

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1995-1996

7 FEBRUARI 1996

BELEIDSBRIEF

Drugnota

ingediend
door mevrouw Wivina Demeester-De Meyer,
Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid

Over drugs kan je praten
en weten dat roes
nimmer echt bevrijdt

Op school kan je groot zijn
en weten dat dit kan
in heel kleine dingen

In jezelf moet je geloven
en weten dat je meer kan
dan enkel erbij horen

Op het gezin kan je steunen
en weten dat het jou om-geeft
en echt om jou geeft

De vreugdes van het leven
kan je langzaam plukken
morgen komt een nieuwe dag

Wivina Demeester
25.01.96

INHOUDSTAFEL

	Blz.
O. INLEIDING.....	4
I. CONTOUREN VAN HET DRUGBELEID	5
1. Schets van de drugproblematiek.....	5
2. Korte historiek van het reeds gevoerde beleid	6
3. Uitgangspunten voor het toekomstig Vlaams drugbeleid	7
II. DE BESTAANDE INITIATIEVEN.....	8
1. Het preventieaanbod.....	8
2. Het hulpverleningsaanbod.....	11
III. KNELPUNTEN	14
1. Inzake preventie	14
2. Inzake hulpverlening.....	14
IV. EEN VLAAMS ACTIEPROGRAMMA	15
1. Uniforme registratie	15
2. Preventiedatabank.....	15
3. Regionale programmatie en onderlinge afstemming	16
4. Vorming van beginnende preventiewerkers	16
5. Deskundige intermediairen	16
6. Overleg, coördinatie en samenwerking op provinciaal niveau	17
7. ‘Opkickers’ voor jongeren.....	17

O. INLEIDING

Er gaat geen dag voorbij of we worden via de media geconfronteerd met het gebruik van drugs en met de al of niet nadelige gevolgen ervan.

Bestaat er nog een drugvrije school in Vlaanderen ? Zijn jongeren werkelijk dagelijks bedreigd met het spookbeeld van het illegaal druggebruik ? Het verhaal van Kim Saadeldin heeft Vlaanderen beroerd met zeer verscheiden gevoelens. Emotionele verhalen van een zelfhulpgroep van ouders van drugverslaafde jongeren, bezoeken aan crisisen therapeutische centra en diverse contacten met verslaafden, ex-verslaafden en hulpverleners vormen het uitgangspunt van deze beleidsbrief.

Of de wetenschap en de praktijk ons het antwoord of de oplossing kunnen geven ? Nog niet. Maar de lectuur van vele documenten en de bevindingen van de Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen waren voor ons een leidraad.

Een relevante bron van empirische informatie die echter nog moet worden ontsloten ligt in het bereik van de professionelen die dagelijks in de preventie of hulpverlening actief zijn. Hoe is hun dagindeling in relatie tot hun verschillende taken ? Welke zijn de effecten van hun interventies ? Zijn er normen en criteria voorhanden die de keuze voor deze of gene therapie, activiteit, doorverwijzing, ... verantwoorden ? Staat de energie die aan intern werkoverleg en aan externe samenwerkingsafspraken wordt besteed in een juiste verhouding tot de beoogde effecten ... ?

In hun studie komen Lenders en Wydoodt¹ tot o.m. volgende conclusies :

- Het alcoholgebruik per hoofd van de Belgische bevolking, is gedaald in de periode 1980-1994.
- Een toenemende groep jongeren drinkt in vergelijking met 1990 nooit alcohol.
- Het gemiddelde gebruik van geneesmiddelen per hoofd van de bevolking is sinds 1980 gestegen.
- Pijnstillers zijn veruit de meest gebruikte medicamenten door de schoolgaande jongeren, zowel in de jaren '80 als in de jaren '90.
- Het probleemgebruik bij schoolgaande jongeren van kalmeer-, slaap- en pepmiddelen lijkt in de loop van de jaren miniem te zijn.
- Heel waarschijnlijk is er m.b.t. de frequentie van het gebruik van illegale drugs bij jongeren in 1994 niet veel veranderd in vergelijking met 1980. Deze bewering kan echter niet empirisch aangetoond worden.
- Cannabis is veruit het meest populaire middel bij de schoolgaande jeugd.

– Het gebruik van heroïne bij de schoolgaande jeugd is vrijwel onbestaande.

Deze bevindingen over evoluties en trends staan in een eerder schrill contrast met de opvattingen die in de publieke opinie leven. Zo lijkt het er op alsof overal waar jongeren samenkomen, drugs worden gebruikt. Ouders en opvoeders raken daardoor in een paniekstemming of zijn op z'n minst heel bezorgd. Wellicht is de publieke opinie sterk beïnvloed door de herhaalde vaststellingen dat illegale drugs anno 1995 kennelijk heel vlot verkrijgbaar zijn, daar waar voorheen de drughandel geassocieerd werd met de grootste geheimzinnigheid en clandestiniteit, heel marginale milieus en onbeheersbare criminaliteit. Castermans, een straathoekwerker² stelt in een interview : "Vergeleken bij het abusieve gebruik van alcohol en geneesmiddelen, waarvan de kwalijke gevolgen ook niet mis zijn, wordt de drugproblematiek zeker overdreven."

Een waarheidsgetrouw beeld van de omvang en van de frequentie van het gebruik van illegale drugs is noodzakelijk maar wordt zeer bemoeilijkt. Statistieken, wetenschappelijke onderzoeksgegevens en ander cijfermateriaal leiden nauwelijks tot onomstootbare conclusies omdat meetprocedures en onderzoeksmethodieken heel verschillend zijn en verschillend worden toegepast, zodat een correcte interpretatie van het onderzoeksmateriaal nauwelijks haalbaar is. Voor voorzichtige wetenschappers sluit het evenwel de mogelijkheid niet uit om trends te onderscheiden, zoals hierboven aangehaald.

"Er gaat vrijwel geen dag voorbij of via de media vernemen we alarmerende berichten over drugs, druggebruik en drugtoerisme. Vooral het druggebruik bij jongeren verontrust de publieke opinie. Over aard en omvang is in feite weinig geweten ... Geen wonder dat heel wat stereotypen de ronde doen en een alsmaar sterker leven gaan leiden."³

Hiermee is aangegeven dat er zeer waarschijnlijk een kloof gaapt tussen de werkelijkheid van het gebruik van illegale drugs en de perceptie van die werkelijkheid. Daartegenover staat dat het probleem zichtbaar aanwezig is en er allerm minst reden kan zijn om te berusten en de problematiek niet aan te pakken.

In deze beleidsbrief gaan we daarom verder op deze werkelijkheid in en geven we aan hoe Vlaanderen daarop een beleidsmatig antwoord zal verstrekken.

1 LENDERS, F. en WYDOODT, J.P. , Alcohol, illegale drugs en medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen. Acco Leuven, V.A.D., Brussel, 1995.

2 Knack, 12 oktober 1994, p. 35.

3 Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Vlaamse Regionale Indicatoren 1995. Uitgave 1996.

I. CONTOUREN VAN HET DRUGBELEID

1. Schets van de drugproblematiek

1.1. Vaststellingen

In de inleiding werden reeds een aantal trends weergegeven, maar hieronder laten we nog een aantal andere onderzoekers aan het woord. Zo wordt het beeld van de werkelijkheid steeds genuanceerder.

Vooreerst wat het druggebruik bij jongeren betreft.

Zonder de zaken nodeloos te willen dramatiseren moet onder ogen worden gezien dat ongeveer één op tien jongeren wel eens drugs gebruikt en 2,5% dit regelmatig (minstens eens per week) doet⁴. Verder ook dat de jeugd op steeds jongere leeftijd kennis maakt met drugs en dat het gebruik met de leeftijd toeneemt⁵.

Een bijkomende vaststelling in dit verband is het feit dat er zich binnen sommige jongerensubculturen een verschuiving voordoet waarbij het gebruik

van illegale drugs systematisch wordt geïntegreerd in het uitgaansleven. Voor wie er bij wil horen en niet wil onderdoen voor de vrienden, is de stap naar druggebruik gauw gezet. Hoe jonger men is, hoe meer men cannabis gebruikt. Hoe ouder, hoe groter het gebruik van cocaïne en heroïne wordt. Bij gebruikers zitten beduidend meer jongens dan meisjes⁶.

Het gebruik van drugs is uiteraard geen exclusiviteit van jongeren ; het is terug te vinden bij alle leeftijdscategorieën en buitenlands onderzoek geeft zelfs een veroudering aan van de harde kern van druggebruikers.

Uit de verschillende studies blijkt dat er ook een verschillend gebruik is naargelang de provincie. In de provincies Oost- en West-Vlaanderen blijkt dat van jongeren tussen de 14 en 18 jaar, 95% nog nooit drugs heeft gebruikt.

In Groot-Antwerpen, Mechelen en Limburg stelt 85% van de bevraagde jongeren nooit drugs te hebben gebruikt⁷.

