KESTELOOT, e.a., “Innovatieve vormen van samenwerking in de gezondheidszorg: recente binnen- en buitenlandse ervaringen”, in *Acta Hospitalia*, 1999, 1, 6.

⁶⁹⁴ W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, *o.c.*, 3; L. DOOM, *Verslag van de evaluatievergadering van het Project Centrale Intakevergadering West-Vlaanderen*, 1.

⁶⁹⁵ P. VAN DEUN, “Hulpverlening: een ge(s)laagde activiteit”, *l.c.*, 70; E. NASSEN, “Nieuwe begrippen voor een nieuwe toekomst van de geestelijke gezondheidszorg”, in *Hospitalia*, 1999, 3, 112.

Het structureel overleg op provinciaal en lokaal niveau wordt positief geëvalueerd door de diensten en voorzieningen, vooral omdat hulpverleners elkaar op die manier leren kennen en dan ook sneller op cliëntniveau gaan samenwerken.

Een aandachtspunt voor het structureel overleg is dat de informatie meer zou kunnen doorstromen naar de veldwerkers.⁶⁹⁶

In de praktijk blijkt dat dit overleg zich voornamelijk nog op concept niveau situeert. Er wordt veel energie geïnvesteerd in het formuleren van doelstellingen, in de vertegenwoordiging en de aanwezigheid. Er bestaan echter nog geen beproefde organisatiemodellen.⁶⁹⁷ De meerwaarde van deze initiatieven voor de (problematische) druggebruikers in de praktijk moet nog bewezen worden.⁶⁹⁸

Het belang van *de niet categoriale diensten*, zowel voor de cliënt zelf als voor de categoriale hulpverlening, in de netwerkontwikkeling van problematische druggebruikers, is bevestigd. De niet drugspecifieke hulpverlening moet dan ook betrokken worden bij de analyse van de noden en behoeften en bij de uitbouw van het netwerk. Effectieve verslavingszorg kan alleen met lokale en regionale samenwerking tot stand komen.⁶⁹⁹

Eén van de uitgangspunten van het zorgcircuit is het centraal stellen van de zorgvraag van de cliënt. Het antwoord is het aanbod.⁷⁰⁰ Vanuit die gezichtshoek is het dan ook belangrijk *de cliënten* te betrekken bij de ontwikkeling van die zorgcircuits. De cliënt als consument van zorg zou in België meer moeten betrokken worden.⁷⁰¹ De betrokkenheid en rechtstreekse vertegenwoordiging van diverse doelgroepen in overlegmomenten en beleidsontwikkeling blijven totnogtoe schaars in de praktijk. Het zelforganiserend karakter van de druggebruikersgroep stijgt daarentegen aanzienlijk. Gezien de snelle evoluties in de sector rond crisisopvang en netwerkvorming, zou het wenselijk zijn oog te hebben voor deze groeiende dynamiek. De inhoud en de vorm van een afgestemd beleid kunnen hier alleen maar mee gebaat zijn.⁷⁰²

Een knelpunt binnen de ontwikkeling van de samenwerkingsverbanden en de netwerken is de nood aan duidelijkheid over wie *de coördinatie of regiefunctie* voor die ontwikkeling op zich kan en mag nemen en op welk beleidsniveau deze coördinatieopdracht gesitueerd wordt. Dit knelpunt moet a fortiori beantwoord worden wanneer in de toekomst de zorgcircuits, die in de federale beleidsnota sterk worden gepromoot⁷⁰³, in de praktijk zullen georganiseerd worden. Er is nood aan een *coördinatiestructuur* met duidelijke bevoegdheden en mandaten. Er moet dan ook een coördinatiestructuur worden uitgewerkt waarin de coördinatoren duidelijke mandaten en bevoegdheden hebben om knopen door te hakken.⁷⁰⁴ Het is essentieel dat een coördinator binnen deze structuur een neutrale positie kan innemen tegenover de organisaties uit het netwerk.⁷⁰⁵

⁶⁹⁶ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, 1999-2000.

⁶⁹⁷ J.E. VAN AKEN en P.M. BAGCHUS, "Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg", *I.c.*, 59.

⁶⁹⁸ J. BRED, "Een theoretisch kader", *I.c.*, 8.

⁶⁹⁹ BOUMANHUIS, *o.c.*, 15.

⁷⁰⁰ E. NASSEN, "Nieuwe begrippen voor een nieuwe toekomst van de geestelijke gezondheidszorg", *I.c.*, 114.

⁷⁰¹ G. GOYVAERTS, *o.c.*

⁷⁰² BOUMANHUIS, *o.c.*, 14.

⁷⁰³ *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel, 19/01/2001, 31.

⁷⁰⁴ M. GEIRNAERT, "Verticale samenwerking tussen de diverse preventieniveaus", in: B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE en I. PELC (reds.), "Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw, Drugbeleid 2000", Maklu, Antwerpen, 2000, 367.

⁷⁰⁵ J. BRED, "Een theoretisch kader", *I.c.*, 7.

In se raakt het knelpunt van de coördinatiebevoegdheid binnen de sector van de drughulpverlening aan een fundamenteel probleem binnen *de volledige drugsector*.

Er is nood aan beleidsafstemming en een continu en eenvormig beleid. Er is ook een duidelijke afbakening nodig van de bevoegdheden. Een globaal drugbeleid is een noodzakelijke voorwaarde voor de realisatie van een efficiënt lokaal beleid.⁷⁰⁶ Het initiatief tot de oprichting van een intersectoraal samengestelde Cel Drugbeleid, zoals ze in de federale drugnota wordt voorgesteld, kan in dit licht alleen maar worden toegejuicht.⁷⁰⁷

Er is nood aan duidelijkheid over wie de opdracht én het mandaat heeft om de samenwerking tussen verschillende sectoren te coördineren. Zowel de lokale coördinatoren, voor zover die er zijn, als de provinciale coördinatoren worden met dit knelpunt geconfronteerd. Nu moeten lokaal te veel problemen worden opgelost die daar niet thuishoren.⁷⁰⁸

Daarom is het van essentieel belang een duidelijke en consequent doorgetrokken *coördinatiestructuur* voor alle beleidsniveaus - lokaal, provinciaal, Vlaams en federaal - te ontwikkelen, waarbij met duidelijke opdrachten én mandaten, die door de verschillende overheden en sectoren wordt erkend, kan gewerkt worden.⁷⁰⁹ Daarbij is een gezamenlijk aanspreekpunt dat door alle sectoren wordt aanvaard en een centrale en neutrale positie heeft, van belang.⁷¹⁰

Wanneer initiatieven worden genomen worden tot intersectorale samenwerking, komt dit de drughulpverlening ten goede. Het kan de organisatie van de dienstverlening en doorverwijzing efficiënter maken.⁷¹¹ De samenwerking bevordert de sfeer van samenwerking en overleg tussen de sectoren, maar ook binnen de sector van de drughulpverlening.

4.2.3 Conclusies

Algemeen wordt binnen de drughulpverlening een nood aan een efficiënte *coördinatie* vastgesteld. Nog al te vaak wordt de identiteit van menige hulpverlener, bestuurder en organisatie traditioneel in structurele concepten vanuit een voorzieningenperspectief beleefd en ook zo geformuleerd.

Een factor die de ontwikkeling van netwerken belemmert, is het *gebrek aan doorzichtigheid*, op verschillende terreinen, dat kenmerkend is voor de drughulpverlening. Er is nood aan meer duidelijkheid over het aanbod, over de doelgroepen waar de diensten zich naar richten, over de opname- en uitsluitingscriteria die in de praktijk worden gebruikt, over schijnbaar kleine wijzigingen in het intern beleid van een dienst die toch een belangrijke invloed hebben op de werking van die dienst, en tenslotte over de zorgfuncties die worden aangeboden.

Alle sectoren uit het werkveld onderschrijven de nood aan samenwerking en afstemming omdat momenteel niet alle problematische druggebruikers een antwoord krijgen op hun hulpvraag. Zij zijn zich goed bewust van de versnippering en de nood aan coördinatie,

⁷⁰⁶ M. GEIRNAERT, "Verticale samenwerking tussen de diverse preventieniveaus", *l.c.*, 364.

⁷⁰⁷ *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel, 19/01/2001, 31-32.

⁷⁰⁸ M. GEIRNAERT, "Verticale samenwerking tussen de diverse preventieniveaus", *l.c.*, 377.

⁷⁰⁹ M. GEIRNAERT, "Intersectoriële samenwerking", in: *VAD, Geen half werk, maar een netwerk!*, Een studiedag over de ontwikkeling in de sector alcohol en drugs, 21 oktober 1994, 53; INTERSTEDELIJKE WERKGROEP DRUGCOÖRDINATIE, *De lokale drugcoördinatie, volop in beweging*, niet gepubliceerde tekst, Gent, 2001, 1.

⁷¹⁰ K. VAN CAUWENBERGHE, "Geïntegreerd beleid op lokaal niveau", *l.c.*, 176.

⁷¹¹ M. GEIRNAERT, "Intersectoriële samenwerking", *l.c.*, 52.

afstemming en samenwerking binnen de drughulpverlening, en van de meervoudige en complexe problematiek van problematische druggebruikers.

De toenemende complexiteit van de zorg, en als gevolg daarvan de trend naar een meer multidisciplinaire aanpak, doet de behoefte aan zorgcoördinatie groeien. Als alternatief voor het huidige systeem wordt een 'zorgcontinuüm' of *circuitvorming* voorgesteld, dat bestaat uit diverse zorgvormen en integratiemechanismen die de cliënten begeleiden en sturen doorheen de diverse zorgvormen, zoals ook door de federale drugnota wordt vooropgesteld.

In Oost- en West-Vlaanderen worden heel wat initiatieven genomen om, via *structureel, sectoraal overleg*, tot de ontwikkeling van netwerken en tot afstemming te komen. In Oost-Vlaanderen gebeurt dit sinds 1996 onder impuls van de provinciale drugcoördinator en de provinciale coördinator voor de geestelijke gezondheidszorg. In West-Vlaanderen is het provinciaal, structureel overleg sinds 1999 op gang gekomen.

Dit overleg heeft, en dit wordt bevestigd door de partners op veld, positieve effecten op de communicatie en samenwerking, in belangrijke mate op het niveau van de individuele werkers die elkaar leren kennen op deze overlegmomenten.

In de praktijk blijkt dat dit overleg zich voornamelijk nog op concept niveau situeert. De communicatie van dit sectoraal overleg met niet categoriale diensten en voorzieningen en met de gebruikers zelf, is nog een werkpunt. De stap van dit overleg naar een effectieve aanpassing van het aanbod in de praktijk of een differentiatie van het aanbod moet nog gezet worden. De meerwaarde van dit overleg voor de problematische druggebruikers in de praktijk moet dus nog bewezen worden.

Deze vaststellingen doen niets af aan de waarde van dergelijk overleg en de inspanningen die de coördinatoren van dit overleg leveren, wel integendeel. De coördinatoren van het overleg moeten onder zeer moeilijke omstandigheden werken, omdat zij noch het mandaat, noch de bevoegdheid om binnen deze overlegstructuren beslissingen te nemen en knopen door te hakken.

In se raakt het knelpunt van de coördinatiebevoegdheid binnen de sector van de drughulpverlening aan een belangrijk knelpunt binnen de volledige drugsector. Op dit moment is de nood aan duidelijkheid over wie de opdracht én het mandaat heeft om de samenwerking *tussen* verschillende sectoren te coördineren, groot. Zowel de lokale coördinatoren, voor zover die er zijn, als de provinciale coördinatoren worden met dit knelpunt geconfronteerd. Nu moeten lokaal te veel problemen worden opgelost die daar niet thuishoren.

Daarom is het van essentieel belang een duidelijke en consequent doorgetrokken coördinatiestructuur voor alle beleidsniveaus - lokaal, provinciaal, Vlaams en federaal - te ontwikkelen, waarbij met duidelijke opdrachten én mandaten, die door de verschillende overheden en sectoren wordt erkend, kan gewerkt worden.

4.3 EVALUATIE

4.3.1 Procesevaluatie

4.3.1.1 Samenwerking van het MSOC met andere diensten en voorzieningen in het netwerk

4.3.1.1.1 Samenwerking met de categoriale diensten

Het MSOC van Gent is van bij de aanvang de communicatie met alle actoren aangegaan om samen te werken. Concrete, gedetailleerde samenwerkingsovereenkomsten, werden bij de aanvang echter niet vastgelegd.⁷¹² Met vele actoren werden afspraken gemaakt die uitmonden in ondertekende protocollen. Algemeen gezien verloopt de samenwerking tussen alle categoriale diensten gespannen.⁷¹³

In november 1998 werd een overeenkomst gesloten over samenwerking en doorverwijzing tussen De Sleutel, het MSOC en de burgemeester van de Stad Gent.⁷¹⁴

Het MSOC van Gent overlegt maandelijks met het Dagcentrum van de Sleutel, het CIC en De Kiem inzake overlapping, doorverwijzing en coherent beleid voor specifieke en gemeenschappelijke cliënten.⁷¹⁵ Dit overleg werd positief geëvalueerd door de deelnemers.⁷¹⁶ Sinds het vertrek van de stedelijke drugcoördinator is dit overleg verwaterd.

Er is maandelijks een coördinatieoverleg tussen het straathoekwerk en het MSOC op beleidsniveau. Dit overleg heeft de bedoeling de beide werkingen op elkaar af te stemmen en tot feedback en informatie uitwisseling te komen.⁷¹⁷ Het kan hierbij gaan over het bespreken van tendensen gebruik van de doelgroep, evoluties in het drugveld, harm reduction, het ontwikkelen van een (drugs)beleid voor bepaalde onderwerpen. Het MSOC werkt, na toestemming van de cliënt, ook samen met het straathoekwerk op cliëntniveau.⁷¹⁸ Dergelijk overleg, zij het minder intensief, werd ontwikkeld met de coördinator van de Dienst Drugpreventie.⁷¹⁹

Het MSOC van Oostende ging van bij de aanvang de dialoog aan met categoriale diensten van binnen en buiten de provincie. Met vele actoren werden afspraken gemaakt.⁷²⁰ De contacten met andere diensten en voorzieningen werden al uitgebreid gelegd in de Medische,

⁷¹² VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Korte stand van zaken van de MSOC's, Vlaanderen, o.c.*, 4.

⁷¹³ W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, o.c., 72.

⁷¹⁴ STAD GENT, *Afsprakennota De Sleutel – MSOC*, niet gepubliceerd document, Gent, 14/12/1998, 4 p.

⁷¹⁵ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 4 Alternatieve Maatregelen, V.Z.W. De Kiem*, Gent, 2000, 38.

⁷¹⁶ *Ibid.*, 33.

⁷¹⁷ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 65.

⁷¹⁸ *Ibid.*, 18.

⁷¹⁹ *Ibid.*, 15.

⁷²⁰ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *MSOC 1999, Een overzicht van het Medisch Sociaal Opvangcentrum, Jaarverslag 1999, Oostende*, 2000, 4 – 5.

Psychosociale en Juridische werkgroepen.⁷²¹ Het merendeel van deze diensten zijn door een of meer leden van het MSOC-team gecontacteerd.⁷²²

Het MSOC van Oostende heeft een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met vier voorzieningen uit de provincie West-Vlaanderen en één overeenkomst met een voorziening uit de provincie Oost-Vlaanderen.

4.3.1.1.2 Samenwerking met niet-categoriale diensten of personen

Er wordt in de praktijk goed samengewerkt met andere laagdrempelige voorzieningen.⁷²³ Dit geldt zowel voor diensten die behoren tot de gezondheidszorg als tot de welzijnszorg. Naarmate de vertrouwdheid van andere voorzieningen met de drugproblematiek groeit, verloopt de samenwerking vlotter.⁷²⁴

Binnen de methadonsubstitutieprogramma's werken de MSOC's over het algemeen goed samen met artsen en apothekers.⁷²⁵ Evenwel zijn niet alle huisartsen bereid tot een samenwerking en zijn apothekers nog vaak wantrouwig.⁷²⁶

Het MSOC van Gent werkt vaak samen met laagdrempelige niet-categoriale diensten: de thuislozenzorg, algemene ziekenhuizen, het OCMW, artsen, apothekers, het Service en opvangcentrum en het bijstandsteam van het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk, Compagnie De Spooren (in functie van tewerkstelling), Arbeidstrajectbegeleiding ATB, Kind en Gezin, Preventief Zorgcentrum (in functie van zwangere vrouwen en jonge kinderen), Centra voor thuisbegeleiding en Sociale diensten van mutualiteiten.⁷²⁷

Er is herhaaldelijk overlegd met de voorzitter van de Provinciale Geneeskundige Commissie en de Inspecteur van de Farmacie in verband met afspraken over het voorschrijfbeleid.⁷²⁸

Het MSOC van Gent maakte afspraken met het universitair ziekenhuis, het klinisch laboratorium van het algemeen ziekenhuis Jan Palfijn en de Prostitueewerking Pasop in functie van de behandeling van chronische hepatitis C bij de cliënten van het MSOC.⁷²⁹

Ook in Oostende verloopt de samenwerking met het OCMW, de artsen en de apothekers goed. Er werden schriftelijke afspraken gemaakt. De thuislozenzorg wordt expliciet vernoemd als sector waarmee de samenwerking moeizaam verloopt.⁷³⁰

Het MSOC van Oostende heeft duidelijke afspraken gemaakt met het Centrum voor leerlingbegeleiding. Indien de cliënt (= de leerling) het goedkeurt, wordt er contact onderhouden met het centrum.

⁷²¹ De psychosociale werkgroep kwam één keer samen in 1996; zeven keer in 1997 en één keer in 1998.

De medische werkgroep kwam één keer samen in 1996, 14 keer 1997 en drie keer in 1998.

De juridische werkgroep kwam twee keer samen in 1997.

⁷²² E. MEES, *Samenwerking met andere diensten*, niet gepubliceerd document, 2001, 1.

⁷²³ STAD OOSTENDE Dienst Preventie, *MSOC 1999, Een overzicht van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Jaarverslag 1999, Oostende, 2000, 17.

⁷²⁴ P. VAN DEUN, "Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen", *l.c.*, 155.

⁷²⁵ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *MSOC 1999, Een overzicht van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Jaarverslag 1999, Oostende, 2000, 5.

⁷²⁶ P. VAN DEUN, "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", *l.c.*, 514.

⁷²⁷ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 17, 28.

⁷²⁸ *Ibid.*, 16.

⁷²⁹ *Ibid.*, 13.

⁷³⁰ L. DOOM, *Verslag van de evaluatievergadering van het Project Centrale Intakevergadering West-Vlaanderen*, 2.

Er werd ook afgesproken met het AZ Damiaan Oostende en Henry Serruyskliniek dat bij aanmeldingen van mensen met een primaire drugproblematiek in die ziekenhuizen, deze onmiddellijk worden doorverwezen naar het MSOC. Behandeling van methadoncliënten in beide ziekenhuiscomplexen kan, maar het methadonvoorschrift blijft de verantwoordelijkheid van de MSOC artsen. Sommige ziekenhuizen weigeren echter methadoncliënten op te nemen.⁷³¹

4.3.1.1.3 Samenwerking met politie en justitie

Het MSOC van Gent heeft afspraken gemaakt met de politie en de rijkswacht in functie van de doorverwijzing vanuit de politie en rijkswacht. Zo werd informatie over het convenant Spoed en Crisisopvang gepubliceerd in de dagorders en het zakboekje van de Gentse politie. Ook de rijkswacht werd geïnformeerd.⁷³² Er werden ook afspraken gemaakt met de probatiediensten in functie van een uitbreiding van het aanbod van het MSOC voor justitiële verwijzingen.⁷³³

In de dagorders van politie werd een duidelijk procedure uitgewerkt voor dringende doorverwijzingen van politie naar de drughulpverlening en werden de afspraken tussen het MSOC en de politie op papier gezet.

Het MSOC van Oostende heeft duidelijke protocollen ontwikkeld voor de samenwerking met de probatiediensten van Veurne en Brugge en met het Comité Bijzondere Jeugdzorg en de Jeugdrechtsbank.⁷³⁴ Met de probatiediensten werd een contract opgesteld dat door de drie groepen (cliënt, probatie, MSOC-verantwoordelijke) moet ondertekend worden. Met het Comité Bijzondere Jeugdzorg en de Jeugdrechtsbank werd een protocol met standaardprocedures ontwikkeld; er wordt niet met een contract gewerkt.

