DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Bisconceptnota

Betreft: verslavingszorg

Inhoud

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN 1

Conceptnota 1

Betreft: verslavingszorg 1

A. Waarom een conceptnota over verslavingszorg? 3

B. Werven voor de toekomstige verslavingszorg 7

B.1 Zorgcircuits en zorgnetwerken 7

1. Op patiënt-/cliëntniveau flexibele zorgtrajecten op maat uitbouwen 7

2. Op organisatorisch niveau optimaal gebruik maken van bestaande en zich ontwikkelende zorgnetwerken 10

B.2 Goede praktijken, deskundigheid, innovatie en wetenschappelijk onderzoek 11

3. Goede behandel- en zorgpraktijken implementeren 11

4. Verslavingsdeskundigheid bevorderen 13

B.3 Health in all policies 14

5. Afstemmen van het geestelijk gezondheidsbeleid rond verslaving met andere bevoegdheidsdomeinen ('health in all policies') 14

6. Op vlak van financiering 21

B.4 Ervaringsdeskundigheid 22

7. De ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten en hun omgeving valoriseren 22

C. Actiepunten 24

VOORSTEL VAN BESLISSING 26

In deze nota beschrijven we, conform en in uitvoering van het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019[1], onze visie op een toekomstig Vlaams beleid inzake verslavingszorg.
Deze visie zal de basis vormen voor de verdere ontwikkeling van een Vlaams beleid rond verslavingszorg, waarbij we trachten binnen het ruimere kader van de geestelijke gezondheidszorg de Vlaamse bevoegdheden inzake verslavingszorg te harmoniseren in een globaal en coherent beleid.
In deze nota worden de belangrijkste werven voor het ontwikkelen van een Vlaams beleid inzake verslavingszorg toegelicht, en een aanzet tot verwezenlijking van deze werven. Deze conceptnota biedt handvatten om te komen tot een Vlaamse regelgeving betreffende verslavingszorg.

[1] "We onderzoeken of en hoe we het drugbeleid in het geestelijke gezondheidszorgbeleid kunnen inkantelen en stimuleren de verdere uitbouw van voorziening overstijgende zorgprogramma's en samenwerkingsverbanden in de geestelijke gezondheidszorg waarbij specifieke zorgtrajecten uitgebouwd worden voor personen een verslavingsproblematiek", Vlaams Regeerakkoord 2014-2019.

A. Waarom een conceptnota over verslavingszorg?

Door de **zesde staatshervorming** werden heel wat bevoegdheden op vlak van de zorg voor personen met een verslavingsprobleem overgeheveld naar Vlaanderen. Voordien was Vlaanderen al volledig bevoegd voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en de preventie van verslaving. Na de zesde staatshervorming komen daar onder meer de RIZIV-conventies verslavingszorg en andere types revalidatieconventies, het Verslavingsfonds, de Initiatieven Beschut Wonen, de Psychiatrische Verzorgingstehuizen, de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg en diverse structuren op de eerste lijn bij. Ook door de verdere afslanking van de provincies komen bijkomende taken en opdrachten rond zorg voor mensen met een verslaving naar het Vlaamse niveau.

Deze overdracht en centralisatie van bevoegdheden biedt Vlaanderen de opportuniteit om een nieuwe toekomstvisie en een eigen beleid uit te werken voor de zorg voor, en opvang en begeleiding van mensen met een verslavingsprobleem en hun omgeving. Een beleid dat tegemoet komt aan de noden van de patiënt/cliënt en van zijn/haar omgeving, en zich toelegt op goede praktijken, inspeelt op bestaande en nieuwe wetenschappelijke inzichten en innovatie, en rekening houdt met ervaringen van patiënten/cliënten, experten en terreinwerkers.

We vertrekken voor deze conceptnota van een **visietekst** die vorm heeft gekregen in een dialoog tussen de gespecialiseerde verslavingszorg, de brede geestelijke gezondheidszorg, de belendende sectoren (werk, wonen, justitie, welzijn, …) en gestabiliseerde verslaafden en familie-vertegenwoordigers. Deze visietekst beschrijft wat personen met een beginnende of ernstige verslaving nodig hebben, nu en in de toekomst, en werd voorgesteld op een conferentie over verslavingszorg op 30 oktober 2015. De visienota bakent doelstellingen en richtinggevende principes af en eindigt met belangrijke 'werven' voor de toekomst. In deze conceptnota werken we de vernoemde werven verder uit, wat een basis zal vormen voor nieuwe aangepaste regelgeving om het Vlaamse beleid inzake verslavingszorg structureel vorm te geven. Dit zal onderdeel vormen van een **nieuw decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg**.