OOIT-GEBRUIK ALLE MIDDELEN

PLAATS	cannabis	XTC	Speed/ amfetamines	LSD	snuifmiddelen	cocaïne	opiaten heroïne
Oost-Vlaanderen	3,6%	–	5% (£)	0,9%	0,9%	0,3%	0,5%
West-Vlaanderen	3,2%	–	1,1% (£)	-	-	-	-
Vlaanderen	3,6%	–	0,2%	0,2%	0,6%	0,1%	0,2%
Groot-Antwerpen	10%	–	2,7%	3%	2,4%	1,5%	0,4%
Mechelen	13,4% hasj 10,2 % marihuana	4,1%	2,8%	1,9%	-	1,3%	0%
Limburg	10%	4,5%	3,5%	3,5%	2,1%	2,0%	1,5%

Een andere vaststelling is dat er zich bij sommige gebruikers een evolutie in middelengebruik voordoet. Niet zelden wordt gestart met cannabis en XTC om later over te schakelen op hardere produkten. Niet alle zachte druggebruikers worden harde, maar alle harde begonnen als zachte. Dit is op puur farmacologische of biologisch-toxische

basis niet te verklaren maar blijkbaar zijn er psycho-sociale mechanismen werkzaam die deze overgang bevorderen. Met andere woorden, de kans bestaat dat 'onschuldig experimenteelgedrag', dat vaak te situeren is binnen de zoektocht naar een eigen identiteit, uiteindelijk leidt tot verslaving.

1.2. Het druggebruik treft de hele samenleving

Bestaande onderzoeksbevindingen laten toe te besluiten dat het gebruik van illegale drugs en de gevolgen ervan de hele samenleving treffen en gepaard gaan met veel menselijk leed (bij de gebruiker zelf, zijn/haar ouders, familieleden, enz.) en met een enorme maatschappelijke kostprijs.

Drugs lijken meer en meer impact te hebben op diverse domeinen van het maatschappelijk leven, o.a. op de verkeersveiligheid, de verspreiding van bepaalde ziekten (o.a. aids), de criminaliteit, enz.

Zo blijkt uit de bevindingen van verkeerscontroles dat het begrip 'rijden onder invloed' niet alleen alcohol betreft. Steeds vaker worden sporen van

4 LISO EN CAT Gebruik van tabak, alcohol, drugs, medicatie en gokgedrag bij jongeren, Hasselt, Provincie Limburg, Afdeling Welzijn, 1995.

5 LEMMENS, M. , Het druggebruik bij de Vlaamse schooljeugd, een overzicht van recente bevolkingsenquêtes bij schoolgaande jongeren, Journal Club : bijlage bij Het Informatieblad, 1994, 3.

6 Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Vlaamse Regionale Indicatoren 1995. Uitgave 1996.

7 Middelengebruik in Vlaanderen, bevraging van het middelengebruik bij personen tussen 18 en 65 jaar in de Vlaamse Gemeenschap aan de hand van een telefonische enquête, VAD.

drugs aangetroffen in de bloedstalen van gecontroleerde chauffeurs. “Nu blijkt dat illegaal druggebruik voor heel wat verkeersongelukken zorgt, kan men zich afvragen in hoeverre de bevolking drugtesten zou weten te appreciëren. Vlamingen zouden er alvast minder problemen mee hebben dan de overige landgenoten op voorwaarde dat het door de politie wordt opgelegd of wanneer men de test op eigen verzoek kan ondergaan.”⁸

Druggebruik wordt ook meer en meer in verband gebracht met criminaliteit. Het feit dat enerzijds een deel van de delinquenten ook druggebruikers zijn en anderzijds dat ongeveer een derde van de gevangenispopulatie in min of meerdere mate problemen heeft met het gebruik van illegale drugs⁹, draagt bij tot de algemene gevoelens van onveiligheid. Een rationele benadering van deze algemene onveiligheidsgevoelens wordt pas mogelijk als de mist rondom het illegaal druggebruik is opgetrokken. De clandestiene sfeer bemoeilijkt immers het verwerven van wetenschappelijke data, die nochtans onontbeerlijk zijn voor doelgerichte beleidsvoering. Deze optie houdt allerm minst een pleidooi in voor decriminalisering van de drughandel. Wel gaan we er van uit dat het geld dat een samenleving besteedt aan de bestrijding van fenomenen die het samenleven bedreigen, de facto geld is dat niet kan worden geïnvesteerd in maatschappij-opbouwende initiatieven.

Zoals bij elk produkt, spelen ook bij drugs de economische wetten van vraag en aanbod. Enkel werk maken van het wegwerken van het aanbod zal geen oplossing bieden omdat kennelijk geen enkele samenleving er in slaagt dit op een permanente en sluitende wijze te organiseren ; ook het wegnemen van de vraag is daarom noodzakelijk. Dit laatste dient in twee richtingen te gebeuren. Enerzijds is er het preventie- en ontradingsbeleid, waarbij gewzen wordt op de gevaren van drugs en verslaving. Anderzijds moeten ook de oorzaken worden aangepakt. Waarom grijpen mensen naar roesopwekkende middelen ? Vaak liggen eenzaamheid, een tekort aan geborgenheid en aan ‘omgeving’ daaraan ten grondslag. Onze hedendaagse maatschappij kent een hoge graad van individualisme en vereenzaming. Terecht spreekt men dan ook van een ‘IK-maatschappij’. De aanmoediging en ondersteuning van alle vormen van gezinsleven en van leven in verbondenheid kan een primair-preventieve buffer helpen opwerpen tegen deze denigrerende mechanismen. Ook zijn veel mensen niet voldoende weerbaar tegen de hoge prestatie- en consumptiedruk die op hen ligt, wat oorzaak kan zijn van stress en depressiviteit. De behoefte om te vluchten voor deze maatschappelijke druk en uit de eenzaamheid en depressiviteit, werkt het druggebruik evenzeer in de hand.

Bij schoolgaande jeugd en jongvolwassenen spelen nog een reeks andere oorzaken mee. Hoewel wetenschappelijk nog niet onderbouwd, blijkt dat sommige jongeren moeilijk grenzen kunnen trekken en vaak op zoek gaan naar steeds risicovoller situaties en het leven uitdagen enkel en alleen omwille van de kick. Dit moet als signaal ernstig worden genomen. Jongeren leren omgaan met grenzen vanuit en binnen een waardevol levensperspectief is een gedeelde verantwoordelijkheid van gezin, school, vrijetijdsmilieu, omgeving en overheid. Binnen onze vrijetijdsmaatschappij is het aanbod van adequaat uitgebouwde en goed begeleide jongerenwerkingen van cruciaal belang. De nieuwsgierigheid en nood aan experimenteer ruimte, de groepsdruk, de hoge tolerantiegraad van de samenleving, het tekort aan sociale binding en controle, het moeilijk kunnen omgaan met en communiceren van gevoelens, de frustrerende prestatie- en consumptiedruk, de werkloosheid, het tekort aan toekomstperspectieven en aan inspirerende idealen, ... verdienen de uitdrukkelijke aandacht binnen elke jongerenwerking.

2. Korte historiek van het reeds gevoerde beleid

De aanpak van de drugproblematiek dateert niet van vandaag. Reeds een aantal jaren trachten zowel de federale als de Vlaamse overheid een adequaat antwoord te bieden op deze zeer complexe problematiek. De moeilijkheid inzake een globaal drugbeleid wordt mede veroorzaakt door de snel veranderende drugmarkt en het steeds evoluerende consumptiepatroon. Er komen steeds nieuwe drugs die elk hun eigen specifieke uitwerking en neveneffecten hebben. Telkens moet een aangepaste behandeling en therapie worden gezocht. Maar ook de handel en verspreiding van drugs zijn moeilijk in kaart te brengen en wijzigen voortdurend. De prijs van hard drugs is het laatste jaar sterk gedaald.

Op het federale niveau werden in het verleden reeds een aantal initiatieven uitgewerkt inzake drugbeleid. Zo zijn er bijvoorbeeld de veiligheids- en preventiecontracten die sedert enkele jaren met een aantal steden en gemeenten werden gesloten ; er werd vorming opgezet, meestal vanuit Vlaamse voorzieningen (de CGG) voor het penitentiair personeel dat in de gevangnissen met gebruikers wordt geconfronteerd. In februari 1995 werd door de toenmalige federale regering een "actieplan toxicomanie-drugs" voorgesteld.

Op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap werden een tiental jaar geleden de eerste overheidsinitiatieven genomen.

Zo gaat het preventiebeleid, dat een zuiver Vlaamse materie is, terug tot 1987. Vanaf die periode werd er overgegaan tot een gesystematiseerde aanpak van drugpreventie, waarbij ook een tiental preventiewerkeren werden ingeschakeld. Belangrijk is te vermelden dat er enerzijds werd gezorgd voor de aansluiting van de drugpreventie bij de globale aanpak van de gezondheidspromotie door het opnemen van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) in het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie. Anderzijds werd de

8 Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Vlaamse Regionale Indicatoren 1995. Uitgave 1996.

9 VANDENBROUCKE, M. en JOOSEN, B., De problematiek van de illegale druggebruikers in de Belgische gevangnissen ; een stand van zaken op 1 december 1993.

link gelegd naar de curatie, door de preventiewerkers op te nemen in de teams van sommige Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg die op het vlak van behandeling een belangrijke know-how hebben opgebouwd (vb. hiervan zijn het CAD in Hasselt en Altos in Antwerpen).

Daarnaast dienen ook de straathoekwerkers vermeld te worden die vanuit het algemeen welzijnswerk of vanuit kansarmoedeprojecten initiatieven ontwikkelen, vooral naar jongeren toe.