In West-Vlaanderen blijkt dat de doorverwijzingen vanuit justitie niet altijd vlot verlopen.⁷³⁵

De relatie met *politie en justitie* verloopt niet vlekkeloos, maar is door de band verbeterd in vergelijking met de toestand in het verleden. Wrijvingen worden veroorzaakt door de verschillen in perceptie van de doelstellingen van politie en justitie enerzijds en de MSOC's anderzijds.⁷³⁶ Er is ook weerstand tegen de harm reduction benadering van de MSOC's. Vooral het voorschrijfgedrag van de artsen binnen het MSOC blijft een punt van kritiek.⁷³⁷ De politiediensten hadden gehoopt met de komst van de MSOC's over een permanent aanspreek- en doorverwijspunt te kunnen beschikken. De vraag van politie en justitie naar een 24 uur op 24 uur permanentie van de drughulpverlening is een blijvende verzuchting.⁷³⁸

4.3.1.1.4 Aanmerkingen

De komst van het MSOC van Gent riep in eerste instantie een weerstand op bij sommige bestaande drughulpverleningsinstellingen.⁷³⁹

⁷³¹ E. MEES, *Samenwerking met andere diensten*, niet gepubliceerd document, 2001, p. 1.

⁷³² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 36.

⁷³³ *Ibid.*, 42.

⁷³⁴ E. MEES, *Samenwerking met andere diensten*, 1.

⁷³⁵ L. DOOM, *Verslag van de evaluatievergadering van het Project Centrale Intakevergadering West-Vlaanderen*, 2.

⁷³⁶ K. VAN CAUWENBERGHE, "Geïntegreerd beleid op lokaal niveau", *l.c.*, 179.

⁷³⁷ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁷³⁸ WERKGROEP SAMENWERKING POLITIE, JUSTITIE, PREVENTIE EN HULPVERLENING, *o.c.*, 18.

⁷³⁹ Zie: Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 2 Algemeen, 2.1.3 Bemerkingen.

Over het algemeen is de samenwerking met de categoriale en niet-categoriale diensten in de loop der jaren vlotter gaan verlopen. Evenwel blijft de goede samenwerking doorgaans afhankelijk van individuen en individuele contacten.⁷⁴⁰ Deze vaststelling komt telkens terug in de bevraging van de categoriale en niet-categoriale hulpverlening.⁷⁴¹ Incidentele samenwerking op werkersniveau verloopt vrijwel probleemloos.⁷⁴²

De MSOC's gingen van bij de aanvang de dialoog aan met veel actoren om samen te werken rond cliënten. Met vele actoren afspraken werden gemaakt die uitmonden in ondertekende protocollen. Wij stellen vast dat in de praktijk op cliëntniveau zowel in het MSOC van Gent als in het MSOC van Oostende *de ad hoc samenwerking* de regel is. De doeltreffendheid van deze protocollen zou bevorderd kunnen worden door ingebouwde momenten van evaluatie te voorzien.⁷⁴³

4.3.1.2 Samenwerking op netwerkniveau

4.3.1.2.1 Het MSOC van Gent

Het MSOC van Gent neemt een voortrekkersrol op in de ontwikkeling van structureel / cliëntoverstijgend overleg.

Het MSOC neemt actief deel aan het *provinciaal* Ovidius-overleg.

Het MSOC registreerde binnen het intakeoverleg van de Oost-Vlaamse drughulpverlening.

Het MSOC werkte mee aan het onderzoeksproject case management. Ze hebben vier cliënten begeleid binnen het proefproject case management.⁷⁴⁴

Het MSOC van Gent heeft een voortrekkersrol opgenomen in de verdere uitbouw van het convenant spoed- en crisisopvang voor verslaafden aan illegale drugs voor de Gentse regio in 1998 en voor de voorzieningen in Lokeren in 1999.⁷⁴⁵ De convenant is er gekomen op vraag van de welzijns- en gezondheidsorganisaties, de drugspecifieke ambulante hulpverlening en de politiediensten en justitiële diensten.⁷⁴⁶ Dit netwerk wordt door alle sectoren in het werkveld positief geëvalueerd.⁷⁴⁷

Het MSOC is lid van de werkgroep zorgcircuits. De directeur is lid van een kerngroep die de discussieteksten voor de werkgroep voorbereiden en samenstellen.⁷⁴⁸ De directeur is ook medeauteur van de conceptnota rond het zorgcircuit middelenmisbruik.⁷⁴⁹

⁷⁴⁰ K. VAN CAUWENBERGHE, *l.c.*, 179; W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *o.c.*, 72.

⁷⁴¹ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁷⁴² J. BREDA, "Een theoretisch kader", *l.c.*, 8.

⁷⁴³ BOUMANHUIS, *o.c.*, 20.

⁷⁴⁴ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 38.

⁷⁴⁵ PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ en STAD GENT, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor illegale drugverslaafden, Regio Groot Gent*, 1/04/1998, 23 p; PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ, STAD LOKEREN en DRUGOVERLEG LOKEREN, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor illegale drugverslaafden*, Regio Lokeren, 1/06/1999, 11 p.

⁷⁴⁶ PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ en STAD GENT, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor illegale drugverslaafden, Regio Groot Gent*, 1/04/1998, 3.

⁷⁴⁷ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 36.

⁷⁴⁸ POPOVGGZ, *Activiteitenverslag 2000*, 80.

⁷⁴⁹ W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, *o.c.*, 25 p.

Er werd een samenwerkingsovereenkomst met het OCMW Lokeren, het CGGZ Sas Lokeren, het stadsbestuur van Sint Niklaas en meerdere welzijnsorganisaties in Sint Niklaas in functie van de laagdrempelige begeleiding van problematische druggebruikers.⁷⁵⁰

Het MSOC van Gent is de vertegenwoordiger van de stedelijke diensten binnen het veiligheidscontract van de stad Gent in de Stuurgroep voor de Drugcoördinatie van *de stad Gent*.

Het MSOC heeft meegewerkt aan de ontwikkeling van een geïntegreerd drugbeleidsplan en aan het vastleggen en uitwerken van prioriteiten voor de regio.

Het MSOC van Gent neemt ook deel aan drie werkgroepen die werken aan de realisatie van de prioriteiten die tijdens de open vergadering drugbeleid werden vastgesteld. Dit zijn de werkgroep samenwerking tussen de drugspecifieke en de algemene hulpverlening, waar de directeur van het MSOC voortrekker van is; de werkgroep wetenschappelijk onderzoek en de werkgroep samenwerking tussen politie, justitie en de drughulpverlening.⁷⁵¹

4.3.1.2.2 *Het MSOC van Oostende*

In *West-Vlaanderen* zijn de samenwerkingsverbanden minder sterk uitgebouwd dan in Oost-Vlaanderen. Uit de interviews met de sleutelfiguren in Oostende blijkt ook dat, in tegenstelling met Oost-Vlaanderen, er in West-Vlaanderen een grote voorzichtigheid bestaat in het bespreken van de resultaten van deze samenwerkingsverbanden.

Het MSOC van Oostende neemt regelmatig deel aan de overlegorganen en samenwerkingsverbanden in de provincie West-Vlaanderen.

Het MSOC is lid van de provinciale Werkgroep Drughulpverlening.⁷⁵² Deze werkgroep bespreekt de aspecten die van belang voor de hulpverlening aan druggebruikers (preventie, justitie en de stand van zaken van de regionale fora).⁷⁵³

Het MSOC van Oostende is één van de initiatiefnemers van het project Uniforme Intakeprocedure voor gebruikers van illegale drugs en werkt mee aan de voorbereiding van de uniforme registratie voor methadon in West-Vlaanderen.⁷⁵⁴ Het project Uniforme Intakeprocedure ontwikkelde een contactnameformulier en een formulier op basis waarvan informatie kan worden opgevraagd bij de vorige behandelaar van de cliënt. Het project wil in 2001 de centrale intakemethodiek verder verwezenlijken, de centrale intakevergadering en de methodiek integreren op het vlak van cliëntregistratie en effectieve cliëntbespreking en mee een aanzet geven tot de ontwikkeling van regionale zorgcircuits.⁷⁵⁵

Het MSOC van Oostende is sinds 1999 lid van de Algemene Vergadering van het Samenwerkingsverband voor de Geestelijke Gezondheidszorg voor de regio Noord. Dit Samenwerkingsverband is ook afgevaardigd in de vergaderingen van het MSOC.⁷⁵⁶

⁷⁵⁰ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs*, MSOC, Gent, 2000, 13.

⁷⁵¹ F. VANDER LAENEN, "Een drugbeleid in Gent, een stand van zaken van de werkgroepen", *l.c.*, 38.

⁷⁵² STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 7.

⁷⁵³ GGZ W.-VL., *Jaarverslag 1999*, 23-24; GGZ W.-VL., *Jaarverslag 2000*, 23.

⁷⁵⁴ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 7.

⁷⁵⁵ L. DOOM, *Verslag van de evaluatievergadering van het Project Centrale Intakevergadering West-Vlaanderen*, 1.

⁷⁵⁶ GGZ W.-VL., *Jaarverslag 1999*, 52.

In het bestaande Crisisnetwerk Oostende voor nachtopvang “voor personen in acute psychosociale nood”,⁷⁵⁷ worden gebruikers van illegale middelen expliciet uitgesloten.⁷⁵⁸ Het MSOC maakt dan, buiten haar wil om, ook geen deel uit van dit netwerk.

Het MSOC van Oostende is lid van de stedelijke Stuurgroep Drugbeleid.⁷⁵⁹

Door zich noodgedwongen op de interne werking te moeten concentreren, werden de Medische, Psychosociale en Juridische werkgroepen die bij de start van het MSOC zeer actief waren, niet volledig ondersteund en werden na verloop van tijd niet meer samen geroepen. Nu de interne werking gestabiliseerd is, zullen de werkgroepen opnieuw samenkomen en dit op initiatief van de Stad Oostende. De diverse vertegenwoordigers duiden aan dat ze nog steeds sterk geïnteresseerd zijn om deel te nemen aan de werkgroepen.⁷⁶⁰

De *straathoekwerkers van Oostende* nemen deel aan de overlegvergaderingen van het coördinatieorgaan voor de Vlaamse straathoekwerkers Vlastov en het provinciale coördinatieorgaan voor Oost- en West-Vlaanderen VOS (Vlaams Overleg Straathoekwerk vzw).

Lokaal nemen de straathoekwerkers ook deel aan het VOL (veldwerkoverleg). Op deze vergadering bespreken de straathoekwerkers samen met de citycoaches en de vindplaatsgericht werker gemeenschappelijke en overlappende thema's en knelpunten in Oostende.⁷⁶¹

4.3.1.2.3 Het MSOC van Gent en Oostende

De MSOC's van *Gent*⁷⁶² en *Oostende* zijn lid van de koepelorganisaties VVBV⁷⁶³ en VAD. Er zijn ook goede contacten met het VSP.

De MSOC's nemen ook deel aan het tweemaandelijks inter-MSOC-overleg.⁷⁶⁴ In dit overleg wordt gestreefd naar een zekere gelijkvormigheid in onder andere visieontwikkeling, methodiek en registratie.⁷⁶⁵

4.3.1.2.4 Aanmerkingen

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

⁷⁵⁷ STAD OOSTENDE, *Crisisnetwerk, Vademecum*, 1.

⁷⁵⁸ *Ibid.*, 2.

⁷⁵⁹ STAD OOSTENDE, *Startvergadering Stuurgroep Drugsbeleid*, Oostende, 18 april 2001.

⁷⁶⁰ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Oostende, 1999-2000.

⁷⁶¹ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 6.

⁷⁶² STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 38.

⁷⁶³ STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 7.

⁷⁶⁴ Dit zijn: het MSOC Limburg, Antwerpen, Oostende, Gent en de MASS Charleroi, Liège en Mons.

STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 38.

⁷⁶⁵ Dienst Preventie, Stad Oostende, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 7.

De nood aan een uitgebrewd aanbod en netwerk van hulpverlening aan problematische druggebruikers in de regio; de beperkte bereidheid van andere diensten en voorzieningen om MSOC-cliënten op te nemen; de weigering van sommige diensten om nog langer problematische druggebruikers op te nemen, omdat ze het MSOC als nieuwe, gespecialiseerde categoriale hulpverleningsdienst beschouwden; de nood aan een personeelslid dat zich volledig kan bezighouden met externe contacten en netwerkontwikkeling, al deze factoren hebben ertoe geleid dat *het MSOC Oostende* overspoeld wordt door cliënten en hulpvragen, terwijl de doorverwijzing vanuit het MSOC naar de diensten in de regio zeer moeilijk loopt. Hierdoor wordt het MSOC ertoe gedwongen zich vooral te concentreren op zijn interne werking en kan er te weinig tijd en energie geïnvesteerd worden in de netwerkontwikkeling, terwijl dit net in de Oostendse regio, zo noodzakelijk was en is. Het MSOC van Oostende is hierdoor in een *geïsoleerde positie* terechtgekomen. Noodgedwongen heeft het MSOC van Oostende zich ook moeten richten naar Oost-Vlaanderen voor een aantal doorverwijzingen. Hierdoor komt communicatie op gang komt tussen Oost- en West-Vlaanderen.⁷⁶⁶

Het grote aanbod in de Gentse regio en de heersende concurrentiepositie heeft ervoor gezorgd dat het *MSOC van Gent* van bij de start een politiek heeft gevoerd die sterk extern is gericht.⁷⁶⁷ De directeur van het MSOC is bijna voltijs bezig met de externe contacten en samenwerking het verdedigen of wereldkundig maken van de harm reduction aanpak.⁷⁶⁸ Ook de voortrekkersrol die het MSOC opneemt in de lokale en provinciale overlegorganen is daar een illustratie van.

4.3.2 Effect op de netwerken

De komst van de MSOC's heeft de *dynamiek*, die halfweg de jaren '90 binnen de drughulpverlening is ontstaan, versterkt. De MSOC's zorgden niet alleen voor heel wat discussie en kritiek, maar ook voor een *reflectie* over de methodieken, de werkwijze, het (niet) bereiken van bepaalde doelgroepen, de noden en behoeften van cliënten.

Dit heeft een invloed gehad op het aanbod en de werkwijze in de regio. Heel wat categoriale maar ook niet-categoriale diensten pasten hun werking aan in het licht van het hulpaanbod van de MSOC's.⁷⁶⁹

Gezien de verschillende doelstellingen en de verschillen in financiële mogelijkheden komen de lokale hulpverleners en diensten soms in een concurrentiepositie terecht. In plaats van een complementaire wijze van samenwerken wordt er eerder op een concurrentiele wijze naast elkaar gewerkt.⁷⁷⁰ De samenwerking met andere categoriale diensten verloopt nog vaak stroef. Door een gebrek aan vertrouwen brengen hulpverleners elkaar niet voldoende op de hoogte.⁷⁷¹ Het is echter niet nodig de moeilijkheden en weerstanden bij de ontwikkeling van een netwerk te problematiseren. Het is onvermijdelijk dat er zich conflicten voordoen binnen het netwerk, want de visies en belangen zijn niet (helemaal) dezelfde en de toekomstige ontwikkelingen

⁷⁶⁶ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, Oostende, 1999-2000.

⁷⁶⁷ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 14.

⁷⁶⁸ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 32; STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 13, 14, 18.

⁷⁶⁹ J. MAERTENS, "Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie, een probleem zo groot als het werkveld?", *l.c.*, 174.

⁷⁷⁰ M. GEIRNAERT, "Verticale samenwerking tussen de diverse preventieniveaus", *l.c.*, 368.

⁷⁷¹ P. VAN DEUN, "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", *l.c.*, 505.

staan nog voor een groot stuk open.⁷⁷² Verschillen in structuur, professionele aanpak, financiering, moeten onderkend worden en niet onder de tafel geveegd. Integendeel, zij kunnen en moeten aangewend worden om de wederzijdse bijdragen te optimaliseren.⁷⁷³

4.3.2.1 Het MSOC van Oostende

In Oostende was er voor de komst van het MSOC geen drugspecifieke dienst of voorziening. Ook in de regio ontbrak een aanbod naar druggebruikers in het algemeen en naar problematische druggebruikers in het bijzonder.

Bij de bestaande diensten en voorzieningen in de regio heeft de komst van het MSOC in eerste instantie dan ook geleid tot een gevoel van opluchting en tevredenheid. Er was nu eindelijk een dienst die (problematische) druggebruikers kon opnemen. Vandaar ook de enorme bereidheid bij de start van het MSOC om in werkgroepen de voorbereiding van de MSOC gestalte te geven.

Zodra het MSOC goed en wel van start is gegaan, hebben de bestaande diensten massaal cliënten naar het MSOC doorverwezen. De bereidheid van die diensten om de cliënten, na verloop van tijd, terug op te nemen bleek minimaal. Een uiting daarvan was het verwateren van de werkgroepen.

Na twee jaar werking van het MSOC stellen we terug een beweging naar meer samenwerking en overleg vast. De bestaande diensten en voorzieningen zijn, vanuit het besef van een noodzaak naar meer samenwerking en afstemming, terug bereid om rond de tafel te zitten en een oplossing te zoeken voor gemeenschappelijke problemen. Een uiting daarvan is het feit dat werkgroepen terug zullen samenkomen.⁷⁷⁴

De komst van het MSOC in Oostende heeft, zeker waar het gaat om netwerkontwikkeling, geen onverdeeld positieve effecten gehad op het netwerk. De komst van het MSOC heeft *niet* geleid tot een *uitbouw van een netwerk* voor de opvang van problematische druggebruikers in de regio.

Het MSOC van Oostende heeft er, geheel tegen haar bedoeling in, voor gezorgd dat de andere hulpverlening, die toch al afkerig stonden tegenover problematische druggebruikers, niet langer problematische druggebruikers opnemen of begeleiden. Dat in het netwerk crisisopvang “problematisch druggebruik” een exclusiecriteria is, is een teken aan de wand. Men kan zich de vraag stellen wat de zinvolheid is van een dergelijk initiatief, wanneer net de doelgroep van problematische druggebruikers, waarvoor de nood aan crisisopvang zo groot is, zijn uitgesloten van een netwerk voor crisisopvang.⁷⁷⁵

Een andere vaststelling die we uit deze analyse kunnen afleiden is het feit dat er in de regio Oostende nood is aan opvang voor niet gemarginaliseerde / niet problematische

⁷⁷² J. BREDÁ, “Een theoretisch kader”, *l.c.*, 7.

⁷⁷³ J. BREDÁ, “Een theoretisch kader”, *l.c.*, 8.

⁷⁷⁴ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Oostende, 1999-2000.

⁷⁷⁵ Voor de gevolgen van deze dynamiek voor het MSOC van Oostende zelf, verwijzen we naar Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 4 De participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk, 4.3.1.2.4 Bemerkingen.

druggebruikers. Dit is in het bijzonder het geval voor een grote groep van jongeren en jongvolwassenen die het MSOC nu noodgedwongen blijvend in begeleiding houdt. In de regio Oostende heeft de komst van het MSOC het gebrek aan een uitgebouwd aanbod van hulpverlening ondubbelzinnig aan het licht gebracht.

4.3.2.2 Het MSOC van Gent

In Gent is de situatie in de praktijk anders geëvolueerd. In de regio is er een historisch gegroeid aanbod van een groot aantal drugspecifieke diensten en voorzieningen.⁷⁷⁶ Een aantal diensten richten zich met een vrij gelijksoortig aanbod op éénzelfde doelgroep, wat aanleiding geeft tot concurrentie.⁷⁷⁷

Van bij de start van het MSOC van Gent kwam er heel wat *kritiek* van een aantal bestaande diensten en voorzieningen op de werking van het MSOC. Deze diensten hebben kritiek op de doorverwijzingpolitiek, op het voorschrijfgedrag van artsen en op het niet dwingend / motiverend karakter van de begeleiding.

Het grote aanbod in de regio en de bestaande concurrentie tussen de drugspecifieke diensten en voorzieningen is door de komst van het MSOC van Gent nog versterkt. Een aantal diensten en voorzieningen, waaronder het MSOC⁷⁷⁸, hebben zich sterker *geprofileerd*.

In de praktijk geven het MSOC en een aantal categoriale voorzieningen een *verschillende invulling aan het concept harm reduction*. Het MSOC werkt onvoorwaardelijk op het tempo van de cliënt en werkt eerst en vooral aan de basisbehoeften van de cliënt. Een aantal andere categoriale voorzieningen, zien het streven naar ontwenning en het werken aan de onderliggende oorzaken van het problematisch gebruik als de ultieme doelstelling. Zowel het MSOC als de andere categoriale voorzieningen zien de invulling die de andere partners in het veld geven aan de harm reduction benadering niet als complementair, maar als aan elkaar tegengesteld. Hierdoor zijn zij minder geneigd samen een netwerk te ontwikkelen.

Er worden vanuit verschillende hoeken inspanningen geleverd om de samenwerking en de netwerkontwikkeling te stimuleren.⁷⁷⁹

Op provinciaal niveau nemen de provinciale drugcoördinator en de provinciale coördinator voor de geestelijke gezondheidszorg heel wat initiatieven om het overleg en de netwerkvorming tussen de drughulpverlening in de regio groot Gent te stimuleren.

Op lokaal niveau werd, in samenwerking met de Gentse drugcoördinator, getracht, via een afsprakennota en overleg, afspraken te maken over de samenwerking en de doorverwijzing tussen het MSOC en een aantal categoriale voorzieningen.