We werken binnen het afgebakend kader zoals dit in het Vlaams regeerakkoord en de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is opgenomen:
Vlaams Regeerakkoord (2014 -2019): "We onderzoeken of en hoe we het drugbeleid in het geestelijke gezondheidszorgbeleid kunnen inkantelen en stimuleren de verdere uitbouw van voorziening overstijgende zorgprogramma's en samenwerkingsverbanden in de geestelijke gezondheidszorg waarbij specifieke zorgtrajecten uitgebouwd worden voor personen een verslavingsproblematiek."
Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2014 -2019): "Rekening houdend met de bevoegdheidsoverdracht van de verslavingszorg buiten het ziekenhuismilieu zal hieraan specifieke aandacht geschonken worden tijdens een conferentie die deze verslavingszorg in het ruimere kader van de geestelijke gezondheidszorg zal situeren."
"Specifieke aandacht zal gaan naar de psychiatrische noden van personen met een beperking en mensen met een verslaving. De intensieve zorgen die deze mensen nodig hebben, vragen doorgaans de inzet van verschillende actoren."

Met een nieuw beleid inzake verslavingszorg zet de Vlaamse overheid in op een **verbetering van de gezondheid, de levenskwaliteit, en het herstel van iedereen die kampt met een verslavingsprobleem.** Gezondheid en levenskwaliteit interpreteren we daarbij in een breed perspectief, naar analogie met de definities van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)[2].

[2] De WGO definieert gezondheid als 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken'. Levenskwaliteit is voor de WGO 'de inschatting van individuen van hun positie in het leven tegen de achtergrond van de culturele en waardensystemen waarin ze leven, en in relatie tot hun doelstellingen, verwachtingen, normen en bezorgdheden'.

Om deze ambitie waar te maken wensen wij te werken naar een **aansluiting van de huidige 'categoriaal georiënteerde' verslavingszorg bij de ruimere geestelijke gezondheidszorg**. Deze beweging sluit aan bij de erkenning van verslaving als een psychiatrische aandoening met biologische en psychosociale componenten en moet toelaten om te komen tot meer flexibele zorgtrajecten, meer zorg op maat, en meer zorgcontinuïteit voor mensen met een verslaving, die daarenboven vaak nog kampen met andere psychische stoornissen.

We willen de bestaande expertise rond verslavingszorg in Vlaanderen verankeren in een nieuw beleid dat intense en betere samenwerking toelaat met de verschillende diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg en de afstemming faciliteert met andere zorgactoren en partners in belendende sectoren (jeugdhulp, welzijn, justitie, veiligheids- en politionele diensten, wonen …). Uiteindelijk moet deze aansluiting zorgen voor een beter en efficiënter afgestemd zorgaanbod waarbij de zorgcontinuïteit toeneemt en het risico afneemt dat mensen met een verslavingsprobleem tussen de mazen van het net vallen.

Een sterk beleid inzake verslaving is tegelijkertijd gericht op effectieve ontrading via **preventie, hulpverlening en repressie**. De benadering van een verslavingsprobleem situeert zich op een continuüm van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, diverse vormen van hulpverlening ('cure' en 'care'), schadebeperking, maatschappelijke integratie, opvolging en veiligheidsbeleid. Met het Vlaamse beleid willen we (samen met de federale overheid waar nodig) op al deze verschillende elementen inzetten. Zo is de Vlaamse overheid ervan overtuigd dat ook voor de problematiek van verslaving het aloude adagium geldt: 'voorkomen is beter dan genezen'. Preventie neemt een cruciale rol op in ons beleid. Goed geïmplementeerde preventieprogramma's hebben een impact op de verslavingszorg, omdat ze bijvoorbeeld experimenteel risicogedrag uitstellen of voorkomen, waardoor de kans op problematisch gebruik of verslavingsgedrag vermindert. En omgekeerd zorgt een goede aanpak van verslaving dat verdere escalatie en herval wordt voorkomen.

Binnen het **preventieve gezondheidsbeleid** is de bestaande gezondheidsdoelstelling 'het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen' afgelopen. Eind 2016 zal een nieuwe gezondheidsconferentie worden georganiseerd waarin onder meer volgende thema's aan bod komen: voeding, beweging, sedentair gedrag, ondervoeding bij ouderen, eetstoornissen, tabak (inclusief tabaksontwenning), alcohol, drugs, psychoactieve medicatie, gamen en gokken. Hieruit zullen nieuwe gezondheidsdoelstellingen en actiepunten voortvloeien waarmee we een impact op het aantal personen met een verslaving en op de verslavingszorg beogen.