Vlaanderen telt daarenboven een aantal erkende psychiatrische ziekenhuizen, revalidatiecentra, Centra Geestelijke Gezondheidszorg en polyvalente centra (bv. Free Clinic) die zich toespitsen op de curatie.

De Vlaamse Gemeenschap voert ook een informatiebeleid naar de gebruiker en hulpverleners toe, ondermeer via de VAD en de drugtelefoon.

Bij het opstellen van een omvattend drugbeleidsplan is het aangewezen de illegale drugproblematiek te kaderen in een globale preventie- en hulpverleningsaanpak waarbij de aandacht gaat naar zowel alcohol, medicatie als illegale drugs. Deze globale situering belet vanzelfsprekend niet dat specifieke informatie, actie en hulpverlening met betrekking tot illegale drugs worden aangeboden. Aan de basis van dergelijk beleidsplan liggen heldere ethische principes en doelstellingen (cfr. 3.3).

3. Uitgangspunten voor het toekomstig Vlaams drugbeleid

3.1. Een duidelijk standpunt : limieten stellen

Het uitgangspunt van het Vlaams drugbeleid is dat drugs niet kunnen worden gelegaliseerd. Het verbod is geen doel op zich maar een middel ter bescherming van de volksgezondheid. Zowel harddrugs als softdrugs zijn schadelijk en belastend voor de samenleving. Deze visie is ook terug te vinden in het Nederlands drugbeleid, waar hard- en softdrugs niet gelegaliseerd werden en waar zelfs stappen worden terugzet in het gedogen van softdrugs¹⁰.

Drugs belasten niet alleen de gebruiker maar ook zijn omgeving en de ganse samenleving. Vertrekende van de eerbied voor de integrale waarde van de mens moet er van uitgegaan worden dat individuele vrijheid wordt beperkt door de vrijheid van anderen. Elke mens draagt verantwoordelijkheid voor zichzelf en zijn omgeving. Er kan dan ook geen sprake zijn van "een recht op roes" in het teken van de absolute vrijheid van elk individu. Een vrijheid die tot zelfdestructie kan voeren is onaanvaardbaar. De mens leeft bovendien niet alleen, een verslaving raakt niet alleen de persoon maar heel zijn omgeving. De maatschappelijke kost van druggebruik is derhalve zeer aanzienlijk. Individuele vrijheid die de collectieve vrijheid hypothekeert is ontoelaatbaar.

Het is de opdracht van de overheid om de mensen te "overreden" zich zo te gedragen dat deze maatschappelijke kost van de individuele vrijheid aanvaardbaar blijft voor de gehele samenleving. Druggebruik moet dus volledig worden ontraden en kan door de overheid niet worden "gedoogd". Het terugdringen van de vraag naar drugs is integraal essentieel. Dit geldt zowel voor het gebruik van zogenaamde softdrugs als van harddrugs. Zelfs wanneer kan worden aangetoond dat softdrugs minder schadelijk zouden zijn dan nicotine, is tot op heden wel gebleken dat experimenteel gedrag uiteindelijk kan leiden tot verslaving.

De verdeling van verslavende middelen moet daarom krachtig worden bestreden. Dit is uiteraard een belangrijke taak voor justitie. Naast de kordate aanpak van drugdealers en een krachtige ontrading van druggebruik, is een milde houding nodig ten aanzien van de problemen van de druggebruiker en diens ouders of familie. De overheid dient alle mogelijke inspanningen te doen om gebruikers van drugs af te helpen, zelfs te bevrijden.

Hiervoor zijn crisisopvangcentra, ontwenning- en behandelingscentra en gespecialiseerde revalidatiecentra (of therapeutische gemeenschappen) aangewezen, alsook bepaalde diensten binnen de algemene psychiatrische ziekenhuizen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

3.2. Samenspraak en samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen is noodzakelijk.

Het is de opdracht van de Gemeenschappen om deze categoriale diensten te erkennen op basis van de ervaring die deze instellingen reeds hebben opgebouwd op het vlak van drughulpverlening en op basis van een goede regionale spreiding van het zorgaanbod.

Het preventieluik, zowel het ontraden als het terugdringen van de vraag naar drugs is een gemeenschapsluik, waarvoor de Vlaamse minister van gezondheidsbeleid de volle verantwoordelijkheid zal nemen.

Binnen dit stramien moeten alle beleidsverantwoordelijken, in onderlinge verstandhouding maximale inspanningen leveren, als een verplichting aan de samenleving en aan de druggebruiker.

Het curatieluik wordt uitgebouwd door de federale overheid samen met de Vlaamse overheid. Hierin nemen de CGG een taak op, naast de centra gefinancierd door RIZIV-conventies.

Enkel door een gecoördineerde actie van zowel justitie, binnenlandse zaken als van volksgezondheid, welzijnswerk, onderwijs en jeugdwerk kunnen zowel oorzaken als gevolgen van het druggebruik worden bestreden.

3.3. Ethische principes en doelstellingen

Voor de complexe drugproblematiek bestaan geen simpele remedies. Het niet voor handen hebben van miraculeuze therapieën biedt geen alibi voor een noodzakelijk en permanent zoeken naar doel-

¹⁰ Nota "Het Nederlandse drugbeleid in de komende jaren, continuïteit en verandering", goedgekeurd door de Nederlandse regering op 14 september 1995.

treffende werkwijzen om realistische effecten te bereiken. Ook de druggebruikende mens die problematisch functioneert verdient een respectvolle benadering. Dit houdt ondermeer een integrale aanpak in, die ook oog heeft voor onderliggende problemen en de familiale of sociale context van de verslaafde. De drugproblematiek definitief uit Vlaanderen wegwerken, is een onwaarschijnlijkheid die de overheid nochtans niet ontslaat van de plicht om een drugbeleid te voeren. Net zo min kan de gezondheids- en welzijnszorg zich veroorloven – op welk niveau ook – om zichzelf te ontdoen van de verantwoordelijke zorg voor drugslachtoffers op basis van een aan de verslaafde toegedichte ‘zelf-verantwoordelijkheid’.

Kinderen en jongeren hebben het recht op een gezin, een school- en vrijetijdsomgeving die vrij is van drugs en de negatieve gevolgen ervan. Daarom hebben zij ook recht op behoorlijke informatie en voorlichting en op correcte sensibilisering. Zo ook verdienen zij recht op ondersteuning en begeleiding t.o.v. instanties die hen tot gebruik en eventueel misbruik willen aanzetten.

II. DE BESTAANDE INITIATIEVEN

De complexiteit van de drugproblematiek verantwoordt een gedifferentieerd aanbod aan preventie- en hulpverleningsinitiatieven. Zowel op federaal als op gemeenschapsniveau ontwikkelt zich een veelheid aan projecten en voorzieningen, o.m. projecten binnen de veiligheids- en preventiecontracten (nu veiligheids- en samenlevingscontracten), de gevangenissen, het straathoekwerk, de comités voor bijzondere jeugdzorg, de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, het algemeen welzijnswerk, de psychiatrie, de crisis- en therapeutische centra, enz.

Hieronder volgt een overzicht van wat op het vlak van preventie en hulpverlening in Vlaanderen voorhanden is. Deze veelheid van versnipperde initiatieven en acties veronderstelt een kritische benadering en een strikte coördinatie.

1. Het preventieaanbod

De drugpreventie wordt in Vlaanderen opgenomen door meerdere groepen preventiewerkers die vanuit verschillende overheden worden betaald. Zij verschillen niet alleen qua opdrachtgevers maar ook qua methodieken.

De Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen (VAD), de tien preventiewerkers binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en de provinciale preventieplatforms ressorteren onder de bevoegdheid van de Vlaamse minister van gezondheidsbeleid.

Onder de bevoegdheid van de Vlaamse minister van welzijn en gezin zijn in meerdere voorzieningen en initiatieven preventiewerkers en projectwerkers met een preventieve opdracht aangetrokken, nl. binnen het algemeen welzijnswerk, het maatschappelijk opbouwwerk, de migrantenwerkingen,

de bijzondere jeugdzorg. Onder de bevoegdheid van de Vlaamse minister van cultuur biedt het jeugdwerk aandacht aan de problematiek. Onder de bevoegdheid van de Vlaamse minister van binnenlandse aangelegenheden, stedelijke problematiek en huisvesting kennen we de VFIK-projecten. Vanaf 1996 kan hun werking door de gemeenten binnen het Sociaal Impulsfonds worden opgenomen.

Daarnaast werden op het federale niveau door het ministerie van binnenlandse zaken via de veiligheids- en preventiecontracten (nu veiligheids- en samenlevingscontracten) een aantal preventiewerkers toegewezen aan gemeenten. Zij werken deels vanuit de politiediensten, deels vanuit de OCMW's, deels toegevoegd aan bestaande Vlaamse voorzieningen, zoals CGG.

1.1. De Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen (VAD)

De VAD is een koepelorganisatie van diensten die in Vlaanderen werkzaam zijn binnen drughulpverlening en -preventie. Tot haar leden behoren o.a. crisisinterventiecentra, therapeutische gemeenschappen, ontwenningafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerd in alcohol en drugs, dagcentra, organisaties met een preventieve werking en preventieplatforms.

Het VAD-preventiewerk startte begin 1988 vanuit een Richtnota (1987), die werd samengesteld door een groep van deskundigen inzake drugproblematiek. Binnen dit kader werden 10 preventiewerkers (2 per provincie) toegevoegd aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en 2 coördinatoren aan de VAD met de opdracht deze medewerkers te coachen.