Tenslotte hebben een aantal diensten en voorzieningen tot op bepaalde hoogte hun aanbod aangepast aan de noden en behoeften van het MSOC cliënteel. Een uiting daarvan is de herbronning van de doelstellingen en de doelgroep van het dagcentrum van de Sleutel⁷⁸⁰, de

⁷⁷⁶ J. MAERTENS, "25 jaar De Sleutel", *l.c.*, 164.

Zie: Deel II Epidemiologie, Hoofdstuk 5 Het aanbod in de onderzoeksregio's, 5.1. De ontwikkeling van de categoriale drughulpverlening in België.

⁷⁷⁷ W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *o.c.*, 80.

⁷⁷⁸ Zie Deel III Proces- en effectevaluatie, Hoofdstuk 4 De participatie van de MSOC's aan het regionale netwerk, 4.3.1.2.4 Bemerkingen.

⁷⁷⁹ G. BOSMAN en F. BULLENS, Interviews met sleutelfiguren, Gent, 1999-2000.

⁷⁸⁰ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 6.

start van een laagdrempelige dagopvang, het B-huis, in de Sleutel en het aanpassen van de drempel van het CIC van de Sleutel.⁷⁸¹

Niettegenstaande deze inspanningen blijkt toch dat de gespannen verhouding en de moeilijke samenwerking tussen het MSOC en een aantal categoriale diensten in de praktijk blijven bestaan.⁷⁸²

Deze gespannen verhouding is duidelijk tot uiting gekomen tijdens discussies tussen het MSOC en een aantal andere categoriale voorzieningen in de laatste maanden voor het beëindigen van het onderzoek. Deze discussies bevestigen dat het MSOC en een aantal andere categoriale voorzieningen een verschillende invulling geven aan de harm reduction benadering, en dat die invulling door de betrokkenen als niet complementair wordt gezien, wat ertoe leidt dat de netwerkontwikkeling in de Gentse regio gestremd wordt.

Het is duidelijk geworden dat de nood aan meer *differentiatie* in het aanbod groot is, om een antwoord te kunnen geven op alle hulpvragen van de problematische druggebruikers.⁷⁸³

4.3.3 Conclusies

Algemeen genomen hebben de MSOC's van Gent en Oostende zich op korte termijn ingeschakeld in het *bestaande netwerk*. Vooral het MSOC van Gent heeft zich sterk *als voortrekker* in de netwerkontwikkeling geprofileerd. Beide MSOC's zijn sterk ingebed in de bestaande overlegstructuren en koepelorganisaties. Dit heeft geleid tot een machtspositie van de MSOC's in het werkveld, maar ook op beleidsniveau kan hun invloed niet onderschat worden. De MSOC's zijn op korte tijd *een volwaardige actor* geworden in de drugsector.

Het MSOC van Oostende neemt *actief deel* aan de samenwerking tussen diensten en voorzieningen in de regio en aan de netwerkontwikkeling op provinciaal niveau. Het MSOC van Oostende is er echter minder dan het MSOC van Gent, in geslaagd een voortrekkersrol op te nemen in het uitbouwen en het effectief ondersteunen van het netwerk.

Het MSOC van Oostende was immers van bij het begin verplicht zich sterk op de interne werking te concentreren en op volle toeren te draaien om alle cliënten te begeleiden die in de regio geen antwoord kregen op hun hulpvraag. Deze focus hangt samen met verschillende factoren: het gebrek aan een bestaand aanbod van hulpverlening aan (problematische) druggebruikers in de regio; de netwerkontwikkeling die pas vanaf 1999 op een gestructureerde manier werd uitgebouwd; de beperkte bereidheid of de weigering van andere diensten en voorzieningen om MSOC-clients op te nemen; het feit dat andere diensten en voorzieningen het MSOC als hulpverleningsdienst beschouwden voor *alle* druggebruikers; en tenslotte het ontbreken van een personeelslid dat zich volledig kan bezighouden met de externe contacten en de netwerkontwikkeling. Door al deze factoren is het MSOC van Oostende in een geïsoleerde positie terechtgekomen.

Het MSOC van Gent heeft een *voortrekkersrol* opgenomen in de uitbouw en de ondersteuning van het netwerk. Het grote aanbod in de Gentse regio en de heersende concurrentie heeft ervoor gezorgd dat het MSOC van Gent van bij de start een politiek heeft gevoerd die sterk

⁷⁸¹ STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 4 Alternatieve Maatregelen, V.Z.W. De Sleutel*, Gent, 2000, 1.

⁷⁸² W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, o.c., 72.

⁷⁸³ *Ibid.*, 22.

extern gericht is. De directeur van het MSOC is bijna voltijds bezig met de externe contacten en met de netwerkontwikkeling.

De manier waarop en de mate waarin de MSOC's in de praktijk met de partners in het veld samenwerken, is een illustratie van de plaats die de MSOC's innemen in het netwerk.

In de Gentse regio verloopt de samenwerking van het MSOC met een aantal categoriale hulpverleningsdiensten gespannen, wat uiteraard samenhangt met de concurrentie tussen de categoriale diensten en voorzieningen. De samenwerking met *laagdrempelige* categoriale en niet categoriale voorzieningen blijkt wel goed te lopen.

In Oostende werden bij de start van het MSOC heel wat contacten gelegd en afspraken gemaakt met andere diensten en voorzieningen. Gezien echter de hoge werkdruk en de daarmee samenhangende interne gerichtheid van het MSOC, blijkt dat deze afspraken in de praktijk enkel op ad hoc basis worden toegepast.

De komst van de MSOC's heeft de *dynamiek*, die halfweg de jaren '90 binnen de drughulpverlening is ontstaan, versterkt. De MSOC's zorgden niet alleen voor heel wat discussie en kritiek, maar ook voor een *reflectie* over de methodieken, de werkwijze, het (niet) bereiken van bepaalde doelgroepen, de noden en behoeften van cliënten. Dit heeft een invloed gehad op het aanbod en de werkwijze in de regio.

In de regio *groot Gent*, is gebleken dat in eerste instantie werk moet gemaakt worden van een *differentiatie* van het aanbod, door afstemming, zowel voor doelgroepen als naar beschikbaarheid van het netwerk in de tijd.

In *Oostende*, waar het aanbod voor problematische druggebruikers beperkt is, heeft de komst van het MSOC niet alleen duidelijk gemaakt dat er in de regio Oostende nood is aan de uitbouw van een *netwerk voor problematische druggebruikers*.

Aangezien in de regio Oostende een aanbod voor niet problematische druggebruikers ontbreekt, is ook de nood aan *opvang voor niet problematische druggebruikers*, duidelijk geworden.

DEEL IV CONCLUSIES

1 ALGEMENE CONCLUSIES

1.1 DE METHODOLOGIE

In België is er een gebrek aan epidemiologische gegevens over de aard, de omvang en de spreiding van het druggebruik in het algemeen, en vooral van het problematisch druggebruik in het bijzonder. Er is ook onvoldoende duidelijkheid over het aanbod, zeker op praktijkniveau, en over de bestaande netwerken voor problematische druggebruikers. Een goede, uniforme registratie door de drughulpverlening blijkt vooralsnog te ontbreken. Nu is registratie voor de hulpverleners in het werkveld een bijkomende taak die als tijdsintensief wordt ervaren. Deze vaststellingen, die al vele malen werden beschreven, worden ook in dit onderzoek bevestigd.

Het ontbreken van en/of het tekort aan de noodzakelijke kwantitatieve basisgegevens hebben ertoe geleid dat in het onderzoek verschillende **kwantitatieve** en **kwalitatieve** methoden en technieken werden gecombineerd om de evaluatie van de MSOC's mogelijk te maken: de analyse van bestaande documenten en cijfergegevens; participerende observatie; de analyse van dossiers van cliënten van de MSOC's; de bevraging van het personeel van de MSOC's; de bevraging van de sleutelfiguren binnen de overige categoriale hulpverlening, de niet-categoriale hulpverlening, politie en justitie; tevredenheidsenquêtes bij cliënten van de MSOC's en focusgroepen bij cliënten en niet cliënten van de MSOC's.

1.2 OMGEVINGSFACTOREN DIE DE WERKING EN DE UITBOUW VAN HET MSOC VAN GENT EN OOSTENDE BEPALEN

Vooraleer we de werking van de MSOC's van Gent en Oostende evalueren, is het van belang de actoren en de factoren aan te geven die "het kader" vormen waarbinnen de MSOC's werken. Deze (f)actoren hebben een belangrijke invloed (gehad) op het publiek van de MSOC's, op hun interne werking en op de plaats en de functie die de MSOC's hebben ingenomen en konden innemen in het (hulpverlenings)netwerk.

Het gaat hierbij specifiek om de aard, de omvang en de spreiding van het problematisch druggebruik in Oost- en West-Vlaanderen; om de geografische spreiding van het problematisch druggebruik in de Oost- en West-Vlaanderen en om het aanbod en de spreiding

van de hulpverlening aan problematische druggebruikers in de regio's waar de MSOC's werden opgericht.

1.2.1 De aard en de omvang van het problematisch druggebruik in Oost- en West-Vlaanderen

Het druggebruik van zowel legale als illegale drugs is algemeen verspreid. Het gaat daarbij niet alleen om cannabis, maar ook om cocaïne en heroïne. Synthetische drugs zijn zeer belangrijk geworden. Polydruggebruik blijkt de regel te zijn.

Een specifiek probleem voor de regio Oostende is het grote aanbod en het daarmee samenhangend gebruik van amfetamines en heroïne.

Dit onderzoek bevestigt het schrijnend gebrek aan epidemiologische gegevens over de aard en de omvang van het druggebruik in het algemeen en het problematisch druggebruik in het bijzonder. Om toch een zicht te krijgen op het problematisch druggebruik in Oost- en West-Vlaanderen, werden interviews afgenomen met sleutelfiguren. Daarbij valt op dat elke gesprekspartner zeer voorzichtig is in het doen van uitspraken en wijst op het zeer partieel beeld dat ze van deze problematiek hebben en op de louter persoonlijke perceptie die door tal van factoren is beïnvloed. Telkens wordt het gebrek aan wetenschappelijk epidemiologisch onderzoek ten zeerste betreurd door de sleutelfiguren.

1.2.2 De geografische spreiding van het problematisch druggebruik in Oost- en West-Vlaanderen

Het problematisch druggebruik is duidelijk aanwezig in de stedelijke regio's van Gent en Oostende. Maar ook andere regio's in de provincie Oost- en West-Vlaanderen kampen met problematisch druggebruik.

Voor Oost-Vlaanderen gaat het om Aalst, Sint Niklaas, Lokeren en de streek rond Ronse.

In West-Vlaanderen is het problematisch druggebruik aanzienlijk in Menen-Wervik, de badsteden, de Westhoek, Brugge, Ieper en Kortrijk.

1.2.3 Het bestaande aanbod en de spreiding van de drughulpverlening aan problematische druggebruikers in de regio's waar de MSOC's werden opgericht

In Oost-Vlaanderen is het aanbod van de drugspecifieke hulpverlening historisch groot, zij het dat dit aanbod vooral geconcentreerd is in de regio van Gent en omstreken.

We stellen echter vast dat een aantal voorzieningen in de regio groot Gent een gelijksoortig aanbod hebben en zich richten naar dezelfde doelgroepen. Dit onvoldoende gedifferentieerd aanbod heeft geleid tot heel wat concurrentie tussen deze diensten en voorzieningen, tot een moeilijke samenwerking of zelfs tot een gebrek aan samenwerking en tot een gebrek aan afstemming van de hulpverleningsfaciliteiten.

In deze regio werd in 1997 het MSOC van Gent als een nieuwe stadsdienst opgericht. De komst van het MSOC onder die hoedanigheid zorgde dan ook voor weerstand bij een aantal diensten van de categoriale hulpverlening, vooral omdat deze diensten hadden verwacht dat de financiële middelen, die voorzien werden voor de oprichting van het MSOC, gebruikt zouden worden om de bestaande werking van deze diensten te versterken.

In West-Vlaanderen zien we een heel andere situatie. In deze provincie is het aanbod voor problematische druggebruikers beperkt. Vooral een laagdrempelig aanbod ontbreekt. Ook hier geldt dat de geografische spreiding van het aanbod geconcentreerd is, zij het niet in de regio Oostende, maar in de regio rond Kortrijk en, in mindere mate, in Brugge. De inplanting van het MSOC in Oostende heeft dan ook geen oplossing geboden voor deze beperkte geografische spreiding van het aanbod van de drughulpverlening aan problematische druggebruikers.

1.2.4 Het financieringssysteem van de revalidatie van problematische druggebruikers

De MSOC's, maar ook een belangrijk deel van de andere categoriale hulpverlening, worden gefinancierd op basis van conventies met het RIZIV.

Het financieringssysteem van de MSOC's is gebaseerd op vergoedbare cliënten en vergoedbare revalidatieprestaties. Deze prestatiegerichte financiering verplicht de MSOC's om een bepaald aantal revalidatieactiviteiten te halen en om zoveel mogelijk vergoedbare cliënten te begeleiden.

Dit financieringssysteem wordt door de drugspecifieke hulpverlening als één van de oorzaken voor de concurrentie tussen de categoriale diensten en voorzieningen aangehaald.

Het financieringssysteem beperkt ook, omwille van de druk die dit systeem op de MSOC's legt, de mogelijkheden die de MSOC's hebben om in contact te komen met niet vergoedbare cliënten (cfr. 2.1.3.) en de mate waarin de MSOC's erin slagen de levenskwaliteit van hun doelgroep te verbeteren (cfr. 2.2.2.).

1.3 DE PERCEPTIE VAN DE KOMST EN DE WERKING VAN DE MSOC'S

De perceptie van de gevolgen van de komst van het MSOC en de evaluatie van het MSOC door de sleutelfiguren, verschilt naargelang de bevraagde categorie van sleutelfiguren. We onderscheiden twee assen: de as drugspecifieke - niet drugspecifieke hulpverlening, en de as laagdrempelige - hoogdrempelige hulpverlening.

Algemeen genomen worden de MSOC's **positief** gepercipieerd en geëvalueerd door de (al of niet categoriale) *laagdrempelige* hulpverlening en door de *niet categoriale hulpverlening*. De positieve houding van de laagdrempelige hulpverlening kan verklaard worden vanuit een gelijklopende invulling van het concept harm reduction. De niet-categoriale hulpverlening is gespecialiseerd in de aanpak van de problematische levensdomeinen die niet prioritair behandeld worden door de categoriale hulpverlening. In deze context ervaren zij de werking van het MSOC als complementair aan hun werking.

Anders ligt het voor een aantal *categoriale voorzieningen* die niet laagdrempelig werken. Deze voorzieningen hebben heel wat kritiek op de werking van de MSOC's. Een verklaring voor de eerder **negatieve** perceptie en evaluatie van de MSOC's door een aantal categoriale voorzieningen, kan zijn dat deze voorzieningen zich richten tot dezelfde doelgroepen als de MSOC's. Hierdoor ervaren zij de MSOC's als concurrent. Een andere verklaring voor deze negatieve perceptie, kan zijn dat de manier van werken van de hoogdrempelige categoriale voorzieningen, waarbij gestreefd wordt naar ontwenning, botst met het sterker accent dat de MSOC's leggen op de harm reduction aanpak.

Deze dynamiek geldt mutatis mutandis ook voor de MSOC's. Dat deze perceptie een invloed heeft op de samenwerking, de doorverwijzingpolitiek en de netwerkontwikkeling, is evident.

2 PROCES-EVALUATIE VAN DE MSOC'S

De MSOC's hebben drie kerndoelstellingen:

1. Het bereiken van cliënten die niet (meer) of onvoldoende door de bestaande hulpverlening worden bereikt
2. Het verbeteren van de toestand van problematische druggebruikers op medisch, psychologische en sociaal vlak
 - a. Door het snel en op maat bieden van medische en sociale begeleiding
 - b. Door het bieden van (een aanzet tot) een effectieve behandeling van de verslaving indien dit het geval is
3. Het ondersteunen van en het deelnemen aan de netwerken voor de opvang van problematische druggebruikers

Wanneer we de MSOC's willen evalueren, zijn dit dan ook de drie centrale punten die deel uitmaken van de evaluatie.

2.1 HEBBEN DE MSOC'S DIE DOELGROEPEN BEREIKT DIE NIET (MEER) OF ONVOLDOENDE DOOR DE BESTAANDE HULPVERLENING WORDEN BEREIKT?

2.1.1 Algemeen

Algemeen kan worden gesteld dat de MSOC's erin geslaagd zijn van bij de start heel wat cliënten te bereiken.

In 1997 en 1998 bereikte het MSOC van Gent iets minder dan 300 cliënten. In 1999 werden iets meer dan 300 nieuwe intakes afgerond. In 2000 werden meer dan 200 nieuwe intakes afgerond. In 2000 consulteerden ongeveer 650 cliënten het MSOC van Gent. Een kleine 500 cliënten consulteerde het MSOC in de laatste zes maanden van 2000.

In het MSOC van Oostende zijn in 1998, 280 personen met een hulpvraag langsgeslagen in het MSOC. In 1999 meldden een goede 200 cliënten zich aan in het MSOC Oostende.

Op de vraag of de MSOC erin geslaagd zijn die cliënten te bereiken die niet (meer) of onvoldoende door de bestaande hulpverlening worden bereikt, moet een **geuanceerd antwoord** gegeven worden: de MSOC's zijn er inderdaad in geslaagd om doelgroepen te bereiken die voordien niet (meer) of onvoldoende door de bestaande hulpverlening werden bereikt, maar we stellen ook vast dat er bepaalde doelgroepen zijn die moeilijk bereikt worden.

2.1.2 De bereikte doelgroepen

- **Algemeen**

De MSOC's zijn er in geslaagd om doelgroepen te bereiken die voordien niet (meer) of onvoldoende door de bestaande hulpverlening werden bereikt.

Wij kunnen hiertoe besluiten op basis van een vergelijking van het profiel van de cliënten van het MSOC van Gent met de beschikbare⁷⁸⁴ cijfers van het profiel van de cliënten van de drughulpverlening.

De MSOC's, en dit geldt vooral voor het MSOC van Gent, zijn sterk gericht op opiaat-afhankelijken, die inderdaad een doelgroep waren en zijn, die moeilijk bereikt wordt door de bestaande hoogdrempelige hulpverlening. Gezien de snelle evoluties op het terrein, het groeiend belang van synthetische drugs en vooral gezien de realiteit van het polydruggebruik, is het echter van groot belang dat de MSOC's rekening houden met en hun aanbod aanpassen aan die veranderende realiteit.

- **Het MSOC van Gent**

Het **profiel** van de cliënten van het MSOC van Gent blijkt **duidelijk te verschillen** van het profiel van de cliënten van de **gemiddelde** drugspecifieke dienst.

De man / vrouw verhouding in het MSOC van Gent is analoog aan de man / vrouw verhouding in de drughulpverlening. Het MSOC bereikt een ouder publiek dan de drughulpverlening.

Het MSOC van Gent heeft minder cliënten met werk op een regelmatige basis en veel meer cliënten met een vervangingsinkomen dan de drughulpverlening.

Het MSOC van Gent bereikt veel meer cliënten met opiaten als eerste product en veel minder cliënten met cocaïne, amfetamine en cannabis als eerste product dan de categoriale diensten. Dit geldt zowel voor categoriale diensten met een RIZIV-erkenning in *Vlaanderen* in het algemeen als voor de categoriale voorzieningen met een RIZIV-erkenning in *Oost-Vlaanderen* in het bijzonder.

Het MSOC van Gent heeft meer cliënten die drager zijn van het hepatitis C-virus, en vooral meer cliënten die drager zijn van het hepatitis B-virus, dan de drughulpverlening.

Onderzoek binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening laat ons toe hierbij aan te vullen dat het MSOC van Gent iets meer allochtonen bereikt en meer cliënten bereikt die injecteren dan de gemiddelde drugspecifieke dienst in Oost-Vlaanderen.

⁷⁸⁴ Uit de analyse van de beschikbare cijfergegevens van de drughulpverlening blijkt het gebrek aan een uniforme registratie door die drughulpverlening (soms zijn cijfergegevens beschikbaar voor de Belgische drughulpverlening, soms voor de Vlaamse drughulpverlening, soms voor de drughulpverlening in een bepaalde regio en soms voor voorzieningen met een RIZIV-erkenning). De vergelijking van de beschikbare gegevens is dan ook met de nodige voorzichtigheid gebeurd. Om de uniformiteit tussen het MSOC van Gent en Oostende in de vergelijking te waarborgen, werden voor analoge onderdelen van de vergelijking ook dezelfde bronnen gebruikt. Verder wordt telkens aangegeven of de vergelijking gebaseerd is op cijfers van de Belgische drughulpverlening, cijfers van de Vlaamse drughulpverlening, cijfers van de drughulpverlening in een bepaalde regio of cijfers van voorzieningen met een RIZIV-erkenning. Tenslotte werden enkel die gelijkenissen en verschillen in de vergelijking opgenomen, die duidelijk konden worden vastgesteld.

Voor een gedetailleerde vergelijking verwijzen we naar Deel III, de proces- en effectevaluatie, van het onderzoek.