Ofschoon preventie en ontrading via repressie dus zeker belangrijke pijlers zijn, ligt de focus van deze conceptnota **in essentie op de zorg voor en behandeling van** mensen met een verslavingsprobleem om op deze manier een aanzet te geven tot een Vlaamse regelgeving betreffende de verslavingszorg.

De Vlaamse overheid wil een beleidskader creëren voor een **herstelgerichte verslavingszorg**. Herstel van verslavingsgedrag en eraan gerelateerde problemen definiëren we als een individueel proces van positieve verandering, op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling. Het betreft herstel op zowel klinisch, functioneel, maatschappelijk als persoonlijk niveau. Verslavingszorg dient het herstel van mensen met een verslavingsprobleem te ondersteunen en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met actoren uit belendende sectoren en in samenwerking met het informeel en natuurlijk netwerk van de betrokkenen.

Deze conceptnota gaat over verslavingsproblematieken in ruime zin: **het betreft zowel problematisch gebruik van middelen als gedragsverslavingen (gokken, games, internet …)** en ermee gepaard gaande problemen op vlak van lichamelijke en psychische gezondheid, werk, huisvesting, politie-justitie … Weliswaar richten de met de zesde staathervorming overgekomen voorzieningen zich volgens hun conventie vooral naar personen met een verslaving aan illegale drugs. In realiteit

zullen de zorgcircuits en -netwerken (zie verder) zich dan ook in de eerste plaats tot personen met een drugsverslaving (en alcoholverslaving) richten. Al willen we met Vlaanderen ook de keuze maken om ook andere verslavingen hier sterker in mee te nemen.

Het herstel draait rond positieve veranderingen op verschillende levensdomeinen. Op vlak van verslaving zijn verschillende streefdoelen mogelijk. Abstinentie zal niet voor iedereen een realistisch streefdoel zijn. Daarom zetten we voor wie het onmogelijk blijkt om het gebruik los te laten, met verslavingszorg ook in op gecontroleerd of verminderd gebruik, of op het verminderen van de schadelijke gevolgen voor de persoon met een verslavingsprobleem en/of zijn omgeving.

De verslavingszorg heeft **vele gezichten**. Het meest beeldbepalend zijn mensen die door hun langdurig middelengebruik kampen met een veelheid van problemen op verschillende levensdomeinen. Er zijn echter ook andere, op het eerste zicht voor de buitenwereld minder ingrijpende, vormen van verslaving (medicijn-, gok-, gameverslaving …) en bovendien zijn niet alle vormen van gebruik chronisch van aard. Problemen kunnen zich ook situeren bij occasioneel of experimenteel gebruik, bij middelenmisbruik of bij acuut problematisch gebruik. Dat bepaalde verslavingsvormen of occasionele problemen minder opvallen, wil echter niet zeggen dat ze geen reële impact hebben op het leven van deze mensen en hun partners, kinderen of ouders. Ook op die 'minder zichtbare verslavingen' moet de verslavingszorg een antwoord bieden.

Deze conceptnota heeft aldus een impact op **vele actoren**, betrokken in het zorgtraject van de persoon met een verslavingsproblematiek. Het betreft zowel de gespecialiseerde verslavingscentra (met een huidige Riziv-conventie), de specifieke verslavingsteams en –afdelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, de brede geestelijke gezondheidszorg, andere partners binnen de algemene gezondheidszorg en welzijn evenals partners uit belendende sectoren zoals werk, huisvesting, onderwijs, justitie … En niet te vergeten: de persoon met een verslavingsprobleem zelf en zijn omgeving.