Sinds 1995 is de VAD erkend in het kader van de gezondheidspromotie en is als dusdanig lid van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG).

Als voorziening voor alcohol- en andere drugproblemen voorziet de VAD in een aantal functies die specifiek gericht zijn op preventie, nl. :

- Coördinatie van de provinciale overlegstructuren :

De VAD heeft hier een verbindings- en bewakingsfunctie tussen het gemeenschapsniveau en het lokale niveau. In de 5 Vlaamse provincies en in Brussel zijn provinciale preventieplatforms opgericht. Vanuit de beleidsvisie van de Vlaamse overheid moeten zij een driejarenplan uitwerken, op basis waarvan ze, met subsidie van de Vlaamse overheid, een provinciale verantwoordelijke kunnen aanstellen.

De VAD biedt ondersteuning aan deze provinciale werking op het vlak van visie- en conceptontwikkeling, vorming en deskundigheidsbevordering.

De coördinatie van de preventiewerkers, verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg wordt gecontinueerd.

– Deskundigheidsbevordering :

Een basiscursus voor preventiewerkers werd voorbereid in 1995 en een eerste vormingscyclus is gepland in april-mei 1996.

Voor de preventiewerkers verbonden aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg wordt interne vorming georganiseerd.

Verder worden via diverse ad hoc werkgroepen vormingsprogramma's ontwikkeld voor intermediairen : intermediairen in migrantenwerking, lesgivers van socio-culturele organisaties, PMS- en MST-medewerkers, leerkrachten en directies, ... Deze vormingsprogramma's zijn geïntegreerd in bijzondere projecten.

Een "train de trainers" opleiding werd voorbereid rond de methodiek van het motiverend gesprek, gericht naar verschillende sectoren. Jaarlijks wordt een studiedag georganiseerd.

Naast de deskundigheidsbevordering van de preventiewerkers voorziet de VAD ook in vorming van beginnende hulpverleners.

– Gegevensverzameling en rapportage :

Jaarlijks wordt een rapport samengesteld waarin gegevens uit officiële statistieken, bevolkingsenquêtes en 'utilisation'-studies worden samengebracht.

De VAD coördineert en ondersteunt de realisatie van vergelijkbare registratiesystemen in diverse hulpverleningsniveaus en in preventie.

De VAD is als 'sub-focal point' van het Europees Drugsobservatorium verantwoordelijk voor de gegevensverzameling en -verwerking op het Vlaams niveau.

– Implementatiefunctie :

Als ondersteuning van een intersectoriële aanpak van preventie wordt de implementatie van bestaande modellen en concepten op Gemeenschaps- en provinciaal niveau gecoördineerd. Dit omvat onder meer het onderhouden van functionele banden, het inventariseren van noden en het organiseren van vorming en ondersteuning. De sectoren waarin momenteel prioritair worden gewerkt zijn bedrijven en onderwijs.

– Publieksfunctie :

Centraal binnen deze functie staat het documentatiecentrum met folders, brochures, affiches en andere publikaties.

De bibliotheek, ondergebracht in de bibliotheek van het VIG, richt zich zowel naar leerlingen, studenten, leerkrachten als naar gespecialiseerde hulpverleners en preventiewerkers.

Met de doorverwijsgids wordt informatie over gespecialiseerde drughulpverlening gebundeld. De VAD geeft een tijdschrift uit dat in ruime oplage wordt verspreid naar intermediairen.

Daarnaast voert de VAD een aantal projecten uit die vernieuwend van aard zijn of gericht zijn op specifieke doelgroepen of thema's die niet onder te brengen zijn binnen de functies van de D-voorziening, nl. :

* Jongeren en vrije tijd :

Dit project startte in oktober 1994 vanuit de gesignaleerde noden uit de vrijetijdssector, en meer specifiek vanuit jeugdhuizen en jeugdbewegingen. Het project heeft als doelstelling een concept van drugbeleid voor jeugdhuizen en een tweede concept voor jeugdbewegingen, in samenwerking met de sector, uit te werken. Dit project is gekoppeld aan het project 'methodiek jeugdadvisers' dat door de FJIAC wordt uitgewerkt.

Het eerste jaar werden twee handleidingen, een bundel achtergrondinformatie en een spel uitgewerkt. De volgende stap bestaat erin te werken met de koepels en andere organisaties die met de doelgroep van het jeugdwerk contact hebben en ondersteuningspunten voor lokale jeugdhuizen en jeugdbewegingen uit te bouwen via vorming van intermediairen.

* Bijzondere jeugdzorg :

In samenwerking met de comités voor bijzondere jeugdzorg wordt sinds 1992 gewerkt aan drugpreventie in de bijzondere jeugdzorg. Gedurende de eerste drie jaren werd de ontwikkeling van een drugbeleid in de bijzondere jeugdzorg als concept uitgewerkt en nadien via vorming en begeleiding ondersteund. Dit concept werd begin 1995 in een publikatie uitgewerkt.

Eind 1994 werd gestart met concrete methodiektrainingen voor personeel in de bijzondere jeugdzorg rond 'grenzen stellen' en 'motiverend gesprek'.

* Onderwijs :

Alcohol- en andere drugpreventie via het onderwijs kent reeds een lange traditie. De VAD heeft in het verleden lespakketten uitgewerkt voor het onderwijs en sinds 1992 werd 'een drugbeleid op school' als globaal preventieconcept uitgewerkt. Diverse publikaties werden in dit kader uitgegeven : een discussietekst, een begeleidersmap voor pedagogische studiedagen, een draaiboek voor een werkgroep drugbeleid op school en een inventaris van lespakketten en spelen ten behoeve van de leerkrachten. Het concept 'drugbeleid op school' wordt ondersteund door alle onderwijsnetten via de Stuurgroep GVO in het onderwijs.

Scholen kunnen rekenen op steun en begeleiding van preventiewerkers verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Begin 1995 werden scholen met ervaring in dit concept samengebracht op een platform.

Verdere ondersteuning wordt uitgewerkt via de ontwikkeling van een vormingsmodel voor PMS en MST. In de nabije toekomst zal prioritair worden gewerkt aan drugpreventie in de basisschool en zal naar ouderverenigingen, PMS en MST meer systematisch vorming worden opgezet.

* De Druglijn :

Vanuit de toegenomen aandacht voor en zichtbaarheid van de drugproblematiek werd in 1994 een Vlaamse telefoondienst opgestart om het brede publiek, gebruikers en omgeving, intermediairen en professionelen op een zo objectief mogelijke manier informatie te verschaffen omtrent alle aspecten van middelengebruik. Via de Druglijn worden ook antwoorden geboden op vragen naar preventie of hulpverlening. De Druglijn beschikt over een groen nummer en is dagelijks (met uitzondering van zon- en feestdagen) bereikbaar tussen 15 en 21 uur. In het eerste werkjaar was er een duidelijke stijging van de oproepen per maand zowel wat de authentieke gesprekken (van 104 naar 227 gesprekken per maand) betreft als bij oproepen via het antwoordapparaat (van 115 naar 186 per maand). Deze stijging van het aantal oproepen per maand heeft zich in 1995 verdergezet.

Uit het eerste werkjaar kunnen we een aantal markante vaststellingen doen¹¹ :

- ongeveer evenveel vrouwen als mannen contacteren de druglijn (47 % mannen, 53% vrouwen) ;
- jongeren tussen 16 en 25 jaar (38%) en volwassenen tussen 36 en 45 jaar (26%) vormen de grootste groep bellers naar de druglijn. Opmerkelijk is dat bij de jonge gebruikers het voornamelijk mannen zijn die de druglijn contacteren en bij de ouders voornamelijk de moeders ;
- één derde van de bellers belt uit de provincie Antwerpen ;
- de gesprekken draaien voornamelijk rond de kind-ouder relatie, produktinformatie, 32% betreft specifieke hulpvragen en een groot aantal gesprekken gaat over de producten zelf.

	Frequentie	Percentage
marihuana	220	23,6
hasj	154	16,5
LSD	42	4,6
andere		
hallucinogenen	5	0,5
amfetamines/speed	99	10,6
cocaïne	46	4,9
speedball	2	0,2
nicotine	2	0,2
andere stimulantia	7	0,7
wijn	35	5,5
bier	51	3,8
gedistilleerd	24	2,6
barbituraten	3	0,3
opium/morfine	2	0,2
heroïne	50	5,4
tranquillizers	22	2,4
XTC	92	9,9
vluchtige snuifmiddelen	4	0,4
andere	68	7,4
methadon	3	0,3
TOTAAL	931	100,0

Marihuana en hasj komen in de gesprekken die worden gevoerd rond de producten op zich het meeste voor (40,1%). Het zijn hier vooral gebruikers zelf die vragen stellen rond deze producten.

– partners stellen voornamelijk vragen rond alcohol, ook bij personen uit de preventie of hulpverlening zien we in 4 op 5 keer vragen rond alcohol. De “vriend(in)” van de gebruiker stelt vooral vragen rond XTC.

Deze gegevens werden geregistreerd in de eerste 6 maanden van de telefoonpermanentie.

1.2. De preventiewerkers

In 1988 werd binnen de Vlaamse Gemeenschap een structuur uitgewerkt waarbij in elke Vlaamse provincie twee preventiewerkers binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg de opdracht kregen om een meer systematische en gecoördineerde aanpak van preventie van alcohol- en andere drugproblemen te realiseren.