- **Het MSOC van Oostende**

Het verschil tussen het **profiel** van de cliënten van het MSOC van Oostende en de **gemiddelde** drugspecifieke dienst is **minder eenduidig**. Op sommige terreinen is het profiel sterk gelijklopend met de rest van de categoriale hulpverlening. Op andere vlakken werd toch een verschil vastgesteld.

De man / vrouw verhouding in het MSOC van Oostende is analoog aan de man / vrouw verhouding in de drughulpverlening. Ook de leeftijdsverdeling van de cliënten van het MSOC van Oostende is analoog aan de leeftijdsverdeling in de drughulpverlening.

Het MSOC van Oostende heeft minder cliënten met werk op een regelmatige basis en veel meer cliënten met een vervangingsinkomen dan de drughulpverlening.

Algemeen genomen blijkt dat het MSOC van Oostende meer cliënten bereikt met opiaten als eerste product, iets minder cliënten met amfetamines en cocaïne als eerste product en iets meer cliënten met cannabis als eerste product dan de categoriale diensten in *Vlaanderen*.

Vergelijken we het profiel van het middelengebruik van de cliënten van het MSOC van Oostende met de gemiddelde categoriale voorzieningen in *West-Vlaanderen*, dan blijkt dat we dit profiel verder moeten nuanceren.

Het MSOC van Oostende ziet procentueel meer cliënten met opiaten als eerste product (dit geldt niet voor de residentiële crisisopvang: zij zien evenveel cliënten voor wie het eerste product opiaten zijn als het MSOC). Het MSOC van Oostende ziet iets *minder* cliënten met cocaïne en amfetamine en met cannabis als eerste product dan de categoriale voorzieningen in *West-Vlaanderen*. Ook hier blijkt dat, wanneer een onderscheid wordt gemaakt tussen het type voorziening, dat het MSOC van Oostende iets *meer* cliënten met cocaïne en amfetamine als eerste product ziet dan de dagcentra en veel *minder* cliënten met cannabis als eerste product dan de dagcentra.

Er zijn verschillende factoren die dit profiel van de cliënten van het MSOC van Oostende kunnen verklaren. Ten eerste is er het gebrek aan hulpverlening voor druggebruikers in de regio groot Oostende, waardoor het MSOC verplicht is cliënten in begeleiding te houden die niet tot de doelgroep van het MSOC behoren. Ten tweede is de jongerenproblematiek in Oostende aanzienlijk. Oostende heeft, in verhouding tot de globale populatie van de stad, heel wat kansarme jongeren die geen werk hebben, geen diploma, een gebrek aan een degelijke huisvesting. Verder leven disproportioneel veel jongeren van het bestaansminimum in vergelijking met het totaal aantal bestaansminimumtrekkers in de stad. Heel wat van de criteria waarop Oostende geselecteerd is als SIF-gemeente, hebben te maken met kinderen/jongeren en hun problemen.

2.1.3 De moeilijk bereikte doelgroepen

- **Algemeen**

Ook al zijn de MSOC's erin geslaagd bepaalde doelgroepen te bereiken, toch blijkt uit interviews met sleutelfiguren dat er is nood aan een uitgewerkte methodiek en een efficiënte netwerkontwikkeling om bepaalde groepen beter te bereiken die nog steeds moeilijk bereikt worden in de regio's waar de MSOC's aanwezig zijn.

In Gent en Oostende blijkt dat dubbele diagnose patiënten, vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen en minderjarigen moeilijk worden bereikt.

Deze vaststelling geldt dus niet alleen voor de MSOC's, maar ook voor de andere drugspecifieke hulpverlening.

Het is evenwel net de taak van een MSOC om telkens op zoek te gaan naar (nieuwe) onbereikte doelgroepen, met behulp van de "sensoren" in de sector (het straathoekwerk, de politiediensten, het algemeen welzijnswerk, de migrantensector) en hun beleid aan te passen aan de noden van de (nieuwe) doelgroepen. Dit gebeurt nu onvoldoende. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de MSOC's zich vooral richten naar het respecteren van de voorwaarden die de RIZIV-conventie oplegt voor de vergoedbaarheid van cliënten. Een niet onaanzienlijk deel van de cliënten van de MSOC's (ongeveer 15 % van de cliënten in het MSOC van Oostende en 30 % van de cliënten in het MSOC van Gent) is nu al niet in orde met de ziekte- en invaliditeitsverzekering, of heeft maar zeer kort, in een crisissituatie, contact met het MSOC. Deze cliënten zijn dan ook niet vergoedbaar. Daardoor zijn de MSOC's verplicht veel meer cliënten op te nemen dan het voorziene en vergoedbare aantal, wat uiteraard niet zonder gevolgen blijft voor de werkdruk in de MSOC's. Het feit dat, zowel het MSOC van Gent, als het MSOC van Oostende, al vrij snel meer cliënten bereikten dan het maximale vergoedbare aantal, heeft de werkdruk verder verhoogd.

Dit onderzoek heeft het *type* cliënten aangeduid dat moeilijk wordt bereikt. Een knelpunt is dat er tot op vandaag onvoldoende zicht is op het *aantal* problematische druggebruikers dat, per doelgroep, moeilijk bereikt wordt. Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoeveel cliënten in de regio weinig bereikt worden door de drughulpverlening, hoeveel cliënten geen enkel contact hebben met de hulpverlening, ook niet met het straathoekwerk, en vooral wat de mogelijkheden zijn om die gebruikers toch te bereiken.

- **Het MSOC van Gent**

In Gent worden, naast dubbele diagnose patiënten, vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen en minderjarigen, ook allochtonen, asielzoekers en vluchtelingen en cliënten die op de zwarte lijst staan omwille van agressiviteit of gedrag dat onaanvaardbaar is voor de drughulpverlening, moeilijk bereikt.

Uit onderzoek blijkt dat het MSOC van Gent (en het Dagcentrum van de Sleutel), in vergelijking met de andere drughulpverlening, effectief de meeste allochtone cliënten hebben, maar dat toch meer allochtone druggebruikers zouden kunnen bereikt worden. Een verklarende factor hiervoor kan zijn dat geen van de teamleden van MSOC van Gent allochtoon is.

Het MSOC van Gent levert wel degelijk inspanningen om de doelgroep van vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen te bereiken. Onderzoek naar de hulpverlening van deze doelgroep in de regio Gent toont aan dat het MSOC een scharnierfunctie opneemt naar deze doelgroep. Toch toont hetzelfde onderzoek aan dat de nood aan meer formele samenwerking en netwerkontwikkeling groot is.

- **Het MSOC van Oostende**

In Oostende zijn er, behalve dubbele diagnose patiënten, vrouwelijke problematische druggebruikers met kinderen en minderjarigen, nog twee doelgroepen die moeilijk worden bereikt.

De eerste is de groep van jonge, risicovol gebruikende amfetaminegebruikers. Het straathoekwerk van het MSOC blijkt deze doelgroep in grote mate te bereiken, maar deze

gebruikers moeilijk te kunnen motiveren tot een begeleiding in het MSOC of in een andere drughulpverleningsdienst.

De tweede groep zijn de cocaïnegebruikers die vrij ver afstaan van de hulpverlening.

2.2 ZIJN DE MSOC'S ERIN GESLAAGD OM DE SITUATIE VAN DE CLIËNTEN OP MEDISCH, PSYCHOLOGISCH EN SOCIAAL VLAK TE VERBETEREN?

Voor we deze vraag beantwoorden, is het van belang erop te wijzen dat bij de evaluatie van een MSOC een onderscheid moet gemaakt worden tussen verschillende fasen in de revalidatie. De eerste, noodzakelijke stap in de revalidatie is het in contact komen met de doelgroep. De tweede stap is het verbeteren van de levenskwaliteit van die gebruikers en de effectieve begeleiding. De laatste stap is de toeleiding naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening in functie van ontwenning. Het spreekt voor zich dat, gezien de eigenheid van de problematiek van het doelpubliek van het MSOC het succesvol doorlopen van deze fasen niet voor alle cliënten haalbaar is.

2.2.1 Het in contact komen met de hulpverlening

Voor een deel van de cliënten van het MSOC is het **in contact komen met** deze cliënten en het houden van dit contact, voor het MSOC de enig haalbare doelstelling.

- **Drempelverlagende factoren**

Het MSOC van Gent, maar zeker het MSOC van Oostende, beschikt over een aantal troeven, waardoor de drempel om in contact te komen met moeilijk bereikbare doelgroepen, laag wordt gehouden.

Zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende stellen **geen voorafgaande voorwaarden** voor een revalidatie. De MSOC's gaan uit van de concrete hulpvragen en behoeften van de cliënt en accepteren beperkte hulpvragen. Uit de interviews blijkt dat ook de partners in het werkveld aanduiden dat iedereen in het MSOC terecht kan, ook niet gemotiveerde cliënten, dat het MSOC (probeert) te antwoorden op elke hulpvraag en dat het MSOC weinig uitsluitingcriteria gebruikt.

Een ander middel om in contact te komen met de doelgroep en de drempel van het MSOC blijvend laag te houden, is de methodiek van het **straathoekwerk**.

In het MSOC van Oostende maken drie straathoekwerkers deel uit van het team. Het straathoekwerk vervult in Oostende een ombudsfunctie tegenover andere diensten, die, gelet op de terughoudendheid van die diensten om te werken met problematische druggebruikers, van cruciaal belang is. De straathoekwerkers kunnen bovendien deze ombudsfunctie naar behoren vervullen omdat de doelgroep, voornamelijk kansarme jongeren, veel homogener is dan de doelgroep in Gent.

De straathoekwerkers in Gent zijn gecentraliseerd in een afzonderlijke stadsdienst. Er is maandelijks een coördinatieoverleg tussen het MSOC van Gent en het straathoekwerk, in functie van de afstemming van de werking en in functie van feedback en informatie-uitwisseling. Er wordt ook op cliëntniveau samengewerkt, wanneer de cliënt daar zijn toestemming voor geeft.

Gezien de traditie die andere, zowel categoriale als niet-categoriale, diensten hebben in het werken met problematische druggebruikers en gezien de heterogeniteit van de doelgroep in Gent, zowel naar problematieken als naar geografische spreiding in de verschillende probleemwijken, komt de centralisatie van het straathoekwerk, zoals op dit ogenblik het geval is, tegemoet aan de noden.

Het MSOC van Oostende levert extra inspanningen om de drempel nog verder te verlagen door drie keer per week een **“instuif”** te organiseren. Dit is een informeel ontmoetingsmoment, waarop een straathoekwerker en een hulpverlener aanwezig zijn. Zowel cliënten als niet cliënten van het MSOC kunnen er terecht, ook wanneer ze geen hulpvraag hebben. Ze kunnen er kennismaken met de hulpverlening van het MSOC of even op hun positieven komen. Deze instuif leidt tot positieve informele contacten tussen de hulpverleners en de cliënten en houdt de drempel van het MSOC voor de gebruikers laag.

Om ervoor te zorgen dat ook in het MSOC van Gent niet cliënten van het MSOC in contact kunnen komen met het MSOC en de hulpverlening cliënten, via informele contacten, kan ondersteunen en begeleiden, zou het zinvol kunnen zijn ook in het MSOC van Gent een **informeel ontmoetingsmoment** te organiseren, naar analogie van het initiatief in het MSOC van Oostende. Dergelijk ontmoetingsmomenten kunnen de aanzet vormen tot een verdere begeleiding in het MSOC.

- **Drempelverhogende factoren in de praktijk**

Naast deze factoren, die de drempel van de MSOC's laag houden, zijn er toch, zowel in het MSOC van Gent, als in het MSOC van Oostende, in de praktijk drempels die de toegankelijkheid van de MSOC's beperken.

De **openingsuren** van de MSOC's zijn beperkt.

Het MSOC van Gent is elke weekday open van 10 uur tot 19 uur en op zaterdag van 10 uur tot 12 uur.

Het MSOC van Oostende is ook elke werkdag open van 10 uur tot 19 uur, maar dinsdagmiddag (van 12 uur 30 tot 15 uur) en donderdagmiddag (van 12 uur 30 tot 14 uur) is het MSOC bijkomend gesloten. Dan worden de cliëntenbesprekingen gehouden.

Uit interviews met sleutelfiguren uit de *niet* categoriale hulpverlening blijkt dat zij ervoor pleiten dat de MSOC's de openingsuren zouden uitbreiden en nachtopvang voor problematische druggebruikers zouden voorzien. Ook de cliënten van het MSOC van Gent en vooral de cliënten van het MSOC van Oostende merken op dat zij het MSOC ook 's avonds en in het weekend graag open zouden zien.

Een bijkomende drempel voor de cliënten is het **afsprakensysteem** waarmee zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende werken, zij het dat dit afsprakensysteem niet als exclusie criterium gebruikt wordt en een structurerend effect kan hebben op de cliënten. Er wordt een permanentie voorzien, maar in de praktijk blijkt dit te dienen om cliënten aan de

afspraken te houden en/of bij te springen in crisissituaties. Enkel nieuwe cliënten en cliënten in crisis worden nog geholpen zonder afspraak.

De kleine behuizing van de MSOC's van Gent en Oostende, tenslotte, heeft een aantal consequenties die de contacten tussen de cliënten en de hulpverleners bemoeilijken. Zo is er momenteel geen wachtzaal, waardoor cliënten in de gang moeten wachten, hoewel sommige cliënten aanduiden dat ze liever niet geconfronteerd worden met andere gebruikers. Er is ook een gebrek aan individuele ruimtes voor gesprekken tussen de cliënt en de drughulpverlener.

2.2.2 Het verbeteren van de levenskwaliteit

- **Algemeen**

Voor een deel van de cliënten van het MSOC is het verbeteren van de levenskwaliteit, op medisch, psychologisch en sociaal gebied, in samenwerking met andere laagdrempelige hulpverleningsvormen, categoriaal en niet categoriaal, op zich al een succes.

De MSOC's blijken er inderdaad in te slagen de levenskwaliteit voor heel wat cliënten te verbeteren. Dit blijkt uit de focusgroepen en de cliënt satisfaction questionnaires die bij de cliënten van de MSOC's werden gehouden. (cfr. 3.1., het luik over de effecten op de cliënt)

- **Een multidisciplinair team**

Om de levenskwaliteit van de cliënten op medisch, psychologisch en sociaal te verbeteren, werken de MSOC's van Gent en Oostende met een team dat multidisciplinair is samengesteld uit artsen, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers.

Het spreekt voor zich dat een hulpverleningsdienst voor problematische druggebruikers multidisciplinair werkt. De drughulpverlening werkt al jaren op die manier. De eigenheid en de meerwaarde van de manier waarop zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende hun personeelsbeleid hebben georganiseerd, is het feit dat elk personeelslid, naast zijn eigen specifieke taken, ook in staat is **dezelfde basistaken** op te nemen, waardoor de **flexibiliteit** in de (crisis)opvang van cliënten vergroot.

- **Drempelverhogende factoren in de praktijk**

In de praktijk stellen wij een aantal drempels vast die het verbeteren van de levenskwaliteit van de cliënten bemoeilijken.

In de interne procedures van de MSOC's blijkt dat er meer **ruimte** zou kunnen voorzien worden voor de **mening van de cliënt**. Uit de focusgroepen in Gent en Oostende blijkt dat cliënten dit erg belangrijk vinden. Cliënten vragen meer inspraak in de keuze van de persoon van de hulpverlener. Zij vragen ook dat cliënten die niet onder justitiële voorwaarden staan, meer inspraak zouden krijgen in het hulpverleningsplan. Tenslotte willen cliënten ook meer betrokken worden bij beslissingen over de doorverwijzingen.

De huidige personeelsomkadering, de **hoge werkdruk** in het MSOC van Gent en Oostende en de overbelasting die dit voor het personeel van de MSOC's teweegbrengt, heeft een negatieve invloed op de tijd en de energie die het personeel van de MSOC's kan investeren in het

verbeteren van de levenskwaliteit van de cliënten. Uit de focusgroepen blijkt dat cliënten de werkdruk in de MSOC's effectief voelen en dat zij aanduiden dat ze liever zouden zien dat de hulpverleners meer tijd kunnen vrijmaken voor gesprekken.

Het **systeem** van **financiering** door het RIZIV is de oorzaak voor deze hoge werkdruk.

Het RIZIV voorziet een maximaal aantal vergoedbare prestaties, wat betekent dat de prestaties die dit maximaal aantal overstijgen, niet vergoedbaar zijn. In de praktijk blijkt nu dat, zowel het MSOC van Gent als het MSOC van Oostende, al vrij snel meer cliënten bereiken dan het maximale vergoedbare aantal dat voorzien werd in de RIZIV-conventie. Een hulpverlener van het MSOC van Gent had in 1999 gemiddeld 24 gesprekken per week. Een hulpverlener in het MSOC van Oostende had gemiddeld iets meer dan 22 gesprekken per week.

Daarnaast is de personeelsbezetting hoofdzakelijk berekend op basis van het aantal te verrichten begeleidingen. Er is slechts een beperkt luik voorzien voor zogenaamde organisatieondersteunende activiteiten, zoals de registratie, opleiding, inter- en supervisie en de samenwerking en het overleg. Daardoor moeten alle teamleden, naast de contacten met cliënten, ook een deel van deze taken op zich nemen, waardoor zij minder tijd kunnen vrijmaken voor de contacten met de cliënten.

- **De verhouding tussen de medische en de psychosociale revalidatie**

De MSOC's hebben als doelstelling de levenskwaliteit van de cliënten op zowel medisch, psychologisch als sociaal vlak te verbeteren.

Het MSOC van Gent blijkt **zeer sterk medisch gericht** te werken bij de revalidatie van de cliënten.

Na correctie door het MSOC van de cijfers uit de jaarverslagen, blijkt dat de verhouding medische/psychosociale prestaties toch nog 60/40 bedraagt. Het MSOC stelt bovendien dat normaal gesproken de eerste opvang van cliënten bij de sociaal verpleegkundige gebeurt of dat de cliënt eerst bij de arts gaat voor deze door de psychosociale begeleiders wordt gezien. Verder vereist het MSOC van Gent niet dat cliënten ook psychosociaal worden opgevolgd bij het volgen van een methadon- of een ander medicatieprogramma.

Onderzoek heeft voldoende aangetoond dat, voor een goede aanpak van het problematisch druggebruik, zowel het medische, als het psychosociale luik van een begeleiding, noodzakelijk zijn. Het is enkel valabel dat, bij de *start* van een begeleiding in een MSOC, de methadonsubstitutie de eerste stap is in de richting van een begeleiding, maar zo snel als mogelijk moet daar een psychosociale begeleiding aan gekoppeld worden.

Het MSOC van Oostende bewaakt het **evenwicht** tussen de medische en de psychosociale begeleiding. Ongeveer 50 % van de begeleidingen zijn medisch; 50 % zijn psychosociale begeleidingen. De aandacht voor de psychosociale aspecten van de revalidatie in het MSOC van Oostende komt onder meer tot uiting in de inspanningen die het MSOC levert om, via de organisatie van een instuif, cliënten (opnieuw) praktische vaardigheden aan te leren, hun dagritme te herstellen en hun sociale vaardigheden te verbeteren. In het MSOC van Oostende worden cliënten die in een methadon- of een ander medicatieprogramma zijn opgenomen, ook steeds psychosociaal opgevolgd en ondersteund.

Omdat het van belang is de cliënten zo goed mogelijk te ondersteunen, is een evenwichtige uitbouw van een organisatie als het MSOC, essentieel. Dit impliceert dat een MSOC zowel intern als extern moet worden uitgebouwd. Intern zowel op het medische en het psychosociale vlak, als op het vlak van het personeelsbeleid. Extern zowel op het vlak van de

doorverwijzingen, als op het vlak van de samenwerking en de netwerkontwikkeling. Gezien de complexiteit van een dergelijke opdracht, is het zinvol de leiding over deze opdracht op te splitsen, en een directeurmanager voor de implementatie van het externe luik en een directeurarts voor de uitbouw van het interne luik, aan te stellen.

De sterke medische gerichtheid van het MSOC van Gent heeft ook positieve gevolgen. Deze gerichtheid heeft ertoe geleid dat het MSOC een **actieve politiek** voert op het vlak van **hepatitis** voorlichting, -vaccinatie en -behandeling. Het MSOC onderzoekt cliënten op de aanwezigheid van het hepatitis B en C virus; vaccineert cliënten tegen hepatitis B en heeft ook, in samenwerking met twee ziekenhuizen in de regio, een behandelingsprocedure voor hepatitis C ontwikkeld.

Begin 2001 is het MSOC van Gent gestart met een project “Gezondheidsbevordering bij Injecterende Druggebruikers”. Dit project wordt gefinancierd door de Minister van het Grootstedenbeleid. **Het ruilen van spuiten** is een onderdeel van dit project. Ook in Vlaanderen is de organisatie van spuitenverdeling/ruil geregeld sinds eind 2000. De Vlaamse MSOC's krijgen de opdracht de lokale en provinciale coördinatie van dit project op zich nemen. De VAD heeft in dit kader eind januari 2001 een samenwerkingsakkoord met het MSOC van Gent afgesloten. Dit project zit momenteel in een voorbereidende fase; het is dan ook nog te vroeg nu al de resultaten in de praktijk te evalueren.

Ook in Oostende keurde de gemeenteraad in juni 2001 de start van het project spuitenruil en de samenwerkingsovereenkomst tussen het MSOC van Oostende en de VAD goed.

2.2.3 De doorverwijzing

- **Algemeen**

Voor een deel van de cliënten moet er gewerkt worden naar een effectieve doorverwijzing naar een hoogdrempelige vorm van drughulpverlening in functie van ontwenning. Het is dan ook de taak van de MSOC's om hier naartoe te werken, samen met de cliënt.

Men kan niet van een MSOC verwachten dat zij alle cliënten ontwennen. Er kan en mag wel verwacht worden van een MSOC dat zij, althans voor een deel van hun cliënten, ernaar streven en eraan werken om hun cliënten in de richting van hoogdrempelige voorzieningen te motiveren.

De evaluatie van deze doelstelling brengt ons bij één van de centrale knelpunten in de drughulpverlening zoals ze op dit moment is georganiseerd: de doorverwijzing.

De doorverwijzingen tussen de MSOC's en de andere drugspecifieke diensten en voorzieningen, maar ook tussen alle diensten en voorzieningen binnen de drughulpverlening, zijn duidelijk een zwak punt. Dit is het punt waarop de nood aan samenwerking binnen de drughulpverlening, duidelijk blijkt.

- **Het doorverwijzingbeleid van en naar de MSOC's**

Het MSOC van Gent en het MSOC van Oostende hebben mondelinge bilaterale afspraken gemaakt met verschillende diensten en voorzieningen rond de doorverwijzing. Met sommige van die diensten worden de afspraken ook op papier gezet. De stap naar een uitgewerkt en systematisch doorverwijzingbeleid met *alle* diensten en voorzieningen in het werkveld, moet door het MSOC van Gent en het MSOC van Oostende nog gezet worden. Een uiting hiervan

is het feit dat het MSOC van Oostende nog niet registreert naar welke diensten en voorzieningen zij hun cliënten doorverwijzen. Onderzoek in de Gentse regio bevestigt dat de nood aan een uitgewerkt doorverwijzingbeleid geldt voor de volledige drughulpverlening.

Zowel in het MSOC van Gent als in het MSOC van Oostende blijkt dat 30 % van de doorverwijzingen naar het MSOC vanuit de professionele sector komen, en dat in 70 % de cliënt zelf de stap zet naar het MSOC, of dat de cliënt is “doorverwezen” door een andere gebruiker of door zijn directe omgeving.

Het MSOC van Gent blijkt vooral door te verwijzen naar psychiatrische ziekenhuizen met een lage drempel en naar het algemeen welzijnswerk en het OCMW. Minder dan één derde van de doorverwijzingen gaat naar de gespecialiseerde drughulpverlening.

Voor het MSOC van Oostende beschikken we, zoals eerder vermeld werd, jammer genoeg niet over een registratie van de doorverwijzingen.

- **Het doorverwijzingbeleid binnen de drughulpverlening in het algemeen**

Algemeen wordt vastgesteld dat er in de praktijk sporadisch wordt doorverwezen tussen alle diensten en voorzieningen in de drughulpverlening en dat het vooral de cliënt of zijn omgeving is die de eerste stap zet naar de drughulpverlening.

Onderzoek binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening bevestigt dit: minder dan 4 % van de aanmeldingen wordt na een eerste afspraak doorverwezen. Deze vaststelling benadrukt alleen maar het belang van een effectieve netwerkontwikkeling binnen de drughulpverlening.

De knelpunten op dit terrein, zijn een uiting van de nood aan een efficiënte samenwerking tussen diensten en voorzieningen. Op dit punt bekritisieren diensten en voorzieningen elkaar ook het meest.

Het MSOC van Gent duidt aan dat een aantal andere drughulpverleningdiensten meer laagdrempelig zouden moeten zijn, deze diensten stellen dat het MSOC van Gent cliënten meer zou moeten motiveren naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening/ naar ontwenning.

Het MSOC van Oostende duidt aan dat andere diensten en voorzieningen problematische druggebruikers meer zouden moeten opnemen; deze diensten stellen dat het MSOC van Oostende, wanneer zij een cliënt opnemen of begeleiden die door het MSOC is doorverwezen, meer contact met hen zou moeten onderhouden.

2.3 ZIJN DE MSOC'S ERIN GESLAAGD IN HET NETWERK TE INTEGREREN EN HET NETWERK TE ONDERSTEUNEN?

2.3.1 Algemeen

Algemeen genomen hebben de MSOC's van Gent en Oostende zich op korte termijn ingeschakeld in de bestaande netwerken. Vooral het MSOC van Gent heeft zich *als voortrekkers* in de netwerkontwikkeling geprofileerd.

Beide MSOC's zijn sterk ingebed in de bestaande overlegstructuren en koepelorganisaties. Dit heeft geleid tot een machtspositie van de MSOC's in het werkveld, maar ook op beleidsniveau kan hun invloed niet onderschat worden. De MSOC's zijn op korte tijd **een volwaardige actor** geworden in de drugsector.

2.3.2 De rol van de MSOC's in het netwerk

Het MSOC van Oostende neemt **actief** deel aan de samenwerking tussen diensten en voorzieningen in de regio en aan de netwerkontwikkeling op provinciaal niveau. Het MSOC van Oostende is er, zij het in mindere mate dan het MSOC van Gent, in geslaagd een voortrekkersrol op te nemen in het uitbouwen en het effectief ondersteunen van het netwerk. Het MSOC van Oostende was immers van bij het begin verplicht zich sterk op de interne werking te concentreren en op volle toeren te draaien om alle cliënten te begeleiden die in de regio geen antwoord kregen op hun hulpvraag. Deze focus hangt samen met verschillende factoren: het gebrek aan een bestaand aanbod van hulpverlening aan druggebruikers in de regio; de netwerkontwikkeling die pas vanaf 1999 op een gestructureerde manier werd uitgebouwd; de beperkte bereidheid of de weigering van andere diensten en voorzieningen om MSOC-clients op te nemen; het feit dat andere diensten en voorzieningen het MSOC als hulpverleningsdienst beschouwden voor *alle* druggebruikers; en tenslotte het ontbreken van een personeelslid dat zich volledig kan bezighouden met de externe contacten en de netwerkontwikkeling. Door al deze factoren is het MSOC van Oostende in een geïsoleerde positie terechtgekomen.

Het MSOC van Gent heeft een **voortrekkersrol** opgenomen in de uitbouw en de ondersteuning van het netwerk. Het grote aanbod in de Gentse regio en de heersende concurrentiepositie heeft ervoor gezorgd dat het MSOC van Gent van bij de start een politiek heeft gevoerd die sterk extern gericht is. De directeur van het MSOC is bijna voltijds bezig met de externe contacten en met de netwerkontwikkeling.

2.3.3 De samenwerking van de MSOC's met de partners in het werkveld

De manier waarop en de mate waarin de MSOC's in de praktijk met de partners in het veld samenwerken, is een illustratie van de plaats die de MSOC's innemen in het netwerk.

In de Gentse regio verloopt de samenwerking van het MSOC met een aantal categoriale hulpverleningsdiensten gespannen, wat uiteraard samenhangt met de concurrentie tussen de categoriale diensten en voorzieningen. De samenwerking met *laagdrempelige* categoriale en niet categoriale voorzieningen blijkt goed te lopen.

In Oostende werden bij de start van het MSOC heel wat contacten gelegd en afspraken gemaakt met andere diensten en voorzieningen. Gezien echter de hoge werkdruk en de daarmee samenhangende interne gerichtheid van het MSOC, blijkt dat deze afspraken in de praktijk enkel op ad hoc basis worden toegepast.

2.3.4 Het MSOC van Gent als ondersteuning van het netwerk

- **Algemeen**

De voortrekkersrol die het MSOC van Gent heeft opgenomen in de ondersteuning van het netwerk, blijkt uit de inspanningen die het MSOC heeft geleverd om de permanente toegankelijkheid van het netwerk voor problematische druggebruikers in de regio Gent te vergroten en om mede een oplossing te bieden voor de beperkte geografische spreiding van het hulpverleningsaanbod in de provincie Oost-Vlaanderen.

- **De crisisopvang van problematische druggebruikers**

Het MSOC van Gent heeft heel wat inspanningen geleverd om de toegankelijkheid van het netwerk voor problematische druggebruikers te vergroten.

De bereikbaarheid van de categoriale hulpverlening, ook en vooral buiten de kantooruren, en de opvang van de zogenaamd “moeilijke” groepen binnen de drughulpverlening, was een jarenlange verzuchting van de welzijns- en gezondheidsorganisaties, de politiediensten en de justitiële diensten. Daarom werd in 1996 gestart met de uitbouw van een **netwerk voor spoed- en crisisopvang** in de Gentse regio. Het MSOC van Gent heeft in 1998 een voortrekkersrol opgenomen in de verdere uitbouw van dit netwerk door een convenant spoed – en crisisopvang. Het MSOC van Gent heeft in 1999 dezelfde voortrekkersrol opgenomen voor de uitbreiding van het convenant spoed- en crisisopvang naar het lokale netwerk van Lokeren.

Deze convenants worden positief geëvalueerd door de partners die deelnemen aan het convenant. Het knelpunt blijft dat de diensten en voorzieningen die niet deelnemen aan dit convenant, zoals de politiediensten en justitie, de toepassing van het convenant niet kunnen afdwingen. De zogenaamde zwarte lijsten blijven bestaan.

Het MSOC van Gent vangt, als partner in het convenant, enkel op werkdagen van 10 uur tot 19 uur en op zaterdag van 10 uur tot 12 uur problematische druggebruikers op die zich in een crisissituatie bevinden. Buiten deze uren zijn enkel de artsen van het MSOC bereikbaar voor telefonisch advies en bemiddeling.

Om verder tegemoet te komen aan de vraag van de politiediensten voor een vlotte doorverwijzing, heeft het MSOC van Gent bijkomende afspraken gemaakt met de politiediensten in Gent. De informatie over het convenant spoed- en crisisopvang werd gepubliceerd in de dagorders en het zakboekje van de Gentse politie. In de dagorders werd een procedure uitgewerkt voor dringende doorverwijzingen van de politie naar het MSOC. Ondanks deze inspanningen van het MSOC, blijft de vraag van de politiediensten naar een **permanent aanspreek- en doorverwijspunt**, bestaan. De vraag van politie en justitie naar een 24 uur op 24 uur permanentie van de drughulpverlening, los van de opvang in crisissituaties, is een blijvende verzuchting.

- **Het ondersteunen van de netwerken buiten de eigen regio**

Het MSOC van Gent heeft, ook letterlijk, nog een stap verder gezet, en is erin geslaagd mede een oplossing te bieden voor de beperkte geografische spreiding van het aanbod in de provincie Oost-Vlaanderen.

Vanuit de vaststelling dat het problematisch druggebruik in het Waasland aanzienlijk is, maar het aanbod aan hulpverlening voor problematische druggebruikers in deze regio beperkt, sloot het MSOC van Gent in 1999 een samenwerkingsovereenkomst af met de categoriale hulpverlening en met meerdere welzijnsorganisaties in Lokeren en Sint Niklaas in functie van de laagdrempelige begeleiding van druggebruikers in deze regio. Het MSOC van Gent verzorgt het dossierbeheer, de registratie, de continuïteit van de verzorging, het regelen van afspraken en de crisisopvang ter ondersteuning van de deelnemende diensten en voorzieningen in deze regio. Het samenwerkingsverband van het MSOC van Gent met **Lokeren en Sint Niklaas** kunnen “**de facto antennes**” genoemd worden.

Dezelfde vaststellingen, namelijk de aanwezigheid van problematisch druggebruik in de streek rond Ronse en het gebrek aan een aanbod voor problematische druggebruikers in deze regio, leidden ertoe dat het MSOC van Gent ook onderhandelingen voert voor een analoog initiatief voor de regio Oudenaarde - Geraardsbergen – Ronse.

2.3.5 Het geografisch attractiegebied van de MSOC's

- **Algemeen**

De herkomst van de cliënten van de MSOC's is een indicatie voor de mate waarin de MSOC's er in slagen om het netwerk in de praktijk te ondersteunen.

Uit de analyse van de cijfers van het geografisch attractiegebied van de MSOC's, blijkt dat de cliënten van zowel het MSOC van Gent, als van het MSOC van Oostende, voor het grootste deel afkomstig zijn uit de regio waarbinnen de MSOC's zijn opgericht.

- **Het MSOC van Gent**

Uit de analyse van de cijfers van het MSOC van Gent van 1998 blijkt dat 92% van de cliënten afkomstig is uit de provincie Oost-Vlaanderen en 77 % uit het bestuurlijk arrondissement Gent.

4 % van de cliënten van het MSOC van Gent komt uit West-Vlaanderen, wat gezien het gebrek aan een aanbod voor problematische druggebruikers in deze provincie niet hoeft te verwonderen.

In Oost-Vlaanderen is verder 11% van de cliënten afkomstig uit het arrondissement Sint Niklaas; 6% komt uit het arrondissement Dendermonde; 3% uit het arrondissement Aalst; 3% uit het arrondissement Eeklo. Slechts 0,1% is afkomstig uit het arrondissement Oudenaarde. Wat het betrekkelijk groot aantal cliënten uit het arrondissement Sint Niklaas betreft (waartoe ook Lokeren behoort), kunnen we wijzen op de nauwe samenwerkingsverbanden van het MSOC van Gent met de regionale hulpverleningsdiensten en de aanwezigheid van problematisch druggebruik in deze regio. Het is verwonderlijk dat maar één cliënt uit het

arrondissement Oudenaarde afkomstig is, hoewel blijkt dat het problematisch druggebruik in deze regio toch aanzienlijk is. Een mogelijke verklaring voor deze vaststelling is het feit dat in de regio Oudenaarde – Ronse geen aanbod voor problematische druggebruikers bestaat, waardoor er geen voorziening is die de werking van het MSOC bij de problematische druggebruikers kan bekend maken en deze gebruikers naar het MSOC kan toeleiden.

- **Het MSOC van Oostende**

Uit de analyse van de cijfers van het MSOC van Oostende van 1998 blijkt dat 98% van de cliënten afkomstig is uit West-Vlaanderen. Binnen de provincie West-Vlaanderen is het grootste deel van de cliënten (72%) afkomstig uit het bestuurlijk arrondissement Oostende. Binnen deze regio scoren de steden Bredene en Middelkerke relatief hoog. Een verklaring hiervoor is niet alleen dat deze badsteden geografisch dicht bij het MSOC gelegen zijn, maar ook dat het MSOC van Oostende een straathoekwerker naar deze gemeenten heeft gedetacheerd om de werking van het MSOC bekend te maken. De overige badsteden zijn ondervertegenwoordigd.

Verder is iets meer dan 5 % van de cliënten van het MSOC afkomstig uit het bestuurlijk arrondissement Brugge en 3,5 % uit het bestuurlijk arrondissement Veurne. Cliënten uit andere regio's in de provincie West-Vlaanderen zijn weinig vertegenwoordigd. Een verklaring voor de aanwezigheid van cliënten uit de regio Brugge, kan de samenwerking van het MSOC van Oostende met het hulpverleningsaanbod in de regio Brugge zijn.

3 EFFECTEVALUATIE VAN DE MSOC'S

3.1 WAT IS HET EFFECT VAN HET MSOC OP DE CLIËNTEN?

3.1.1 Het MSOC als nieuw alternatief tegenover de klassieke drughulpverlening

De komst van het MSOC heeft wel degelijk een effect gehad op de cliënten in de regio. Dit geldt niet alleen voor MSOC cliënten, maar voor alle cliënten in de regio. Door het MSOC hebben gebruikers niet alleen een ruimere keuze in het aantal voorzieningen, de komst van het MSOC heeft de cliënten ook een nieuw referentiepunt gegeven. Zij kunnen de hoogdrempelige vormen van hulpverlening nu vergelijken met de laagdrempelige werking van het MSOC.

Het MSOC wordt op dit vlak positief geëvalueerd door de cliënten. Vooral de open, aanvaardende houding van het personeel en de kwaliteit van de gesprekken wordt sterk gewaardeerd.

De hoogdrempelige voorzieningen krijgen nogal wat kritiek van de cliënten. Hun kritiek heeft voornamelijk betrekking op de culturele verschillen tussen de problematische druggebruikers en deze voorzieningen.

3.1.2 De evaluatie van de aanpak van het MSOC

- **Wat is “goede hulpverlening” volgens de cliënt zelf**

De cliënten van het MSOC hebben een duidelijk beeld over de essentiële parameters voor een “goede hulpverlening”. Cliënten willen in de eerste plaats een concreet antwoord op hun basisbehoeften. De medische aspecten van de drughulpverlening en gezondheidsbevordering staan voor hen centraal. Therapie willen zij liever op de achtergrond houden.

De perceptie van de cliënten op het belang van de **medische** aspecten van de drughulpverlening **sluit aan bij** de sterke medische gerichtheid van het **MSOC van Gent**. De perceptie van de cliënten op **therapeutische** begeleiding is fundamenteel **in tegenspraak** met de doelstelling van de revalidatie die **de RIZIV-conventie** vooropstelt en die uiteindelijk gericht zijn op ontwenning.

De respectvolle, niet verwerpende basishouding van de hulpverlening, tenslotte, is voor cliënten een basisaspect van en een voorwaarde voor een goede hulpverlening.

- **De tevredenheid van de cliënten over het MSOC**

Uit de bevraging van de cliënten naar de tevredenheid over de MSOC's, blijkt dat globaal de overgrote meerderheid van de cliënten van zowel het MSOC van Gent als van het MSOC van Oostende **tevreden tot zeer tevreden** zijn over het MSOC van Gent en Oostende.

De cliënten zijn **niet onverdeeld positief** over alle onderdelen van de werking van het MSOC.

Zij geven een aantal elementen aan die volgens hen voor verbetering vatbaar zijn: de hulpverleners van de MSOC's zouden meer tijd voor hen moeten vrijmaken, er is nood aan

meer privacy, de MSOC zouden 's avonds en in het weekend meer toegankelijk moeten zijn en er is nood aan meer inspraak in de interne procedures (rond de keuze voor de hulpverlener, het bepalen van het behandelingsplan, de doorverwijzing).

Het is belangrijk vast te stellen dat er bij de gebruikers **geen eenduidige visie** bestaat over de **methadonbehandeling**. De cliënten zijn het eens over het feit dat toediening van methadon enkel kan voor gebruikers die afhankelijk zijn van opiaten. Sommige cliënten hebben kritiek op de **methadondosissen**. Deze cliënten duiden aan dat de onderhoudsdosissen in het begin van de behandeling te hoog zijn. Sommige cliënten duiden ook aan dat de onderhoudsdosissen sneller afgebouwd moeten worden of dat er teveel bijgebruik is en dat daar strenger op gereageerd moet worden.

De cliënten hebben ook een aantal aanmerkingen bij de manier waarop de methadonbehandeling wordt **georganiseerd**. Zij duiden aan dat de uren waarop methadon wordt verstrekt, ruimer zouden kunnen zijn, zeker 's avonds en in het weekend. Deze aanmerking geldt zeker voor de cliënten die werk hebben. Cliënten willen ook meer samenspraak met de behandelende arts over de indicatiestelling en de dosering van methadon. Ze zijn ook erg bezorgd over de lange termijneffecten van methadon en hadden daar graag meer informatie over.

3.1.3 De effecten van de revalidatie op de cliënten

De MSOC's blijken er inderdaad in te slagen de levenskwaliteit voor heel wat cliënten te verbeteren.

Wanneer cliënten gevraagd wordt een subjectieve evaluatie te maken van **de effecten van de revalidatie** in de MSOC's op de verschillende levensdomeinen, duidt de overgrote meerderheid van de cliënten aan dat hun situatie en het druggebruik verbeterd zijn. Een verbetering op het vlak van hun gezondheid stellen twee derden van de bevroegde cliënten vast. Voor ongeveer de helft (iets minder dan de helft van de cliënten in het MSOC van Oostende en iets meer dan de helft van de cliënten in het MSOC van Gent) van de cliënten is dit ook het geval voor hun relatie met familie en vrienden, hun situatie op het vlak van werk / inkomen en hun juridische situatie. Voor alle levensdomeinen samen, geven cliënten aan dat hun situatie eerder verbeterd is.

Het is opvallend dat cliënten zelf wijzen op de preventieve effecten van de methadonbehandeling op het vlak van de druggerelateerde criminaliteit.