Vanuit dit preventiewerk werd ervoor geopteerd om zoveel mogelijk drugrelevante domeinen en geledingen bij een globale preventie-aanpak te betrekken.

De stijgende aandacht voor de drugproblematiek resulteerde in een groeiend aantal preventiewerkers binnen diverse organisaties met een algemene preventieve opdracht zoals CBJ, JAC, CLG, CGG.

In het kader van de criminaliteitspreventie van het ministerie van binnenlandse zaken werden projecten met preventiewerkers opgestart in Vlaamse steden en gemeenten met drugpreventie als specifieke focus.

De doelstelling van het preventiewerk betreft het verantwoord omgaan van de bevolking met drugs. Naast een persoonsgerichte aanpak werkt het preventiewerk ook aan structurele maatregelen. De structurele ondersteuningsmaatregelen overstijgen vaak het strikte domein van de gezondheid.

De preventiewerkers richten zich voornamelijk naar intermediairen, veldwerkers en verantwoordelijken van diverse doelgroepen in onderwijs, jeugdwerk, gezondheidszorg, bedrijven, ...

De verschillende maatschappelijke geledingen dienen te worden betrokken bij het preventiewerk waarbij het engagement van de betrokkenen in de diverse maatschappelijke geledingen noodzakelijk is voor het welslagen van het preventiewerk.

Zij vormt de voorwaarde tot de garantie voor een correcte probleemdefiniëring, voor het formuleren van haalbare doelstellingen.

De preventiewerkers hebben binnen dit kader een aantal taken te vervullen.

Een eerste taak van de preventiewerkers bestaat in het sensibiliseren van de bevolking zelf en van de intermediairen.

Een preventiebeleid dient te worden opgezet vanuit verschillende maatschappelijke sectoren. Tussen deze verschillende sectoren moet overleg worden gepleegd zodat de verschillende initiatieven op elkaar worden afgestemd. Het opzetten, ondersteu-

11 VAD, Evaluatieverslag De Druglijn, december 1994.

nen en/of coördineren van deze netwerken is een belangrijke taak van de preventiewerkers.

Aan de intermediären verlenen de preventiewerkers advies, ondersteuning en vorming bij de ontwikkeling van de diverse fasen van hun preventief beleid.

1.3. De provinciale drugpreventieplatforms

In het kader van het preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik werd tijdens de vorige legislatuur aan de provincies de opdracht gegeven een provinciaal drugpreventieplatform te creëren, waarin alle betrokkenen bij de alcohol- en andere drugpreventie uit de provincie worden opgenomen.

Aan dit overlegplatform werd gevraagd een driejarenplan uit te schrijven en voor te leggen aan de Vlaamse minister bevoegd voor preventief gezondheidsbeleid.

In 1994 startte in drie provincies, m.n. West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Limburg een dergelijk overlegplatform : eind 1995 startten de provincies Antwerpen en Vlaams-Brabant. De driejarenplannen verschillen inhoudelijk van provincie tot provincie wegens de uiteenlopende situaties op het terrein. Toch zijn er voor de vijf provincies gemeenschappelijke invalshoeken waaronder :

- detectie van hiaten inzake preventie van middelengebruik ;
- coördinatie van preventieve activiteiten ;
- optimalisering van de registratie m.b.t. preventie, middelengebruik en hulpverlening ;
- coördinatie en onderlinge afstemming van curatieve activiteiten en initiatieven.

2. Het hulpverleningsaanbod

2.1. Zelfhulpgroepen

In principe zijn zelfhulpgroepen, groepen lotgenoten die samen een probleem ervaren en die samenkomen om elkaar te steunen in het aanpakken en/of oplossen van dat probleem.

In de zelfhulp kan men diverse soorten onderscheiden. Zelfhulpgroepen verschillen naargelang de specificiteit van de doelgroep, of, ingeval van afhankelijkheidsproblematiek naargelang de aard van het produkt waarvan iemand afhankelijk is geworden.

Men onderscheidt naar groepssamenstelling : gebruikersgroepen, oudergroepen, familiegroepen en kindergroepen.

Naar de aard van het gebruikt produkt wordt onderscheid gemaakt tussen zelfhulpgroepen in verband met :

- alcoholisme ;
- medicatieverslaving ;
- illegale drugverslaving.

Hieronder volgt een kort overzicht van de activiteiten van de zelfhulpgroepen inzake illegale drugverslaving.

– De gebruikersgroepen : “Nieuwgeborenen”

“Nieuwgeborenen” is een zelfhulpgroep voor medicatie- en drugverslaafden. Deze groep wil drugverslaafden helpen om in groepsverband aan zichzelf te werken om opnieuw lichamelijk en geestelijk gezond te worden. Door steun van de groep kunnen de leden herstellen van hun verslaving en deze toestand behouden door via twaalf grondregels een nieuwe levenswijze te vinden.

– Oudergroepen met professionele begeleiding

Twee soorten oudergroepen met professionele begeleiding kunnen worden onderscheiden nl. oudergroepen die kaderen in het geheel van de behandeling van hun kind (zie infra : specifieke behandeling in de revalidatiecentra) en oudergroepen die los staan van de behandeling van hun kind.

Deze laatste oudergroepen richten zich naar ouders en familieleden van jongeren die hetzij hard drugs gebruiken hetzij een combinatie van illegale drugs. De bijeenkomsten verlopen telkens volgens een vast stramien, eerst worden ervaringen uitgewisseld en problemen gesignaleerd. Het tweede deel wordt gewijd aan een rondvraag bij de aanwezigen hoe zij zouden reageren op een bepaalde aanbod gekomen situatie. Tijdens een derde deel komt een specifiek vormings- of informatiethema aan bod.

De ouders van harddrugverslaafden komen in deze zelfhulpgroepen terecht via een ambulant ontweningsprogramma dat gevolgd wordt door hun kind/familielid, de ouders van jongeren die gelijk welk illegaal middel gebruiken worden doorverwezen via huisartsen en/of andere professionele hulpverleners.

Sommige gespecialiseerde centra inzake drughulpverlening richten ook samen oudergroepen op. Dit is het geval in Antwerpen met ADIC, Dagcentrum de Sleutel en Free Clinic (polyvalent centrum).

– Oudergroepen zonder professionele begeleiding

Dit zijn groepen die los staan van een eventuele behandeling en volledig autonoom functioneren, zonder professionele begeleiding. De invulling van de gespreksavonden varieert van groep tot groep. Een belangrijke doelstelling van deze oudergroepen is ervoor te zorgen dat het druggebruik bespreekbaar wordt en blijft binnen het gezin. Een andere doelstelling is informatieuitwisseling en pogingen om een steun voor elkaar te zijn.

2.2. Algemeen welzijnswerk

De polyvalente centra (voor algemeen welzijnswerk) zijn weliswaar niet gespecialiseerd in de begeleiding van drugverslaafden, maar tot hun opdracht behoren ook meerdere elementen van hulpverlening aan druggebruikers.

Eén enkel polyvalent centrum heeft zich specifiek toegelegd op de drugproblematiek, m.n. Free Clinic in Antwerpen.

Naast hun "hotelfunctie" hebben de polyvalente centra voor residentieel welzijnswerk t.a.v. druggebruikers ook opdrachten m.b.t. sociaal-administratieve problemen, inkomensverwerving en psychosociale en praktische vaardigheden. Vaak is het aangewezen samen te werken met meer gespecialiseerde ambulante voorzieningen, waar de drugproblematiek specifieke aandacht kan krijgen.

Binnen de centra voor residentiële crisisopvang komt de drugproblematiek eveneens uitdrukkelijk aan bod. Het opheffen van de crisis is voor deze centra de allereerste opdracht, maar de clienten motiveren om verder te werken aan hun onderliggende problemen is een noodzakelijke tweede stap. De specifieke hulpverlening kan desgevallend opgezet worden binnen het crisisopvangcentrum, maar doorverwijzing naar meer gespecialiseerde hulpverlening is soms aangewezen.

Uit de "Cliëntgegevens 1994 van Thuislozenzorg Vlaanderen VZW" blijkt dat 30,7% van de mannen en 4,7% van de vrouwen, verslaving als één van hun aanmeldingsproblemen vermelden. Voor de mannen vertegenwoordigt dit een toename met 7,9% t.o.v. 1993. Verslaving slaat hier uiteraard in eerste instantie op alcoholverslaving.

2.3. Straathoekwerk

Straathoekwerk is een werksoort die in Vlaanderen voor het eerst intensief werd toegepast in Limburg anno 1985 en daar ook oorspronkelijk gericht was naar illegale druggebruikers. De methodiek werd later ook gebruikt ten aanzien van andere doelgroepen : prostituées, hooligans, thuislozen, maatschappelijk kwetsbare jongeren.

Straathoekwerk is te beschouwen als de meest laagdrempelige professionele werksoort. Men gaat doelgroepen opzoeken in het eigen milieu. De werking of hulpverlening vindt eveneens plaats in dat eigen milieu ; de diverse personen worden positief benaderd en hun situatie wordt integraal bekeken. Het doel van straathoekwerk is niet het opzetten van activiteiten op zich maar de personen aan te zetten zelf initiatieven te nemen, te komen tot een soort van zelforganisatie.