3.2 WAT IS HET EFFECT VAN HET MSOC OP HET NETWERK?

3.2.1 De discussie harm reduction versus drugvrije samenleving

Algemeen genomen heeft de komst van de MSOC's, de dynamiek, die halfweg de jaren '90 binnen de drughulpverlening is ontstaan, versterkt. De MSOC's zorgden voor heel wat discussie en kritiek, maar vanuit die discussies, ook voor een reflectie over de methodieken, de werkwijze, het (niet) bereiken van bepaalde doelgroepen, de noden en behoeften van cliënten. Dit heeft een invloed gehad op het aanbod en de werkwijze in de regio's waar de MSOC's werden opgericht.

Doordat de MSOC's voor de eerste maal de harm reduction aanpak in de drughulpverlening in de praktijk brachten, kwam aan het licht dat, in de praktijk, de actoren een **verschillende invulling** geven aan de reikwijdte van de hulpverlening en het concept "**harm reduction**". De mate waarin en de snelheid waarmee al dan niet naar de volledige ontwenning zou moeten worden gestreefd, blijkt het ultieme struikelblok te zijn.

Dit heeft logischerwijs gevolgen voor de samenwerking en netwerkontwikkeling in het werkveld.

Zo blijkt dat de invloed en de draagwijdte van de pleitbezorgers van de harm reduction strategie en de algemene aanvaarding van harm reduction als strategie beperkt blijft.

Op dit moment heerst ook de perceptie op het werkveld dat harm reduction en ontwenning elkaar uitsluiten, waardoor de netwerkontwikkeling bemoeilijkt wordt.

De negatieve gevolgen van deze perceptie komen duidelijk tot uiting in de knelpunten op het vlak van de doorverwijzing in de Gentse regio, waarbij het MSOC van Gent aanduidt dat een aantal andere drughulpverleningdiensten meer laagdrempelig zouden moeten werken en deze diensten stellen dat het MSOC van Gent cliënten meer zou kunnen motiveren naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening/ naar ontwenning.

3.2.2 De perceptie en de evaluatie door het netwerk van het MSOC

Een aantal categoriale voorzieningen heeft kritiek op de manier waarop de MSOC's de harm reduction benadering invullen. Zij stellen dat de MSOC's minder onvoorwaardelijk de vragen en het tempo van de cliënten zou moeten volgen en cliënten meer zou moeten motiveren om af te bouwen of te ontwennen en de stap te zetten naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening. Deze kritiek klinkt het sterkst in de *hoogdrempelige* therapeutische gemeenschappen. Het financieringssysteem dat gericht is op vergoedbare prestaties en op het aantal vergoedbare cliënten; wordt als één van de oorzaken aangeduid voor het feit dat cliënten te weinig gemotiveerd worden om de stap te zetten naar hoogdrempelige vormen van hulpverlening.

De *niet categoriale* diensten, zoals het OCMW, het algemeen welzijnswerk, algemene ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg, en de categoriale diensten voor wie de problematische druggebruikers geen doelgroep zijn, zijn lovend over de komst van de MSOC's. Deze diensten werden jaren overstelpt met problematische druggebruikers die voor veel interne overlast zorgen en, meer dan andere cliënten, tijd en energie vergen. Deze diensten bevestigen dat, sinds de MSOC's er zijn, de druk op hun werking duidelijk is verminderd.

3.2.3 Het ontstaan van een stroom van cliënten naar de laagdrempelige voorzieningen

De komst van het MSOC van Gent en Oostende heeft een stroom van een aantal cliënten van de hoogdrempelige naar de laagdrempelige voorzieningen teweeggebracht. Een stroom die er ook heeft toe geleid dat er problematische druggebruikers naar het MSOC zijn gegaan, die voordien al begeleid werden door de bestaande hulpverlening. Dit is iets waar *een aantal categoriale* voorzieningen heel wat kritiek op hebben, zeker gezien het feit dat de "terugstroom" van cliënten, via doorverwijzingen vanuit het MSOC, naar de hoogdrempelige voorzieningen niet in dezelfde mate gebeurt.

3.2.4 Het MSOC van Oostende en het netwerk

In Oostende was er voor de komst van het MSOC geen drugspecifieke dienst of voorziening. Ook in de regio ontbrak een aanbod naar druggebruikers in het algemeen en naar problematische druggebruikers in het bijzonder.

Bij de bestaande diensten en voorzieningen in de regio heeft de komst van het MSOC in eerste instantie dan ook geleid tot een gevoel van opluchting en tevredenheid. Er was nu eindelijk een dienst die (problematische) druggebruikers kon opnemen. Vandaar ook de enorme bereidheid bij de start van het MSOC om in werkgroepen de voorbereiding van de MSOC gestalte te geven.

Zodra het MSOC goed en wel van start is gegaan, hebben de bestaande diensten massaal cliënten naar het MSOC doorverwezen. De bereidheid van die diensten om de cliënten, na verloop van tijd, terug op te nemen bleek minimaal. Een uiting daarvan was het verwateren van de werkgroepen.

Na twee jaar werking van het MSOC stellen we een beweging naar meer samenwerking en overleg vast. De bestaande diensten en voorzieningen zijn, vanuit het besef van een noodzaak naar meer samenwerking en afstemming, terug bereid om rond de tafel te zitten en een oplossing te zoeken voor gemeenschappelijke problemen. Een uiting daarvan is het feit dat werkgroepen opnieuw zullen samenkomen.

De komst van het MSOC in Oostende heeft, zeker waar het gaat om netwerkontwikkeling, geen onverdeeld positieve effecten gehad op het netwerk. De komst van het MSOC heeft **niet** geleid tot een **uitbouw van een netwerk** voor de opvang van problematische druggebruikers in de regio.

Het MSOC van Oostende heeft er, geheel tegen haar bedoeling in, voor gezorgd dat de andere hulpverlening, die toch al afkerig stonden tegenover problematische druggebruikers, niet langer problematische druggebruikers opnemen of begeleiden. Dat in het netwerk crisisopvang “problematisch druggebruik” een exclusie criterium is, is een teken aan de wand. Men kan zich de vraag stellen wat de zinvolheid is van een dergelijk initiatief, wanneer net de doelgroep van problematische druggebruikers, waarvoor de nood aan crisisopvang zo groot is, zijn uitgesloten van een netwerk voor crisisopvang.

Het gevolg van deze dynamiek voor het MSOC van Oostende is, dat zij overspoeld worden door cliënten en hulpvragen, terwijl de doorverwijzing vanuit het MSOC naar de diensten in de regio zeer moeilijk loopt. Hierdoor wordt het MSOC ertoe gedwongen zich vooral te concentreren op zijn interne werking en kan er te weinig tijd en energie geïnvesteerd worden in de netwerkontwikkeling, terwijl dit net in de Oostendse regio, zo noodzakelijk was en is. Het MSOC van Oostende is hierdoor in een **geïsoleerde positie** terechtgekomen. Noodgedwongen heeft het MSOC van Oostende zich ook moeten richten naar Oost-Vlaanderen voor een aantal doorverwijzingen.

3.2.5 Het MSOC van Gent en het netwerk

In Gent is de situatie in de praktijk anders geëvolueerd. In de regio is er een historisch gegroeid aanbod van een groot aantal drugspecifieke diensten en voorzieningen. Een aantal diensten richten zich met een vrij gelijksoortig aanbod op éénzelfde doelgroep, wat aanleiding geeft tot concurrentie.

Van bij de start van het MSOC van Gent kwam er heel wat **kritiek** van een aantal bestaande diensten en voorzieningen op de werking van het MSOC. Deze diensten hebben kritiek op de doorverwijzingpolitiek, op het voorschrijfgedrag van artsen en op het niet dwingend / motiverend karakter van de begeleiding.

Het grote aanbod in de regio en de bestaande concurrentie tussen de drugspecifieke diensten en voorzieningen is door de komst van het MSOC van Gent nog versterkt. Een aantal diensten en voorzieningen zijn zich sterker gaan **profilieren**. Ook het MSOC heeft zich van bij de start sterk extern gericht en heeft zich als voortrekker geprofileerd in de ontwikkeling van de netwerken.

In de praktijk geven het MSOC en een aantal categoriale voorzieningen een **verschillende invulling** aan het concept **harm reduction**. Het MSOC werkt onvoorwaardelijk op het tempo van de cliënt en werkt eerst en vooral aan de basisbehoeften van de cliënt. Een aantal andere categoriale voorzieningen zien het streven naar ontwenning en het werken aan de onderliggende oorzaken van het problematisch gebruik als de ultieme doelstelling. Zowel het MSOC als de andere categoriale voorzieningen zien de invulling die de andere partners in het veld geven aan de harm reduction benadering niet als complementair, maar als aan elkaar tegengesteld. Hierdoor zijn zij minder geneigd samen een netwerk te ontwikkelen.

Er worden vanuit verschillende hoeken inspanningen geleverd om de samenwerking en de netwerkontwikkeling te stimuleren.

Op provinciaal niveau nemen de provinciale drugcoördinator en de provinciale coördinator voor de geestelijke gezondheidszorg heel wat initiatieven om het overleg en de netwerkvorming tussen de drughulpverlening in de regio groot Gent te stimuleren.

Op lokaal niveau werd, in samenwerking met de Gentse drugcoördinator, getracht, via een afsprakennota en overleg, afspraken te maken over de samenwerking en de doorverwijzing tussen het MSOC en een aantal categoriale voorzieningen.

Tenslotte hebben een aantal diensten en voorzieningen tot op bepaalde hoogte hun aanbod aangepast aan de noden en behoeften van het MSOC cliënteel. Een uiting daarvan is de herbronning van de doelstellingen en de doelgroep van het dagcentrum van de Sleutel, de start van een laagdrempelige dagopvang, het B-huis, in de Sleutel en het aanpassen van de drempel van het CIC van de Sleutel.

Niettegenstaande deze inspanningen blijkt toch dat de gespannen verhouding en de moeilijke samenwerking tussen het MSOC en een aantal categoriale diensten in de praktijk blijven bestaan.

Deze gespannen verhouding is duidelijk tot uiting gekomen tijdens discussies tussen het MSOC en een aantal andere categoriale voorzieningen in de laatste maanden voor het beëindigen van het onderzoek. Deze discussies bevestigen dat het MSOC en een aantal andere categoriale voorzieningen een verschillende invulling geven aan de harm reduction benadering, en dat die invulling door de betrokkenen als niet complementair wordt gezien, wat ertoe leidt dat de netwerkontwikkeling in de Gentse regio gestremd wordt.

4 DE NETWERKONTWIKKELING

4.1 DE BESTAANDE SAMENWERKING EN NETWERKONTWIKKELING

4.1.1 Een gebrek aan coördinatie, samenwerking en afstemming

- **Algemeen**

Algemeen wordt binnen de drughulpverlening een gebrek aan coördinatie vastgesteld. Nog al te vaak wordt de identiteit van menige hulpverlener, bestuurder en organisatie traditioneel in structurele concepten vanuit een voorzieningenperspectief beleefd en ook zo geformuleerd. De samenwerking in de praktijk blijft vooral beperkt tot een ad hoc samenwerking. Duidelijke criteria en vooraf vastgelegde momenten om de samenwerking te evalueren, ontbreken. Een vaststelling die telkens terugkomt in de bevraging van de sleutelfiguren in Gent en Oostende, is dat een goede samenwerking afhangt van de individuele contacten en het vertrouwen dat tussen individuele werkers op het terrein bestaat.

Ook de doorverwijzing blijkt in de praktijk een knelpunt. Algemeen wordt vastgesteld dat er in de praktijk sporadisch wordt doorverwezen tussen alle diensten en voorzieningen in de drughulpverlening en dat meestal de cliënt zelf of zijn onmiddellijke omgeving de eerste stap zet naar de drughulpverlening.

Een factor die de ontwikkeling van netwerken belemmert, is het **gebrek aan doorzichtigheid**, op verschillende terreinen, dat kenmerkend is voor de drughulpverlening. Er is nood aan meer duidelijkheid over het aanbod, over de doelgroepen waar de diensten zich naar richten, over de opname- en uitsluitingscriteria die in de praktijk worden gebruikt, over schijnbaar kleine wijzigingen in het intern beleid van een dienst die toch een belangrijke invloed hebben op de werking van die dienst, en tenslotte over de zorgfuncties die worden aangeboden.

- **De MSOC's van Gent en Oostende**

Zowel in de regio Gent als in de regio Oostende hebben wij daarnaast nog een aantal regiogebonden elementen vastgesteld die de netwerkontwikkeling en afstemming belemmeren.

De regio Gent heeft een uitgebreid aanbod aan drugspecifieke hulpverlening. Toch krijgen op dit moment niet alle problematische gebruikers een antwoord op hun hulpvraag omdat er nog heel wat kan verbeterd worden aan de samenwerking en de afstemming is tussen de verschillende diensten in de regio. Het soortgelijk aanbod van een aantal categoriale diensten, het financieringssysteem dat gericht is op vergoedbare cliënten, de discussie over de mate waarin en de snelheid waarmee gestreefd moet worden naar doorverwijzing en ontwenning en de heersende concurrentie tussen de diensten en voorzieningen, zijn factoren die de samenwerking en afstemming bemoeilijken.

De drugspecifieke hulpverlening is zich wel degelijk bewust van deze problemen, maar moet, op basis van de gemaakte probleemanalyse, de stap nog zetten naar effectieve samenwerking en vooral afstemming van het aanbod.

In de regio Oostende is er een gebrek aan opvang voor druggebruikers in het algemeen en voor problematische druggebruikers in het bijzonder. Ook hier krijgen niet alle problematische druggebruikers een antwoord op hun hulpvragen.

Het feit dat andere diensten en voorzieningen, en in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg, weigerachtig staan tegenover het opnemen of begeleiden van problematische druggebruikers én het MSOC van Oostende als het antwoord zien voor alle hulpvragen van zowel problematische als niet problematische druggebruikers, zijn factoren die de ontwikkeling van een netwerk, waarin alle partners hun verantwoordelijkheid opnemen, belemmeren.

4.1.2 Een groeiend besef van de nood aan afstemming en netwerkontwikkeling

Alle sectoren uit het werkveld onderschrijven de nood aan samenwerking en afstemming omdat momenteel niet alle problematische druggebruikers een antwoord krijgen op hun hulpvraag. Zij zijn zich goed bewust van de versnippering en de nood aan een betere coördinatie, afstemming en samenwerking binnen de drughulpverlening, en van de meervoudige en complexe problematiek van problematische druggebruikers.

De toenemende complexiteit van de zorg, en als gevolg daarvan de trend naar een meer multidisciplinaire aanpak, doet de behoefte aan zorgcoördinatie groeien. Als alternatief voor het huidig systeem wordt een ‘zorgcontinuüm’ of **circuitvorming** voorgesteld, dat bestaat uit diverse zorgvormen en integratiemechanismen die de cliënten begeleiden en sturen doorheen de diverse zorgvormen, zoals ook door de federale drugnota wordt vooropgesteld.

4.1.3 De uitbouw van structureel, sectoraal overleg

- **De initiatieven in Oost- en West-Vlaanderen**

In Oost- en West-Vlaanderen worden heel wat initiatieven genomen om, via structureel, sectoraal overleg, tot de ontwikkeling van netwerken en tot afstemming te komen. In Oost-Vlaanderen gebeurt dit sinds 1996 onder impuls van de provinciale drugcoördinator en de provinciale coördinator voor de geestelijke gezondheidszorg. In West-Vlaanderen is het provinciaal, structureel overleg sinds 1999 op gang gekomen.

Dit overleg heeft, en dit wordt bevestigd door de partners op veld, positieve effecten op de communicatie en samenwerking, in belangrijke mate op het niveau van de individuele werkers die elkaar leren kennen op deze overlegmomenten.

In de praktijk blijkt dat dit overleg zich voornamelijk nog op concept niveau situeert. De communicatie van dit sectoraal overleg met niet categoriale diensten en voorzieningen en met de gebruikers zelf, is nog een werkpunt. De stap van dit overleg naar een effectieve aanpassing van het aanbod in de praktijk of een differentiatie van het aanbod moet nog gezet worden. De meerwaarde van dit overleg voor de problematische druggebruikers in de praktijk moet dus nog bewezen worden.

Deze vaststellingen doen niets af aan de waarde van dergelijk overleg en de inspanningen die de coördinatoren van dit overleg leveren, wel integendeel. De coördinatoren van het overleg moeten onder zeer moeilijke omstandigheden werken, omdat zij noch het mandaat, noch de bevoegdheid om binnen deze overlegstructuren beslissingen te nemen en knopen door te hakken.

- **De noodzaak van een duidelijke coördinatiestructuur voor de volledige drugsector**

In se raakt het knelpunt van de coördinatiebevoegdheid binnen de sector van de drughulpverlening aan een belangrijk knelpunt binnen de volledige drugsector. Op dit moment is de nood aan duidelijkheid over wie de opdracht én het mandaat heeft om de samenwerking *tussen* verschillende sectoren te coördineren, groot. Zowel de lokale coördinatoren, voor zover die er zijn, als de provinciale coördinatoren worden met dit knelpunt geconfronteerd. Nu moeten lokaal te veel problemen worden opgelost die daar niet thuishoren. Daarom is het van essentieel belang een duidelijke en consequent doorgetrokken coördinatiestructuur voor alle beleidsniveaus - lokaal, provinciaal, Vlaams en federaal - te ontwikkelen, waarbij met duidelijke opdrachten én mandaten, die door de verschillende overheden en sectoren wordt erkend, kan gewerkt worden.

4.2 DE NOODZAAK VAN EEN EFFICIËNTE SAMENWERKING EN NETWERKONTWIKKELING

4.2.1 Algemeen

Ondanks de inspanningen die al geleverd zijn om tot samenwerking en netwerkontwikkeling te komen, moeten de structurele oplossingen voor de knelpunten nog worden uitgewerkt.

De kernvraag die moet beantwoord worden is: hoe kunnen we ervoor zorgen dat, door een bundeling van mensen en middelen, alle druggebruikers een antwoord krijgen op hun hulpvraag?

De drughulpverlening is (op dit vlak) een schoolvoorbeeld van hoe een geïntegreerd drugbeleid er kan uitzien én waarom er nood is aan een geïntegreerd drugbeleid. Alle voorzieningen moeten samenwerken om alle hulpvragen te kunnen beantwoorden. Het is al vaak gezegd en geschreven, en het wordt ook beaamd door alle diensten en voorzieningen.

Dit betekent ook dat de diensten en voorzieningen daar de onvermijdelijke consequentie aan moeten verbinden: dat efficiënte samenwerking én afstemming de kernbegrippen zijn om een antwoord te geven op alle (hulp)vragen.

Om ervoor te zorgen dat alle doelgroepen effectief een antwoord krijgen op hun hulpvraag, is het van belang een duidelijk zicht te hebben op de noden en behoeften in een regio, om dan, op basis van deze analyse, het bestaande aanbod aan deze vragen aan te passen.

Dit moet de eerste stap zijn in het proces van netwerkontwikkeling, los van het bestaande aanbod van diensten en voorzieningen. Op die manier wordt geredeneerd vanuit een toekomstgerichte logica en zullen diensten het bestaande aanbod fundamenteel in vraag stellen.

In één beweging is het ook van belang dat diensten en voorzieningen hun aanbod uitklaren, om van daaruit te bekijken welke aanpassingen in het aanbod moeten gebeuren in functie van de vastgestelde noden en behoeften in de regio.

4.2.2 De essentiële eigenschappen van een netwerk die een antwoord geven op alle hulpvragen

Netwerkontwikkeling is een middel om een antwoord te bieden op alle hulpvragen van problematische druggebruikers. Onmisbare eigenschappen zijn:

- Het problematisch druggebruik is niet (langer) beperkt tot grootstedelijke regio's, maar is **geografisch verspreid**. Daarom is het van belang die regio's, waar het problematisch druggebruik duidelijk aanwezig is, maar het aanbod van de drughulpverlening beperkt is, via netwerkontwikkeling te ondersteunen.
- Het **druggebruik** van zowel legale als illegale middelen is algemeen verspreid. Gezien de snelle evoluties op het terrein, het groeiend belang van synthetische drugs en vooral gezien de realiteit van het **polydruggebruik**, moet er bij de ontwikkeling van netwerken rekening gehouden worden met de snel veranderende realiteit van het problematisch druggebruik.
- Bepaalde groepen van **cliënten** blijven in de kou staan. Netwerkontwikkeling moet er dan ook op gericht zijn die doelgroepen bij voorrang te bereiken.
- Er is nood aan opvang van **“moeilijke” doelgroepen**, doelgroepen waarmee, in niet geringe mate vanuit financieel oogpunt, weinig eer mee te halen is. Diensten en voorzieningen die zich naar deze groepen (willen) richten, moeten hiervoor financieel beloofd worden.
- **De (crisis)opvang** van problematische druggebruikers 's avonds en in het weekend kan beter worden uitgebouwd. Dit knelpunt blijkt duidelijk in de regio van het MSOC van Oostende, maar ook in de regio Gent. De permanente beschikbaarheid van de drugspecifieke hulpverlening, moet dan ook deel uitmaken van de netwerkontwikkeling.