Het straathoekwerk gericht op druggebruikende jongeren kan niet worden vergeleken met 'hulpverlening die erop is gericht de jongeren van hun verslavingsprobleem af te helpen'. Het verminderen van de maatschappelijke kwetsbaarheid van die jongeren is een meer centrale doelstelling. Stoppen met gebruik kan daarin een element zijn. De straathoekwerker is wel goed geplaatst om de jongeren te helpen inzien dat hun druggebruik een factor is die het voor hen moeilijk maakt om uit hun toestand van kwetsbaarheid te geraken en om een gezonder en gelukkiger leven te leiden.

De straathoekwerker gaat op basis van signalen uit de hulpverleningssector gedurende de eerste maanden de buurten verkennen.

In eerste instantie zal de straathoekwerker contact proberen te krijgen met de probleemgroepen om op die manier inzicht te krijgen in de specificiteit van hun situatie. Eenmaal het contact is gelegd,

worden de inspanningen gericht op een poging het emancipatorisch proces op gang te brengen. Op dat moment maakt de straathoekwerker zich kenbaar als straathoekwerker.

In een interview stelt een straathoekwerker¹² : "Straathoekwerk is niet noodzakelijk gediend met gediplomeerden. Een straathoekwerker moet vooral met beide voeten op de grond staan en weten hoe het er in bepaalde milieus aan toe gaat, zonder erbij te horen. Hij of zij moet met de meest uiteenlopende en soms moeilijke karakters kunnen omgaan, zich inleven in een groep maar toch zichzelf blijven en vooral zijn of haar opdracht niet uit het oog verliezen. Zo zijn er inderdaad een antropologe, een psycholoog en sociaal assistenten onder ons, maar ook een slager, een bakker, een loodgieter, een bediende en zomeer. Het zijn bovendien meestal mensen met een gezin."

2.4. Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Bijna alle Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg worden in meerdere of mindere mate geconfronteerd met verslavingsproblematiek. Uit de registratiegegevens blijkt dat in 1993 de centra voor geestelijke gezondheidszorg 3.315 personen hebben opgevangen met een probleem van middelenafhankelijkheid als aanmeldingsklacht. Dit is 7,7% van het totaal aantal aanmeldingen nl. 43.274. Van deze 3.315 aanmeldingen waren 902 personen afhankelijk van illegale drugs, hezij 27%.

De centra kunnen inzake drughulpverlening worden opgedeeld in drie soorten :

- de centra die zich specialiseren in drughulpverlening. Deze situeren zich vooral in de grote steden : CAT te Gent, CAD te Hasselt, Primavera te Brussel, Altos te Antwerpen, Team Alcohol en Drugs te Leuven en een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg te Oostende.

Deze centra bieden aan zwaar verslaafden die ambulant opgevangen kunnen worden een veelzijdige en multidisciplinaire en multimethodische behandeling waarbij zowel de verslaving als de eventuele aanwezige psychopathologie wordt aangepakt.

- de centra die helemaal niet gespecialiseerd zijn, maar waarvan minimaal aangenomen en verwacht wordt dat zij de detectie doen van het drugprobleem en de diagnose stellen. Na het stellen van de diagnose worden cliënten geholpen om het pad naar de specifieke drughulpverlening te vinden ;

- de centra die niet alleen de detectie en de diagnosestelling doen, maar ook de behandeling op zich nemen, naast de andere geestelijke gezondheidsproblematiek. Hun bijdrage wordt beperkt tot de 'lichtere' problematiek : experimenteel of recreatief druggebruik of gevallen waarin het middelengebruik of de verslaving slechts een onderdeel vormt van een dominante psycho-sociale of psychiatrische problematiek.

12 Knack, 12 oktober 1994.

Aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg die geconfronteerd worden met verslavingsproblematiek werden 10 preventiewerkers toegewezen, nl. : Altos Antwerpen, CGG Mechelen, CGG Turnhout, CGG Leuven, Primavera Brussel, CAD Hasselt, CAT Gent, Therapiecentrum Sint-Niklaas, CGG Oostende, CGG Roeselare.

Uit een studie van de VAD blijkt dat de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg niet enkel geconsulteerd worden op eigen initiatief van de druggebruiker zelf of op verwijzing door hun directe omgeving maar dat de patiënten door een breed gamma van voorzieningen worden verwezen. Hierin bekleden de eerstelijnsvoorzieningen een belangrijke plaats.

2.5. In Vlaanderen zijn momenteel 40 psychiatrische ziekenhuizen erkend.

Deze zijn als volgt over de provincies verdeeld : Antwerpen (6), Vlaams-Brabant (10), Limburg (4), Oost-Vlaanderen (13) en West-Vlaanderen (7).

Provincie	Aantal pl. Resid. Crisisopvang	Aantal pl. resident Langdurig prog. in TG	Amb. dagcentra
Antwerpen	15 (ADIC)		2
Vlaams-Brabant		13 (De Spiegel)	1
Limburg		13 (Katharsis)	
Oost-Vlaanderen	12 (CIC De Sleutel)	30 (De Kiem, De Sleutel) 15 (Ovaal)	1
West-Vlaanderen	12 (Kompas)		1

Naargelang de wijze van opvang zijn er verschillende vormen van revalidatiecentra te onderscheiden.

* Revalidatiecentra die een crisisprogramma verschaffen nl. ADIC in Antwerpen, CIC De Sleutel in Gent en Kompas in Kortrijk.

De enige voorwaarde tot opname in een crisiscentrum is in principe dat de verslaafde zelf de wens uit tot afkicken en tot behandeling. Hij moet zelf gemotiveerd zijn om van zijn drugprobleem af te geraken. Met andere woorden de drugverslaafde moet vrijwillig naar het crisiscentrum komen. Een crisiscentrum is in principe een open instelling.

Het doel van de crisisinterventie naar de hulpvragers toe is opvang, verstrekken van acute medische hulp en inventarisatie van de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene in een crisissituatie. Het crisisprogramma vormt een drugvrije setting die afkicken in een veilige en gestructureerde omgeving mogelijk maakt.

* ADIC in Antwerpen en Kompas in Kortrijk bieden naast hun crisisprogramma ook nog een 'kortdurend behandelingsprogramma' aan.

De drughulpverlening in de psychiatrische ziekenhuizen kan min of meer worden opgedeeld in periodes of fasen :

- een periode van detoxificatie, observatie en diagnosestelling ;
- een periode van motivatie naar behandeling toe ;
- een behandelingsfase en ;
- een periode van voorbereiding op het ontslag.

De duur van deze periodes is niet vastgelegd en hangt vooral af van de aard en van de ernst van de verslaving. Evenmin kan worden gesteld dat elk psychiatrisch ziekenhuis dat drugverslaafden behandelt, al die fasen opneemt in haar programma. Afhankelijk van de betrokkenen is de benadering van personen met een verslavingsproblematiek vooral fasegericht, dan wel problematiekgericht. De meer categoriale aanpak kan van bij het begin worden ingebouwd of pas in een later stadium.

2.6. Revalidatiesector

De spreiding van de revalidatiecentra inzake drughulpverlening ziet er als volgt uit :

Het doel van deze behandelingsprogramma's is reïntegratie en resocialisatie van jonge drugverslaafden die gestabiliseerd zijn qua gebruik en ontwenning, doch die verdere behandeling nodig hebben om zonder nood aan verslavende middelen te kunnen functioneren in de samenleving.

* De Spiegel in Brussel, De Kiem in Oosterzele, De Sleutel in Sint-Martens-Latem en Ovaal in Lokeren vormen vier therapeutische gemeenschappen met een langdurend programma dat kan uitlopen tot 18 maanden. Katharsis in Genk heeft een iets kortere programmaduur. Hier wordt een minimum van 6 maanden vooropgesteld.

De therapie situeert zich binnen het kader van de drugvrije hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap. In een eerste fase staat het loskomen van drugs en van de drugwereld centraal. In een tweede fase wordt er gewerkt aan een nieuwe toekomst zonder drugs, aan de bewoner worden dan nieuwe en grotere verantwoordelijkheden toebedeeld binnen de therapeutische gemeenschap. De derde fase van het programma staat in het teken van de reïntegratie.

* Momenteel is slechts één ambulant centrum erkend en gesubsidieerd door het RIZIV, nl. het dagcentrum De Sleutel in Antwerpen.

Een aantal ambulante centra hebben een aanvraag tot conventie lopen, maar werken momenteel zonder conventie.

Deze centra richten zich tot twee doelgroepen ofwel jonge druggebruikers met een korte verslavingscarrière en de al wat oudere druggebruikers met een nog stabiele woonsituatie ofwel druggebruikers die al vele jaren verslaafd zijn en op meerdere wijzen getracht hebben ermee te stoppen maar er nooit in geslaagd zijn. Zij voorzien in specifieke dagactiviteiten en in een individuele begeleiding.

III. KNELPUNTEN

Zowel inzake de drughulpverlening als de drugpreventie tekenen zich een aantal probleempunten af waarmee bij de verdere uittekening van het beleid rekening zal worden gehouden.

1. Inzake preventie

Het belangrijkste knelpunt bij het preventieaanbod is de snelle aangroei van het aantal preventiewerkers vanuit verschillende sectoren enerzijds en het tekort aan ervaring en gevormde deskundigheid bij de verscheidene preventiewerkers anderzijds.