Voor de regio Gent en de regio Oostende geven we nog twee **regiogebonden elementen** aan waarmee rekening moet gehouden worden bij de netwerkontwikkeling:

- In de regio groot Gent, is het aanbod *kwantitatief* voldoende groot. In deze regio's moet in eerste instantie werk gemaakt worden van een **differentiatie** van het aanbod, door afstemming, zowel voor doelgroepen als naar beschikbaarheid van het netwerk in de tijd.
- In de regio Oostende, is het aanbod voor problematische druggebruikers beperkt. In deze regio is er dan ook nood aan de uitbouw van een **netwerk voor problematische druggebruikers**. Maar, aangezien in de regio Oostende een aanbod voor niet problematische druggebruikers ontbreekt, is er ook nood aan **opvang voor niet problematische druggebruikers**, zodat het MSOC van Oostende zich volledig kan richten naar die doelgroepen die niet of onvoldoende door de bestaande hulpverlening worden bereikt.

4.2.3 De integratie van alle betrokken partijen in de uitbouw van het netwerk

Gezien de complexiteit van de drugproblematiek, is het van belang, naast de categoriale hulpverlening, alle actoren die betrokken partij zijn bij de ontwikkeling van het netwerk, ook effectief te betrekken.

- Het belang van **de niet categoriale diensten**, zowel voor de cliënt zelf als voor de categoriale hulpverlening, in de netwerkontwikkeling van problematische druggebruikers, is bevestigd. De niet drugspecifieke hulpverlening moet dan ook betrokken worden bij de analyse van de noden en behoeften en bij de uitbouw van het netwerk.
- In de ontwikkeling van netwerken voor problematische druggebruikers is het van belang de cliënten van dit netwerk, de **problematische druggebruikers zelf**, meer te betrekken bij de analyse van de noden en behoeften. Cliënten moeten de ruimte, de plaats en de verantwoordelijkheid krijgen die zij verdienen in het debat; de plaats die alle “consumenten” in het debat over de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg verdienen.

4.2.4 Essentiële randvoorwaarden voor de uitbouw van het netwerk

Tenslotte zijn er twee **essentiële randvoorwaarden** waaraan moet voldaan zijn, om een goede netwerkontwikkeling mogelijk te maken:

- Er is nood aan een **coördinatiestructuur** met duidelijke bevoegdheden en mandaten. Er moet dan ook een coördinatiestructuur worden uitgewerkt waarin de coördinatoren duidelijke mandaten en bevoegdheden hebben om knopen door te hakken. Het is essentieel dat een coördinator binnen deze structuur een neutrale positie kan innemen ten aanzien van de organisaties uit het netwerk.
- Er is nood aan een **soepel financieringssysteem** voor de hulpverlening aan problematische druggebruikers, dat erop gericht is die diensten te belonen, die inspanningen leveren om moeilijk bereikbare doelgroepen te bereiken en om bereikbaar te zijn op “moeilijke” tijdstippen.
- De sturing van dit hele proces van netwerkontwikkeling kan verlopen via het financieringssysteem, waarbij het uitklaren van het aanbod, van de doelgroepen waarnaar elke dienst of voorziening zich richt, van de zorgfuncties en het aanpassen van het aanbod aan de (nieuwe) noden binnen de sector, gekoppeld wordt aan de financiering.

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

Actieplan	Actieplan Toxicomanie-drugs, Brussel, 2 februari 1995,18 p.
AZ	Algemeen Ziekenhuis
CAT	Centrum voor Studie, Preventie en Behandeling van Alcoholisme en andere Toxicomaniën
CGGZ	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CIC	Crisisinterventiecentrum
DWTC	Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden
MSOC	Medisch Sociaal Opvangcentrum
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PC	Psychiatrisch Centrum
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
RIZIV	Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeits Verzekering
RIZIV-conventie	RIZIV, Overeenkomst tussen het comité van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en de Stad Gent, namens zijn Medisch Psycho-Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers (MSOC), 01/01/1997. RIZIV, Overeenkomst tussen het comité van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en de Stad Oostende, namens zijn Medisch Psycho-Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers (MSOC), 08/02/1998.
RKJ	Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma
SIF	Sociaal Impulsfonds
TG	Therapeutische Gemeenschap
UZ	Universitair Ziekenhuis
VAD	Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen
Vlastrov	Vlaams Overleg Straathoekwerk
VRM	Vlaamse Registratie Middelengebruik
VSP	Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid

VVBV

Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg

LIJST VAN TABELLEN EN FIGUREN

DEEL I HET ONDERZOEK

Tabel 1 Aantal deelnemers aan de focusgroups

Tabel 2 Voorbeeld van een “life table”

DEEL II EPIDEMIOLOGIE

Figuur 1 Omgevingsfactoren die de werking van een MSOC beïnvloeden

Tabel 3 Herkomst van de cliënten van het MSOC Gent

Tabel 4 Sekse van de aanmeldingen in het MSOC Gent

Tabel 5 Leeftijdsdistributie van de aanmeldingen in het MSOC Gent

Tabel 6 De verhouding allochtoon – autochtoon in de aanmeldingen in het MSOC Gent

Tabel 7 De verhouding allochtoon – autochtoon in de aanmeldingen in het MSOC Gent

Tabel 8 Inkomstenbron van de aanmeldingen in het MSOC Gent

Tabel 9 Scholingsgraad van de aanmeldingen in het MSOC Gent

Tabel 10 Middelengebruik aan de hand van DSM IV-criteria in de aanmeldingen in het MSOC Gent

Tabel 11 Injecterende druggebruikers in het MSOC Gent

Tabel 12 Het aantal cliënten in het MSOC Gent dat drager is van het hepatitis B-virus na serologisch onderzoek

Tabel 13 Het aantal cliënten in het MSOC Gent dat drager is van het hepatitis C-virus na serologisch onderzoek

Tabel 14 Het aantal cliënten per werkvormen per provincie

Tabel 15 Het aantal cliënten per werkvormen per provincie

Tabel 16 Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor Vlaanderen

Tabel 17 Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor Oost-Vlaanderen

Tabel 18	Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor Oost-Vlaanderen
Tabel 19	Het belangrijkste product van de cliënten in de CGGZ's Oost-Vlaanderen
Figuur 2	Leeftijdsverdeling van de aangemelde cliënten
Figuur 3	Uitval tussen aanmelding en afspraak in de Oost-Vlaamse drughulpverlening
Tabel 20	Instroom en uitval van cliënten per voorziening in de Oost-Vlaamse drughulpverlening
Tabel 21	Contacten van het straathoekwerk-cliënteel met de drughulpverlening
Tabel 22	Bereik van de doelgroep waarbij er eerder een beperkt of geen contact was met de hulpverlening in het MSOC Gent
Tabel 23	Herkomst van de cliënten van het MSOC Oostende
Tabel 24	Sekse van de aanmeldingen in het MSOC Oostende
Tabel 25	Sekse van de cliënten van het straathoekwerk van het MSOC Oostende
Tabel 26	Leeftijdsdistributie van de aanmeldingen in het MSOC Oostende
Tabel 27	Leeftijdsdistributie van de cliënten van het straathoekwerk van het MSOC Oostende
Tabel 28	Nationaliteit van de cliënten van het straathoekwerk Oostende
Tabel 29	Inkomstenbron van de aanmeldingen in het MSOC Oostende
Tabel 30	Inkomstenbron van de cliënten van het straathoekwerk Oostende
Tabel 31	Scholingsgraad van de aanmeldingen in het MSOC Oostende
Tabel 32	Scholingsgraad van de cliënten van het straathoekwerk Oostende
Tabel 33	De woon- en leefsituatie van de cliënten van het straathoekwerk Oostende
Tabel 34	Leeftijd bij het eerste gebruik van de cliënten in het MSOC Oostende
Tabel 35	Product bij eerste gebruik van de cliënten in het MSOC Oostende
Tabel 36	Hoofdgebruik bij intake in het MSOC Oostende

- Tabel 37 Middelengebruik bij de cliënten van het straathoekwerk Oostende
- Tabel 38 Injecteren de cliënten van het straathoekwerk van Oostende
- Tabel 39 Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor West-Vlaanderen
- Tabel 40 Het belangrijkste product van de cliënten per werkvorm voor West-Vlaanderen
- Tabel 41 Het belangrijkste product van de cliënten van de CGGZ's in West-Vlaanderen
- Tabel 42 Contacten met de drughulpverlening van de cliënten van het straathoekwerk Oostende
- Tabel 43 Het aanbod in de regio van het MSOC Gent – de provincie Oost-Vlaanderen
- Tabel 44 Het aanbod in de regio van het MSOC Oostende – de provincie West-Vlaanderen

DEEL III PROCES- EN EFFECTEVALUATIE

- Tabel 45 Het aantal vergoedbare consulten in het MSOC Gent
- Tabel 46 Het gemiddeld aantal cliënten in het MSOC Oostende
- Tabel 47 Substitutie behandeling in het MSOC Gent
- Tabel 48 Substitutiebehandeling in het MSOC Oostende
- Tabel 49 Begeleidingsvorm van het MSOC Gent op basis van het aantal intakes
- Tabel 50 Begeleidingsvorm van het MSOC Gent op basis van het aantal contacten
- Tabel 51 Het aantal contacten in het MSOC Gent
- Tabel 52 Het aantal medische en psychosociale gesprekken in het MSOC Oostende op basis van het aantal gesprekken
- Tabel 53 Aantal prestaties per personeelslid voor de periode van 5 maart - 31 maart 2001 op basis van de dagboeken
- Tabel 54 Doorverwijzingen naar het MSOC van Gent
- Tabel 55 Doorverwijzingen vanuit het MSOC van Gent
- Tabel 56 Doorverwijzingen naar het MSOC van Oostende

Tabel 57	Algemene tevredenheid van de cliënten van het MSOC Gent
Tabel 58	Belangrijke aspecten in de revalidatie voor de cliënten van het MSOC Gent
Tabel 59	Effect van de revalidatie van het MSOC Gent op de verschillende levensdomeinen
Tabel 60	Algemene tevredenheid van de cliënten van het MSOC Oostende
Tabel 61	Belangrijke aspecten in de revalidatie voor de cliënten van het MSOC Oostende
Tabel 62	Effect van de begeleiding van het MSOC Oostende op de verschillende levensdomeinen

BIBLIOGRAFIE

1. WETGEVING

Wet van 17 november 1998 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, *B.S.* 23 december 1998.

Koninklijk Besluit van 5 juni 2000 tot uitvoering van artikel 4,§2,6° van het koninklijk besluit nr. 78 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, *B.S.*, 7 juli 2000.

2. LITERATUUR

BACQUELAINE, D., in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, CH. (reds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1998, p. 183-188.

BELDING, M.A., McLELLAN, A.T., ZANIS, D.A. and INCMIKOSKI, R., "Characterizing "Nonresponsive" Methadone Patients", in *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15, 1998, 6, p. 485-492.

Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek, Brussel, 19 januari 2001, 68 p.

BERNSTEIN, D.A., ROY, E.J., SRULL, T.K. and WICKENS, C.D., *Psychology*, Houghton Mifflin Company, Boston, 1991, 740 p.

BIRN, Belgian information reitox network, *Belgian National Report on Drugs 1998, National Policy, Epidemiology, Demand Reduction, Early Warning System*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 1999, 137 p.

BIRN, Belgian Information Reitox Network, *Belgisch Nationaal Rapport over Drugs 2000*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 2001, 32 p.

BODYN, H., *Werkingsverslag 2000 door VOS vzw, Regionaal Ankerpunt straathoekwerk Oost- en West-Vlaanderen*, Gent, 2001, 19 p.

BOUMANHUIS, *Conceptnota Werkgroep zorg & zorgvernieuwing*, Boumanhuis, Centrum Verslavingszorg Zuid-Holland-Zuid, Rotterdam, 1998, 65 p.

BOUVERNE-DE BIE, M., *Forensisch welzijnswerk*, Academia Press, Gent, 1999, 293 p.

BREDA, J., “Een theoretisch kader”, in VAD, *Geen half werk, maar een netwerk!*, Een studiedag over de ontwikkeling in de sector alcohol en drugs, 21 oktober 1994, p. 5-9.

BROEKAERT, E., DERLUYN, I. en VANDERPLASSCHEN, W., *Drugverslaafden met jonge kinderen, Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen*, Onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000, 89 p.

BULLENS, F. en MEUWISSEN, K., *Verslag, DWTC*, niet gepubliceerd document, 25 augustus 1999.

BUNING, E., “Outreach work with drug users: an overview”, in *The International Journal of Drug Policy*, 1993, 4, p. 78-81.

CASSELMAN, J., “Verslaving en verslavingszorg in Vlaanderen”, in W.R. BUISMAN (red.), *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, losbl, A 3000 - 1-22.

CENTRUM VOOR BEGELEIDING EN PSYCHOTHERAPIE WAASLAND-WEST, *Samenwerkingsverband voor drughulpverlening en – preventie*, Werkingsjaar 01/10/89 – 30/09/99, Evaluatierapport, Lokeren, 1999, 28 p.

Convenant tussen de MSOC's en de onderzoeksequipes n.a.v. het onderzoek 'Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra', Oostende, 26/10/2000, 3 p.

Convenant tussen de MSOC's en de onderzoeksequipes n.a.v. het onderzoek 'Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra', Gent, 19/09/2000, 3 p.

DE JONG, C.A.J., SCHIPPERS, G.M. en DE WILDT, W., “Het gebruik van farmaca bij de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen”, in W.R. BUISMAN (red.), *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, losbl, B 4336 – 1-26.

DE MEULEMEESTER, P., MOLENBERGHS, G., NASSEN, E. en BELLINGS, P., “Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg”, in *Acta Hospitalia*, 1998, 3, p. 29-43.

DEPESTEL, N., *Facetten van West-Vlaanderen, Socio-economische profielen van de arrondissementen in West-Vlaanderen*, WES, Assebroek, 1998, 148 p.

DE RUYVER, B., *De strafrechtelijke politiek gevoerd door de socialistische ministers van justitie E. Vandervelde, P. Vermeylen en A. Vranckx*, Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de graad van Doctor in de criminologie, Rijksuniversiteit Gent, 1986, 346 p.

DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FRANCK, P. en VAN DAELE, L., *Kansarmoede, druggebruik, criminaliteit*, Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk beleid en Internationale criminaliteit, Universiteit Gent, 1992, 410 p.

DE RUYVER, B., VAN BOUCHAUTE, J. en BALTHAZAR, T., *Methadon, Hulpmiddel of wondermiddel?*, Garant, Leuven, Reeks Alcohol en Andere Drugs, nr. 2, 1994, 167 p.

DE RUYVER, B., NOIRFALISE, A., VAN DAELE, L. en MANFREDINI, T., *Handleiding voor de evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC's) voor druggebruikers*, onderzoek in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden, Universiteit Gent, Gent, 1997, 89 p.

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*, Opdrachtgever: Minister van Justitie, Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk beleid en Internationale criminaliteit, Gent, 2000, 60 p.

DEPESTEL, N., *Facetten van West-Vlaanderen, Socio-economische profielen van de arrondissementen in West-Vlaanderen*, WES, Assebroek, 1998, 148 p.

DOM, G., "Verkenning van het terrein", in DOM, G. (red.), *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*, Epo, Berchem, 1999, p. 15-80.

DOOM, L., *Voorstel opzet centrale intake vergadering West-Vlaanderen*, niet gepubliceerd document, 4 p.

DOOM, L., *Verslag van de evaluatievergadering van het Project Centrale Intakevergadering West-Vlaanderen*, 13/02/2001, niet gepubliceerd document, 3 p.

ELDEN, M. and LEVIN, M., "Cognitive Learning: Bringing Participation into Action Research", in W.F. WHYTE (ed.), *Participatory Action Research*, Sage Publications, London, 1991, p. 127-142.

FEDERALE DIENSTEN VOOR WETENSCHAPPELIJKE, TECHNISCHE EN CULTURELE AANGELEGENHEDEN, *Programma actuele problemen met betrekking tot sociale cohesie, Drugbeleid in cijfers*, onderzoeksovereenkomst nr. SO/02/017.

FOUNTAIN, J., GRIFFITHS, P. POWIS, B., e.a., *Focus groups on Service Provision, Letting the client speak*, National Addiction Center, commissioned by Community Drug Project, s.l., 1993, 54 p.

FOUTAIN, J. and GILMAN, M., *Focus groups on clients' opinions of the Community Drug Project*, niet gepubliceerd document, 1995, 12 p.

FUCHS, W.J. and DEGKWITZ, P., "Harm Reduction in Europe, Trend, Movement or Change of Paradigm?", in *European Drug Research*, 1995, 1, p. 81-85.

GEIRNAERT, M., "Intersectoriële samenwerking", in VAD, *Geen half werk, maar een netwerk!*, Een studiedag over de ontwikkeling in de sector alcohol en drugs, 21 oktober 1994, p. 50-54.

GEIRNAERT, M., "Overzicht van de structuur van de preventie, de hulpverlening en het straathoekwerk in Vlaanderen", in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, C. (reds.), *Het drugbeleid in België: actuele ontwikkelingen*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 1998, p. 57-68.

GEIRNAERT, M., "Verticale samenwerking tussen de diverse preventieniveaus", in B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE en I. PELC (reds.), *"Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw, Drugbeleid 2000"*, Maklu, Antwerpen, 2000, p. 363-380.

GEMEENTE AMSTERDAM, *Koersen naar evenwicht, Hoofdpijnen voor een Integraal Zorgbeleid voor harddrugverslaafden*, Bureau Maatschappelijke en Gezondheidszorg, Amsterdam, 1996, 16 p.

GGZ WEST-VLAANDEREN, *Jaarverslag 1999*, Overlegplatform voor de Geestelijke Gezondheidszorg in de provincie West-Vlaanderen, Menen, 2000, 82 p.

GGZ WEST-VLAANDEREN, *Jaarverslag 2000*, Overlegplatform voor de Geestelijke Gezondheidszorg in de provincie West-Vlaanderen, Menen, 2001, 92 p.

GOYVAERTS, G., *Reflectie vanuit de Federale overheid: wat kunnen en willen de overheden realiseren*, lezing gehouden op de cursus Geestelijke Gezondheidszorg in perspectief, georganiseerd door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KUL, Knokke, 5-7 december 1997.

GREENBAUM, T.L., *The handbook for focus group research*, Sage, California, 1997, 243 p.

HEIJMAN, F., *Van methadonverstrekking naar een gedifferentieerde verslavingszorg, Optimale zorgcombinaties voor chronische drugsverslaafden in Rotterdam*, Boumanhuis/Symbion, Rotterdam, 2000, 12 p.

HESSING, D.J., ELFERS, H. en ZELJKOVIC, A., "Drugbeleid: houding ten aanzien van dwang en drang", in BLOM, T., DE DOELDER, H. en HESSING, D.J. (reds.), *Naar een consistent drugbeleid*, Sanders Instituut, Deventer, 1996, p. 237-254.

INCIARDI, J.A. and LARRISON, L.D., "Introduction: The Concept of Harm Reduction", in INCIARDI, J.A. and LARRISON, L.D. (eds.), *Harm reduction. National and International Perspectives*, Sage Publications, Thousand Oaks/California, London, 2000, p. i-vii.

INTERSTEDELIJKE WERKGROEP DRUGCOÖRDINATIE, *De lokale drugcoördinatie, volop in beweging*, niet gepubliceerd document, Gent, 2001, 5 p.

KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Actieplan Toxicomanie – Drugs*, Brussel, 2 februari 1995, 18 p.

KABINET VAN DE EERSTE MINISTER, *Algemene Beleidsverklaring inzake Drugs en Toxicomanie*, Brussel, 8 maart 1995, 9 p.

KABINET VAN DE MINISTER VAN BINNENLANDSE ZAKEN EN KABINET VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN, *Nota aan de Ministerraad betreffende de oprichting van de Medisch - Sociale Opvangcentra in Antwerpen, Bergen, Brussel, Charleroi, Luik, Genk, Gent, Namen en Oostende*, niet gepubliceerd document, Brussel, 1995, 23 p.

KESTELOOT, K., e.a., "Innovatieve vormen van samenwerking in de gezondheidszorg: recente binnen- en buitenlandse ervaringen", in *Acta Hospitalia*, 1999, 1, p. 5-13.

KIDORF, M. BROONER, R.K. and KING, L.K. "Motivating Methadone Patients to Include Drug-Free Significant Others in Treatment, A Behavioral Intervention", in *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14, 1997, 1, 23-28.

KORF, D.J. and BUNING, E.C., "Coffee shops, Low-Threshold Methadone and Needle Exchange: Controlling illicit drug use in the Netherlands", in INCIARDI, J.A. and HARRISON, L.D. (eds.), *Harm Reduction, National and international Perspectives*, Sage Publications, London, 2000, p. 111-135.

KRAUSZ, M., "Editorial, New Developments towards Differentiated Treatment Programmes", in *European Addiction Research*, 2000, 6, 1, 1 p.

KREUGER, R.A. and CASEY, M.A., *Focus groups: a practical guide for applied research*, London, Sage, 2000, 215 p.

KUNNEMAN, H., "Een postmoderne hermeneutiek als wetenschapstheoretisch kader voor kwalitatief onderzoek", in SMALING, A. en HIJMANS, E. (reds.), *Kwalitatief onderzoek en levensbeschouwing*, Boom, Amsterdam, 1997.

LEFEVRE, J., in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, CH. (reds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1998, p. 189-198.

LEURQUIN, P., BILS, L., HARIGA, F., KÖTTGEN, S., LAUDENS, F. and VANDERVEKEN, M., *Belgian National report on drugs 2000, Extended version*, Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, Belgian Information Reitox Network (BIRN), Brussels, 2000, 163 p.

LINCOLN, Y.S. and GUBA, E.G., *Naturalistic Inquiry*, Sage, Beverly Hills, 1985, 416 p.

LOZIE, F., “Bevindingen vanuit de Kamerwerkgroep Drugs”, in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, CH. (reds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1998, p. 199-202.

MAERTENS, J., “Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie, een probleem zo groot als het werkveld?”, in *Hospitalia*, 1997, 4, p. 171-180.

MAERTENS, J., “25 jaar De Sleutel”, in B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE en I. PELC (reds.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 2000, p. 164-172.

MEES, E., “MSOC Oostende” in *VAD-berichten*, 1999, 3, p. 6-7.

MEES, E., *Interne afspraken voor doorverwijzingen*, niet gepubliceerd document, 2001, 3 p.

MILLER, W. and ROLLNICK, S., “What motivates people to change?”, in: MILLER, W. and ROLLNICK, S. (eds.), *Motivational training, preparing people to change addictive behavior*, Guilford Press, London, 1991, p. 14-29.

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds, Geactualiseerde cijfers*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 1998, 85 p.

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Vrind 99: Vlaamse Regionale Indicatoren*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000, 336 p.

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, Administratie Planning en Statistiek, *Profiel Vlaanderen 2000*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000, 32 p.

MINJON, B. en WOLTERS, R.D.F., *Hulpverlening bij verslavingsproblemen*, Samsom Uitgeverij, Brussel 1988, 190 p.

MINJON, B., "Methadon, toepassingen in de drughulpverlening", in W.R. BUISMAN (red.), *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, losbl, B 4370-1-20.

MORGAN, A.L., *Successful Focusgroups*, Advancing the State of the Art, Sage, London, 1993, 320 p.

MOSTIEN, B., "Coördinatie en verslavingszorg", in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 1999, 4, p. 3-4.

MOSTIEN, B., "Kees komt zo!", in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 1999, 5, p. 3-7.

MOSTIEN, B., "Net werkje", in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 1999, 5, p. 8.

MOSTIEN, B., "Hé, een zorgcircuit", in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2001, 9, p. 9.

MSOC GENT, *Jaarverslag 2000*, niet gepubliceerd document, Gent, 2001, 22 p.

NASSEN, E., "Nieuwe begrippen voor een nieuwe toekomst van de geestelijke gezondheidszorg", in *Hospitalia*, 1999, 3, p. 111-123.

POPOVGGZ, Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, *Activiteitenverslag 1998*, v.z.w. Popov Logistiek, Gent, 94 p. + bijlagen.

POPOVGGZ, Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, *Activiteitenverslag 2000*, v.z.w. Popov Logistiek, Gent, 2001, 132 p. + bijlagen.

POWELL, R.A. and SINGLE, H.M., "Focus groups", in *International Journal of Quality in Health*, 1996, 8, p. 499-509.

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, 163 p.

PROCHASKA, J.O. and DICLEMENTE, C.C., "Toward a Comprehensive Model of Change", in W.E. MILLER and N. HEATHER (eds.), *Treating Addictive Behaviors, Processes of Change*, Plenum Press, New York, 1986, p. 3-27.

PROVINCIEBESTUUR OOST-VLAANDEREN, GEWESTELIJKE
ONTWIKKELINGSMAATSCHAPPIJ VAN OOST-VLAANDEREN en
ECONOMISCHE RAAD VOOR OOST-VLAANDEREN, *Sociaal-economische
situatieschets van Oost-Vlaanderen*, Gent, 1999, 58 p.

PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ en STAD GENT, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor illegale drugverslaafden, Regio Groot Gent*, 1/04/1998, 23 p.

PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ, STAD LOKEREN en DRUGOVERLEG LOKEREN, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor illegale drugverslaafden*, Regio Lokeren, 1/06/1999, 11 p.

PROVINCIE OOST-VLAANDEREN, POPOV-GGZ en STAD GENT, *Convenant Spoed- en Crisisopvang voor Illegale Drugverslaafden, Regio Groot Gent, Verwijsgids*, 1999, tweede uitgave, 18 p.

PYLYSER, K., *Vergadering werkgroep psycho-sociale luik MSOC*, Oostende, 20/12/96, niet gepubliceerd document, 4 p.

RAES, K., *Het recht van de samenleving*, 1999, VUBPRESS, Brussel, 199 p.

RAES, V., LENDERS, F. en GEIRNAERT, M., *Drughulpverlening in Vlaanderen, Feiten en Problemen*, onderzoek in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn, VAD, Brussel, 1995, 144 p. + bijlage.

REASON, P. and ROWAN, J. (eds.), *Human Inquiry: a sourcebook of new paradigm research*, New York, Wiley, 1981, 530 p.

RHODES, T., STIMSON, G., CROFTS, N., BALL, A., DEHNE, K. and KHODAKEVICH, L., "Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment', implications for assessment and response", in *AIDS* 1999, 13 (suppl A), S259-S269.

RHODES, T., STIMSON, G., FITCH, C., BALL, A. and RENTON, A., "Rapid assessment, injecting drug use, and public health.", in *The Lancet*, Vol. 354, 1999, p. 65-68.

RIZIV, *Overeenkomst tussen het comité van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en de Stad Gent, namens zijn Medisch Psycho-Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers (MSOC)*, 01/01/1997, 22 p. + bijlagen.

RIZIV, *Overeenkomst tussen het comité van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en de Stad Oostende, namens zijn Medisch Psycho-Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers (MSOC)*, 08/02/1998, 21 p. + bijlagen.

RILEY, D. and O'HARE, P., "Harm Reduction: History, Definition, and Practice", in INCIARDI, J.A. and HARRISON, L.D. (eds.), *Harm Reduction, National and international Perspectives*, Sage Publications, London, 2000, 224 p.

Samenwerkingsovereenkomst tussen de VAD en het MSOC Gent betreffende de lokale tot provinciale organisatie van spuitenverdeling / -ruil, 29.01.2001.

SCHOKKAERT, E. en VAN DE VOORDE, C., “Interregionale financieringsstromen, defederalisering en solidariteit in de Belgische ziekteverzekering”, in *Acta Hospitalia*, 1998, 4, p. 69-70.

SELENER, D., *Participatory Action Research and Social Change*, Ithaca, New York, 1997, 384 p.

SIPS, K., *Participative Action Research : the role of researcher, organisation and external consultant*, paper gepresenteerd op de 'Conference on Learning and Research in Working Life', Londen, Sweden, 20-23 juni 1994.

SMALING, A., “Argumentatie, coöperatie en caritas in kwalitatief onderzoek”, in SMALING, A., HIJMANS, E. (reds.), *Kwalitatief onderzoek en levensbeschouwing*, Boom, Amsterdam, 1997.

STAD GENT, Burgemeester, *Project Medisch Sociaal Opvangcentrum, Federaal Actieplan Toxicomanie drugs*, goedgekeurd door het College van Burgemeester en Schepenen, Gent, 16 maart 1995.

STAD GENT, *Verslag, Stedelijke Crisisopvangcentrum*, 1 september 1995 tot 30 april 1996, Gent, 1996, 28 p.

STAD GENT, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers, Conventie met het RIZIV, Bezoldiging van het personeel, Goedkeuring*, Gemeenteraad, 16 december 1996.

STAD GENT, *Veiligheids- en Samenlevingscontract 1998*, 65 p.

STAD GENT, *Afsprakennota De Sleutel – MSOC*, niet gepubliceerd document, Gent, 14/12/1998, 4 p.

STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1997, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1998, 68 p.

STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1998, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 1999, 73 p.

STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 4 Alternatieve Maatregelen, V.Z.W. De Kiem*, Gent, 2000, 38 p.

STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 4 Alternatieve Maatregelen, V.Z.W. De Sleutel*, Gent, 2000, 24 p.

STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, Straathoekwerk*, Gent, 2000, 28 p.

STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 1999, Luik 3 Drugs, MSOC*, Gent, 2000, 43 p.

STAD GENT, Dienst Sociale Zaken en Huisvesting, *Project Straathoekwerk, Jaarverslag 1999*, Gent, 2000, 65 p.

STAD GENT, Drugcoördinator, *Open Vergadering Drugbeleid, een verslag*, Gent, 14 juni 2000, niet gepubliceerd document, 14 p. + bijlagen

STAD GENT, *Grootstedenbeleid, projectdossier 2000*, ten behoeve van de heer Charles Picqué, Regeringscommissaris voor het Grootstedenbeleid, Gent, 2000, 74 p.

STAD GENT, Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, *Jaarrapport Preventieraad 2000, Luik 1 Preventie, Integratie Migranten*, Gent, 2001, 60 p.

STAD OOSTENDE, *Veiligheidscontract; Drughulpverlening, Oprichting Medisch Sociaal Onthaalcentrum, Voorstel: goedkeuring*, Gemeenteraad, 28 april 1995.

STAD OOSTENDE, *Crisisnetwerk, Vademecum*, Oostende, 1998, 10 p. + bijlagen.

STAD OOSTENDE, *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999, 14 p. + bijlage.

STAD OOSTENDE, *Veiligheids- en Samenlevingscontract 1999*, 38 p. + bijlage.

STAD OOSTENDE, Dienst Preventie, *Jaarverslag MSOC 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000, 19 p.

STAD OOSTENDE en OCMW OOSTENDE, *SIF-plan*, Sociaal Impulsfonds, Oostende, 1997-1999, 185 p.

STAD OOSTENDE, *Jaarverslag MSOC Oostende 2000*, niet gepubliceerd document, s.l.n.d.

STAD OOSTENDE, *Goedkeuring samenwerkingsovereenkomst VAD – Stad Oostende*, Uittreksel uit het notulenboek van de vergadering van de Gemeenteraad, 22 juni 2001, 4 p.

STEINBERG, M., “Life Tables Examples”, in *SPSS advanced statistics 7.5.*, SPSS, Chicago, 1997, 579 p.

STEWART, D., GOSSOP, M., MARSDEN J. and STRANG J., “Variation between and within Drug Treatment Modalities, Data from the National Treatment Outcome Research Study (UK)”, in *European Addiction Research*, 2000, 6, 3, p. 106-114.

STIMSON, G.V., DES JARLAIS, C. and BALL, A.L., *Drug injecting and HIV Infection*, WHO, UCL, London, 1998, 294 p.

STRAIN, C.E., "Beginning and Ending Methadone Dosing", in STRAIN, C.E. and STITZER, M.L. (eds.), *Methadone Treatment for Opiate Dependence*, John Hopkins University Press, Maryland, 1999, 334 p.

STRUYVENBERG, A., VAN DEN BRINK, W. en GOPPEL, M.A., "Het medisch perspectief van druggebruik", in BLOM, T., DE DOELDER, H. en HESSING, D.J. (reds.), *Naar een consistent drugsbeleid*, Sanders Instituut, Deventer, 1996, p. 23-34.

STRYNCKX, S., *Onderzoeksproject: Doorstroom naar de psychiatrische sector*, onderzoeksproject uitgevoerd in het kader van de stage bij VOS vzw, Gent, 2000-2001, 21 p.

TODTS, S., *Schadebeperkend denken in de drughulpverlening*, niet gepubliceerd document, 1996, p. 1-30.

TUCKER, J.A., "Reformulating the addictive behavior change process: Changing addictive behavior: Historical and contemporary perspectives", in TUCKER, J.A., DONOVAN, D. and MARLET, A. (eds.), *Changing addictive behavior, Bridging clinical and public health strategies*, Guilford, New York, 1999, 1-44.

UNDCP, *"Drug abuse rapid assessments and responses"*, UNDCP, Vienna, 1999, 47 p.

VAD, *Doorverwijsgids*, Brussel, losbl., 64 p.

VAD, *VAD-beleidsplan 1996-2000*, VAD, Brussel, 1996, 44 p.

VAN AKEN, J.E. en BAGCHUS, P.M., "Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg", in *Acta Hospitalia*, 1997, 1, p. 59-64.

VAN BAELEN, L. en WYDOODT, J.P., "Uniforme registratie binnen de Vlaamse drughulpverlening", in *Nieuwsbrief Verslaving*, 1998, 6, 16 p.

VAN BOUCHAUTE, J., "Voorgesteld: MSOC Gent", in *Proventief+, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2000, 8, p. 26-27.

VAN BRUSSEL, G., "Druggebruik van jeugd tot geriatriesch probleem, een samenvatting", in DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FLAVEAU, A., DE LEENHEER, A., CARLIER, F., NOIRFALISE, A. en PELC, I. (reds.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^{ste} eeuw*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, p. 161-163.

VAN CAUWENBERGHE, K., "Geïntegreerd beleid op lokaal niveau", in DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FLAVEAU, A., DE LEENHEER, A., CARLIER, F.,

NOIRFALISE, A. en PELC, I. (reds.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 2000, p. 173-217.

VAN DAELE, L., CASSELMAN, J., DEBBAUT, D., DE RUYVER, B., ETIENNE, M., GILLET, I., NOIRFALISE A. en PASSCHYN, L. *Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gegevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie*, Opdrachtgever: Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven, Université de Liège, 1996, 617 p.

VANDENBOSSCHE, D., “Een drugbeleid zonder taboes”, in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, CH. (red.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1998, p. 203-210.

VANDENBUSSCHE, E. en WYDOODT, J.P., *Vlaamse Registratie Middelengebruik, Registratiegegevens 1998*, VAD, Brussel, 1999, 87 p.

VANDER BEKEN, T., “Verslag van de werkgroep”, in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, CH. (reds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1998, p. 219-222.

VANDERKREEFT, P. (red.), *De Sleutel 25 jaar, Sleutelvragen voor 2000*, Congresboek, De Sleutel, Merelbeke, 1999, 88 p.

VANDER LAENEN, F., “Een drugbeleid in Gent, een stand van zaken van de werkgroepen”, in *Proventief+*, *Nieuwsbrief rond preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2001, 9, p. 14-18.

VANDERPLASSCHEN, W., DE BOURDEAUDHUIJ, I. en VAN OOST, P., *Eindrapport Onderzoeksproject Case Management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding, Onderzoek in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ, Universiteit Gent, Gent, 1999, 131 p.

VANDERPLASSCHEN, W., “De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening, Overzicht van alle nieuwe aanmeldingen tussen februari en september 1999”, in *Proventief +, nieuwsbrief preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, 2000, 6, p. 3-10.

VANDERPLASSCHEN, W., MOSTIEN, B., CLAEYS, P., RAES, V. en VAN BOUCHAUTE, J., *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik*, in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en Popov-GGZ, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, Gent, 2001, 62 p.

VAN DER WILT, H., RIEPEMA, A. en VAN GELDEREN, A. (reds.), *Adresgids verslavingszorg 1998-1999*, Trimbos instituut, Utrecht, 1998, 175 p.

VAN DEUN, P., "Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen", in C. MENSINK en I.P. SPRUIT (reds.), *Verslaving 1998, over gebruik en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Diegem, 1999, 170 p.

VAN DEUN, P., "Hulpverlening aan drugsverslaafden: van verscheidenheid naar continuïteit", in DE RUYVER, B. en DE LEENHEER, A. (reds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1994, p. 203-212.

VAN DEUN, P., "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", in DE RUYVER, B., VERMEULEN, G., FLAVEAU, A., DE LEENHEER, A., CARLIER, F., NOIRFALISE, A. en PELC, I. (reds.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^{ste} eeuw*, Drugbeleid 2000, Antwerpen, Maklu - Antwerpen, p. 503-522.

VANDEURZEN, J., "De eerste prioriteit: meer coherentie in het drugbeleid", in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, CH. (red.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1998, p. 211-217.

VANDEVELDE, S. en VANDERPLASSCHEN, W., *Drughulpverlening aan allochtonen, Een exploratief onderzoek naar methodieken bij begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*, Een onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000, 85 p.

VAN REGENMORTEL, T., *Maatzorg, een methodiek voor het begeleiden van kansarmen*, Acco, Leuven, 1996, 188 p.

VANVELTHOVEN, L., in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A. en FIGIEL, CH. (reds.), *Drugbeleid 2000*, Antwerpen, Maklu, 1998, p. 177-182.

VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Drugsplan 1995, fase 1, Medisch Sociale Opvangcentra*, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Brussel, 1995, 51 p.

VAST SECRETARIAAT VOOR HET PREVENTIEBELEID, *Korte stand van zaken van de MSOC's, Vlaanderen*, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Brussel, 1997, niet gepubliceerd document, 5 p.

VENTHUN, U., RASCHKE, P. and KALKE, J., "Methadone Therapy in Hamburg", in *European Drug Research*, 1995, 2, 1, p. 99-105.

Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, 5 juni 1997, *Gedr. St. Kamer*, 1996-97, 1062/1, 1023 p.

VLAAMSE RAAD, *Beleidsbrief, Gezondheidsbeleid, Kwaliteit als hefboom voor een Vlaams gezondheidsbeleid*, Vlaamse Raad, Brussel, 1996, 61 p.

VLAAMSE REGERING, Besluit van de Vlaamse Regering houdende de subsidiëring van de organisatie van een spuitenverdeling / -ruil in Vlaanderen, Brussel, 15.12.2000, 5 p.

VRANKEN, J., GELDOLF, D. en VAN MENXEL, G., *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1995*, Acco, Leuven, 1995, 318 p.

VRANKEN, J., GELDOLF, D. en VAN MENXEL, G., *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 1997*, Acco, Leuven, 1997, 406 p.

VRANKEN, J., GELDOLF, D. en VAN MENXEL, G., *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 1998*, Acco, Leuven, 1998, 392 p.

VRANKEN, J., GELDOLF, D. en VAN MENXEL, G., *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1999*, Acco, Leuven, 1999, 431 p.

WAAL, H., "Overstating the case, Methodological comments on 'The effects of harm reduction in Amsterdam by Buning and van Brussel' ", in *European Addiction Research*, 1997, 4, 3, p. 199-204.

WERKGROEP SAMENWERKING POLITIE, JUSTITIE, PREVENTIE EN HULPVERLENING, *Inventaris vragen en antwoorden justitie – drughulpverlening*, niet gepubliceerd document, Gent, 19 april 2001, 32 p.

WES, *Voorbereidende analyse ten behoeve van het nieuwe SIF-plan*, onderzoek in opdracht van het stadsbestuur Oostende, s.l., 1999, 40 p.

WHO, UNDCP, EMCDDA, *Workbooks Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder, Framework Workbook*, s.l., 1998, 24 p.

WHO, UNDCP, EMCDDA, *Workbooks Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Outcome Evaluations, Workbook 7*, s.l., 1998, 100 p.

WHYTE, W.F. (ed.), *Participatory Action Research*, Sage Publications, Newbury Park, 1991, 247 p.

X., *Je wordt als junk behandeld*, Verslag van een aantal Focus-groups onder cliënten van het Boumanhuis en de Stichting Symbion, Consonant, Rotterdam, niet gepubliceerd document, 1997, 30 p.

3. INTERNET

Communicatie van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement betreffende een Actieplan van de Europese Unie inzake Drugsbestrijding (2000-2004); URL: www.europa.eu.int.

HARIGA, F., "Brief country reports: Belgium", in: 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

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

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

STAD GENT, Wonen en leven, Kansarmoedeatlas Gent, URL: www.gent.be/gent/wonen/kansarmo/atlas/index.htm

STEUNPUNT WERKGELEGENHEID, ARBEID EN VORMING, *Jaarboek 1999*, KULeuven, URL: www.kuleuven.ac.be/stwav/s...ost98/besluit_oost-Vlaanderen.htm.

VLAAMSE OVERHEID, *Vlaamse statistieken, basiskaart Vlaanderen*, URL: www.vlaanderen.be/ned/sites/statsistiek/index.html.

4. ANDERE

Cijfergegevens straathoekwerk Gent - Vlastrov 1999 – 2000.

Cijfergegevens straathoekwerk Oostende -Vlastrov 2000.

BOSMAN, G. en BULLENS, F., Interviews met sleutelfiguren, Gent, 1999-2000.

BOSMAN, G. en BULLENS, F., Interviews met sleutelfiguren, Oostende, 1999-2000.

BOSMAN, G. en BULLENS, F., Focusgroepen, Gent, 2001.

BOSMAN, G. en BULLENS, F., Focusgroepen, Oostende, 2001.

Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Gent, 2000.

Client Satisfaction Questionnaire, MSOC Oostende, 2000.