Preventie kan worden gesitueerd op een tijdlijn van probleemwording. Primaire preventie richt zich tot een breed publiek vooraleer enig probleem is ontstaan, en beoogt een grotere weerbaarheid als dam tegen allerlei sociale druk. Secundaire preventie streeft gedragsverandering na bij experimenterende gebruikers terwijl tertiaire preventie zich specifiek richt naar gebruikers en met het oog op het stopzetten van het gebruik en het voorkomen van herval. Het drugpreventiewerk heeft derhalve diverse raakvlakken met andere sectoren zoals : onderwijs, welzijnswerk, jeugdwerk, tewerkstelling, justitie, enz.

Verscheidene professionele groepen begeven zich aldus op het terrein van preventie. Een aantal onder hen krijgen preventie als expliciete opdracht : de comités bijzondere jeugdzorg, de polyvalente centra, enz.

Daarnaast komen er vanuit de veiligheids- en preventiecontracten (nu veiligheids- en samenlevingscontracten), welzijnsprojecten, enz. heel wat preventiewerkers bij.

Deze snelle aangroei van het aantal preventiewerkers heeft de volgende aspecten tot gevolg :

– Versnippering :

Vaak staan deze initiatieven los van elkaar en van wat reeds bestaat, met elk hun eigen structuren, opdrachtgevers, doelstellingen, strategieën. Iedereen geeft een eigen invulling aan drugpreventie, wat op het veld versnippering en onduidelijkheid veroorzaakt.

– Korte termijn versus lange termijn :

De nieuwe preventiewerkers worden meestal onvoorbereid in het veld gestuurd. Ook hun opdrachtgevers hebben weinig achtergrond met betrekking tot preventie. Van deze preventiewerkers wordt verwacht dat ze zeer snel (zichtbare) resultaten kunnen voorleggen. Bijgevolg worden een aantal kortetermijn- (piloot) projecten opgezet. Deze doorkruisen echter de structurele en langetermijnaanpak van de VAD-preventiewerkers. Dit leidt tot demotivatie bij de preventiewerkers en bij de intermediairen.

– Geen overleg :

Afhankelijk van de goodwill van de betrokken veldwerkers worden lokaal afspraken gemaakt en wordt overleg gepleegd. Niemand heeft hiervoor echter een officieel mandaat. Dit betekent in de praktijk dat er wel overleg kan zijn tussen de veldwerkers onderling, maar dat iedereen uiteindelijk toch moet werken binnen de krijtlijnen die zijn opdrachtgever voor hem/haar uittekent.

Er zal bijgevolg dringend werk worden gemaakt van een effectieve en efficiënte samenwerking en coördinatie en van deskundigheidsbevordering en primaire vorming.

2. Inzake hulpverlening

Uit navraag bij de revalidatiecentra naar de effecten van hun therapeutische begeleiding, blijkt daarover weinig statistische zekerheid te bestaan. Enigszins intuïtief wordt een verhouding van 1/3 – 1/3 – 1/3 vooropgesteld. Dit betekent dat ongeveer een derde van de behandelde patiënten zich relatief stabiel en maatschappelijk geïntegreerd weten te handhaven, een tweede derde heeft quasi permanente ondersteuning en begeleiding van doen wegens frequent herval, en voor een laatste derde biedt de therapie geen enkel soelaas. Deze vaststellingen wijzen niet alleen op de ernst en hardnekkigheid van de problematiek, maar eveneens op bijkomende knelpunten :

2.1. – Afwezigheid van een eenvormig registratiesysteem in de drughulpverlening :

elke werksoort beschikt over een eigen registratiesysteem, maar de afstemming van de gegevens van de verschillende werksoorten op elkaar ontbreekt volledig. De uitwerking van een uniform registratiesysteem, dat ook is afgestemd op de gegevensverzameling die wordt opgestart vanuit het Europees Drugsobservatorium, dringt zich op.

– Tekort aan samenwerking :

De verschillende werksoorten hebben vaak geen inzicht in de doelstellingen, inhoud, aanpak en/of visie van elke werksoort afzonderlijk.

De bestaande overlegvormen voldoen niet aan de behoefte en staan vaak te veel in functie van selectie en verwijzing met het oog op het verwerven of weren van cliënten.

– Nood aan vorming en specifieke deskundigheidsbevordering :

Meer opleiding en deskundigheidsbevordering inzake de opvang van drugproblematiek is nodig binnen de diverse werksoorten. Het erkennen van druggebruik, de eerste opvang, het signaleren, het gepast doorverwijzen, enz. vragen naar deskundigheid bij de hulpverleners en de intermediairen.

2.2. De VAD-studie omtrent de drughulpverlening in Vlaanderen (1995) inventariseerde de knelpunten bij de hoger beschreven voorzieningen inzake hulpverlening.

Samengevat komt het hierop neer :

– het probleem van de verzekeringstoestand van de druggebruiker in centra met een RIZIV-conventie ; d.w.z. dat vele cliënten/patiënten geen terugbetaling genieten van hun begeleiding. Daaraan zou vanuit de federale overheid verandering moeten worden gebracht ;

– een tekort aan continuïteit in projectmatige initiatieven wat o.m. tot gevolg heeft dat de werkers onvoldoende ervaring kunnen opbouwen ;

– het arbeidsintensieve karakter van drughulpverlening en de afweging t.o.v. de algemene opdrachten in voorzieningen die niet over een specifieke afdeling of team beschikken.

2.3. Naast deze werksoort-gebonden knelpunten en problemen worden ook werksoort-overschrijdende problemen vastgesteld :

– Algemene versus categoriale aanpak :

De heterogeniteit van de groep van druggebruikers is het meest gebaat met het verder bestaan van een meer algemene benadering én een categoriale benadering. Het is belangrijk beide benaderingswijzen meer op elkaar af te stemmen en te komen tot een duidelijker indicatiestelling : wanneer is welke benadering het meest/minst aangewezen.

Verder is het zo dat elke werksoort afzonderlijk geen totaaloplossing kan bieden voor de verslavingsproblematiek. Elke tussenkomst van een hulpverlener maakt deel uit van een proces in de totale aanpak en/of behandeling dat in onderlinge afstemming dient te verlopen. Het afkicken in de crisisopvang heeft nauwelijks zin als daaraan geen therapeutische begeleiding wordt gekoppeld.

– Gebrek aan resultaatsmeting en procesevaluatie :

Er bestaat weinig wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit en effectiviteit van bepaalde behandelingsvormen in de drughulpverlening. Uitgaande van de visie dat drugverslaving en ontwenning een procesmatig verloop kent, is het van het allergrootste belang meer inzicht te hebben in dat proces en te beschikken over nauwkeuriger indicatie-parameters voor een meer specifieke toewijzing van deze of gene behandelingsvorm.

Vanuit follow-up onderzoek zou eveneens zeer waardevolle informatie kunnen voortvloeien. Daarnaast ontbreken epidemiologische gegevens

om de evolutie in de tijd van de verslavingsproblematiek te kunnen volgen.

IV. EEN VLAAMS ACTIEPROGRAMMA

Na de situering van het drugbeleid, de beschrijving van het actuele aanbod inzake preventie en hulpverlening en de aanduiding van knelpunten, volgt een actieprogramma met op korte termijn te realiseren initiatieven.

Om een efficiënt drugbeleid uit te bouwen is een gefaseerde groei die permanente programma-bijsturing toelaat, te verkiezen. De nog beperkte ervaring en know how inzake preventie en hulpverlening kan worden verrijkt met de evaluatieve gegevens van ondernomen acties. Op basis daarvan kunnen bijkomende impulsen voor verdergaande preventieve en curatieve initiatieven worden afgewogen.

Het Vlaams actieprogramma inzake drugproblematiek zal worden opgebouwd doorheen zeven acties, die jaarlijks zullen worden geëvalueerd met het oog op bijsturing en continuering.

4.1. Uniforme registratie

Actie :

Een éénvormig registratiesysteem ontwerpen en implementeren ten behoeve van en in samenspraak met alle diensten en voorzieningen binnen de intra- en extramurale gezondheidszorg die drughulpverlening organiseren. Dit registratiesysteem zal zijn afgestemd op de gegevensverwerking van het Europees Drugsobservatorium.

Doel :

Onderlinge afstemming van de gegevens van de verschillende werksoorten, zodat systematische resultaatsmeting en procesevaluatie inzake drughulpverlening mogelijk wordt, wat op zijn beurt essentieel is voor de optimalisering van het hulpverleningsaanbod.

Mensen en middelen :

De VAD wordt uitgenodigd om in samenspraak met de Administratie Gezondheidszorg deze actie te ondernemen. Een budget van 5 miljoen fr. wordt voorbehouden en de planning behelst de implementatie van dit registratiesysteem vanaf 1 januari 1997.

4.2. Preventiedatabank

Actie :

Het inrichten en beheren van een centrale databank waarin alle drugpreventieprojecten, vanuit welke werksoort, sector of niveau ook opgezet, systematisch worden opgeslagen en voor consultatie worden ter beschikking gesteld van alle initiatiefnemers in het werkveld.

Hiertoe is ook optimale samenwerking met het federale niveau noodzakelijk.

Doel :

Dank zij de vlotte mogelijkheid om te leren uit elkaars ervaringen (cfr. de druglijn opgezet en gefinancierd in Vlaanderen, ook ten dienste van het federaal beleidsniveau), de efficiëntie en de effectiviteit van drugpreventieprojecten verhogen. Het opzetten van dergelijke projecten vraagt immers vaak heel wat voorbereidend studie-en veldwerk en wetenschappelijke ondersteuning, waarvan de effecten kunnen gemultipliceerd worden door de particuliere ervaringen en inzichten aan iedereen ter beschikking te stellen.

Mensen en middelen :

De Administratie Gezondheidszorg kan voor deze actie instaan. Er wordt een budget voor werkingsmiddelen ten belope van 2 miljoen fr. voorbehouden, zodat de preventiedatabank operationeel zal zijn per 1 januari 1997.

4.3. Regionale programmatie en onderlinge afstemming**Actie :**

De ontwikkeling en gefaseerde invulling per regio van een adequaat aanbod m.b.t. drugpreventie en -hulpverlening. Met name de blinde vlekken, hiaten en overlappende activiteiten of initiatieven dienen te worden weggewerkt.

Doel :

Het aanbod oriënteren op :

- een offensieve preventiestrategie naar de gehele bevolking van de regio toe ;
- een toegankelijk, laagdrempelig, kwaliteitsvol, gedifferentieerd en integraal hulpaanbod op maat van de client, waarbij de hulp wordt geboden op het niveau waar tegen de geringste kostprijs de noodzakelijke kwaliteit kan worden geboden.

Mensen en middelen :

Deze actie steunt op diepgaand werkoverleg en solide samenwerkingsverbanden tussen gezondheidszorg, welzijnswerk, justitie, onderwijs en jeugdwerk. Partners zijn ziekenhuizen, revalidatiecentra (therapeutische gemeenschappen), psychomedische centra, medisch schooltoezicht, politionele overheden, polyvalente centra in het algemeen welzijnswerk, OCMW, jongerenwerkingen, gemeentelijke overheden, ... Bepaalde centra die zich specialiseerden in drughulpverlening en/of -preventie zullen worden uitgenodigd om deze actie op te zetten op permanente basis, voor zover zij kunnen aantonen op basis van een plan en hun werkervaring dat zij efficiënt en effectief drugpreventie en -behandeling kunnen organiseren. Een budget van 20 miljoen fr. wordt voor het eerste werkingsjaar voorbehouden voor de gefaseerde realisatie van deze regionale programmatie. De centra zullen worden uitgenodigd hun aanvraag met bijhorend plan in te dienen vóór 30 april 1996.

4.4. Vorming van beginnende preventiewerkers**Actie :**

Het opzetten, uitbouwen en begeleiden van vormingsmodules voor beginnende preventiewerkers.

Doel :

Uitgaande van de vaststellingen dat :

1) op het terrein van de drugpreventie een aanzienlijk aantal projecten wordt opgestart, stopgezet, heropgenomen, vermenigvuldigd ... en dit vanuit verschillende invalshoeken (hulpverlening, justitie, binnenlandse zaken ...) ;

2) deze functies heel vaak worden opgenomen door zeer gemotiveerde maar pas afgestudeerde hulpverleners die uiteenlopende basisopleidingen genoten en vaak methodisch en werkinhoudelijk onvoorbereid op de problematiek worden afgestuurd, zullen intensieve vormingsprogramma's worden aangeboden voor al deze beginnende professionele preventiewerkers die in Vlaanderen actief zijn en zullen worden, wie ook hun werkgever of subsidiërende overheid is.

Mensen en middelen :

Aan de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra in de Verslaafdenzorg (de zeven therapeutische gemeenschappen) en aan VLASTROV gaat de uitnodiging om dit vormingsaanbod, waarvan een begeleide stage van één maand in een therapeutische gemeenschap voor elke preventiewerker deel uitmaakt, op te zetten. Voor het eerste werkingsjaar, dat per 1 april 1996 ingaat, wordt 6 miljoen fr. aan personeels- en werkingsmiddelen voorzien.

4.5. Deskundige intermediären**Actie :**

Het aanbieden van vorming en het initiëren van intervisie ten behoeve van intermediären : huisartsen, onderwijskrachten, begeleiders van jongerenwerkingen en jongerenactiviteiten, socio-culturele werkers, hulpverleners, opvoeders, politionele overheden, medewerkers in psycho-medische centra en het medisch schooltoezicht ...

Doel :

Door vorming aan te bieden en intervisie te initiëren de deskundigheid bevorderen van intermediären, zodat ze in staat zijn om in een zo vroeg mogelijk stadium drugproblematieken te detecteren, er adequaat op in te spelen en terzake efficiënt samen te werken.

Mensen en middelen :

Aan de VAD, die intussen een zekere traditie en een waardevolle know how heeft opgebouwd inzake deskundigheidsbevordering, kan een bijkomend budget van 6 miljoen fr. ter beschikking worden gesteld om op het lokale of het regionale niveau deze actie concreet gestalte te geven vanaf 1 april 1996.

4.6. Overleg, coördinatie en samenwerking op provinciaal niveau

Actie :

Het intensifiëren van overleg en samenwerking inzake drugpreventie en -hulpverlening op provinciaal niveau.

Doel :

De “regionale programmatie en onderlinge afstemming” (4.3) inbedden en afstemmen op de doelstellingen en activiteiten van de Provinciale Preventieplatforms die hiermee meteen een verruiming van hun opdrachten, nl. naar hulpverlening toe, toegevoegd krijgen.

Mensen en middelen :

Om deze verruiming van het takenpakket van de Provinciale Preventieplatforms waar te maken wordt een bijkomend werkingsbudget van 1 miljoen fr. per provincie, hetzij 5 miljoen fr. voorbehouden.

Het Vlaams drugbeleid wil niet voorbijgaan aan het feit dat een overgrote meerderheid van de Vlamingen nog nooit drugs heeft gebruikt en dat wellicht ook nooit zal doen.

Het Vlaams actieprogramma omvat dan ook expliciet een initiatief ter ondersteuning en bevestiging van de keuze van zovelen om ‘neen’ te zeggen tegen drugs.

4.7. ‘Opkikkers’ voor jongeren

Actie :

In het kader van de jaarlijkse week tegen drugs (derde week van november) zal de Vlaamse Gemeenschap een jongerenfestival organiseren onder het motto ‘Opkikker ‘96’. Deze happening zal de bekroning vormen van een voorafgaande campagne (die start in september) waarbij alle schoolgaande jongeren zullen worden uitgenodigd om, in klasverband, op een creatieve manier te vertolken waarom zij het belangrijk vinden om ‘neen’ te zeggen tegen druggebruik. De meest creatieve inzendingen zullen op de happening worden beloond met een ‘Opkikker’ ter waarde van 100.000 fr.

Doel :

De actie ‘Opkikker’ wil bovenal een hart onder de riem zijn van de grote – maar veelal zwijgende – meerderheid van jongeren die voor zichzelf besloten hebben neen te zeggen tegen drugs.

Het is bekend dat druggebruik bij jongeren vaak het gevolg is van sociale groepsdruk. Sommige jongeren laten zich verleiden tot een experiment met drugs om ‘erbij te horen’ of ‘om het eens geprobeerd te hebben’. Toch is er nog steeds een grote meerderheid van jongeren die zich niet laat/heeft laten verleiden. Vaak wordt daarop te weinig nadruk gelegd.

Eerder dan deze groep met vermanende vinger te bezweren om niet te zwichten voor drugs (negatieve aanpak), zal de sensibiliseringsstrategie erop gericht zijn om de meerderheid van niet-druggebruikende jongeren te bevestigen in hun houding (positieve aanpak).

Jongeren die ‘erbij willen horen’ krijgen op die manier een expliciet alternatief : waarom zouden ze er niet voor opteren te horen bij de groep van bewuste niet-gebruikers ? Jongeren die via het experimenteren met drugs op zoek gaan naar een kick worden ertoe uitgenodigd om de ‘kick van het druggebruik’ te ruilen voor de ‘opkikker voor het niet-druggebruik’.

Mensen en middelen :

De sensibiliseringscampagne ‘Opkikker ‘96’ zal worden voorbereid en uitgewerkt door de administratie gezondheidszorg, in overleg en samenspraak met VAD en VIG.

De campagne zal starten in september ‘96 en zal verlopen via scholen. De campagne zal uitmonden in een feestelijke happening ‘Opkikker ‘96’ in de derde week van de maand november.

Voor de voorafgaande campagne en de feestelijke slothappening wordt een bedrag van 10 miljoen fr. gereserveerd.

V. BUDGETTAIR PLAATJE

Voor de uitvoering van dit ambitieus Vlaams actieprogramma is voor 1996 een budget van 54 miljoen frank aan bijkomende middelen voorbehouden. Een raming kan als volgt worden voorgesteld :

4.1. Uniforme registratie	5,0 miljoen fr.
4.2. Een preventiedatabank	2,0 miljoen fr.
4.3. Regionale programmatie en onderlinge afstemming	20,0 miljoen fr.
4.4. Vorming van beginnende preventiewerkers	6,0 miljoen fr.
4.5. Deskundige intermediairen	6,0 miljoen fr.
4.6. Overleg, coördinatie en samenwerking op provinciaal niveau	5,0 miljoen fr.
4.7. ‘Opkikkers’ voor jongeren	10,0 miljoen fr.
TOTAAL	54,0 miljoen fr.