Cijfers tonen aan dat (het risico op) verslavingsgedrag in Vlaanderen niet mag worden onderschat. Uit de meest recente gezondheidsenquête[3] blijkt bijvoorbeeld dat 14% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar dagelijks en 6% overmatig alcohol drinkt. Het percentage wekelijkse binge drinkers steeg in 2013 tot 8,5%. Tijdens de voorbije jaren blijkt het percentage dagelijkse drinkers in de leeftijdsgroep ouder dan 65 jaar steeds toe te nemen. Ongeveer 1 op 4 van alle Vlamingen tussen 55 en 75 jaar drinkt dagelijks alcohol. Daarnaast blijkt dat 16% van de bevolking van 15 jaar en ouder een of meerdere voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen heeft genomen in de twee weken die aan het interview voorafgingen. Uit voornoemde enquête blijkt ook dat 2,6% van de 15-64-jarigen de maand voorafgaand aan het interview cannabis gebruikte. 21% van deze groep gebruikte intensief cannabis, dat is minstens op 20 van de 30 dagen. Ook aan aanbodszijde merken we dat verslavende producten sterk aanwezig zijn in onze maatschappij: alcoholische dranken zijn gemakkelijk verkrijgbaar en maatschappelijk aanvaard, er is een toename in het inbeslagnemen van cocaïne, verkoop van illegale drugs en medicatie via internet, het ontdekken van cannabisplantages en productiesites van synthetische drugs, het gebruik van doping door amateurs en recreatieve sporters neemt steeds meer toe en ook andere vormen van schadelijk gedrag zoals gokverslaving, gameverslaving en misbruik van psychoactieve medicatie zijn aanwezig in onze samenleving.

Het onderzoek 'Sociale kost van legale en illegale drugs in België' (SOCOST studie) is de eerste meting van de sociale kosten voor illegale drugs, alcohol, tabak en psychoactieve medicatie in België. De SOCOST studie brengt de sociale kost[4] voor verschillende substanties (illegale drugs,

[3] https://his.wiv-isp.be/NL/SitePages/Introductiepagina.aspx

[4] Bemerking: de resultaten van een sociale kost studie zijn schattingen; ze zijn gebaseerd op bestaande registratiesystemen én de kans is reëel dat niet alle kosten in kaart werden gebracht. Voor het luik criminaliteit bijvoorbeeld werden geen kosten opgenomen van de brandweer of de civiele bescherming; voor het luik verkeersongevallen werden geen kosten opgenomen van de spoedgevallen in ziekenhuizen.

alcohol, psychoactieve medicatie en tabak) en voor verschillende domeinen (gezondheid, criminaliteit en verkeer) in kaart voor het jaar 2012.

Volgens de resultaten worden de **directe kosten geraamd op 2,87 miljard euro**. De directe kosten omvat drie luiken: **(1) de gezondheidszorg van middelenmisbruik**: dit gaat bijvoorbeeld om kosten voor een opname in een ziekenhuis voor behandeling van verslaving, maar ook om kosten voor de behandeling van ziektes die door deze middelen zijn veroorzaakt, (2) de aanpak van druggerelateerde criminaliteit en (3) verkeersongevallen. **De gezondheidszorg (hospitalisatie en residentiële zorg, ambulante hulpverlening, medicatie, preventie, coördinatie en onderzoek) is verantwoordelijk voor 2 miljard euro en 69% van de directe kosten**.
De indirecte kosten zijn de verloren productiviteit omwille van ziekte, voortijdig overlijden en opsluiting in de gevangenis. De **indirecte kosten** worden geschat op **1,76 miljard euro**. Het **productiviteitsverlies is hoofdzakelijk veroorzaakt door gezondheidsproblemen** gerelateerd aan middelenmisbruik (1,5 miljard euro of 85%). Daarnaast is 81 miljoen euro (4,6%) van de indirecte kosten toe te schrijven aan opsluiting voor druggerelateerde feiten en aan vroegtijdige sterfte door doodslag (namelijk slachtoffers van een moord gepleegd onder invloed van alcohol of illegale drugs).
De **ontastbare kosten** geven het verlies aan levenskwaliteit weer door ziekte of vroegtijdige sterfte van de gebruiker. Deze verloren tijd wordt in sociale kost studies gemeten via 'verloren gezonde levensjaren'. Naar schatting zijn in België **meer dan 500.000 gezonde levensjaren** verloren gegaan door legale en illegale drugs in het jaar 2012.
Gedragsverslavingen zoals gameverslaving en gokverslaving zitten niet in de scope van het onderzoek, wat nog een verhoging betekent van de werkelijke kosten en verlies aan productiviteit en gezonde levensjaren als gevolg van een verslavingsproblematiek.

Meer dan redenen genoeg dus om een sterk en geïntegreerd beleid rond verslavingszorg in Vlaanderen uit te tekenen.

De Vlaamse overheid heeft de wenselijkheid en haalbaarheid van de Vlaamse sociale bescherming (VSB) voor personen met een verslaving onderzocht en besluit om **de toegang tot de gespecialiseerde verslavingscentra op dit moment niet te includeren in het systeem van de Vlaamse sociale bescherming**.

De voornaamste reden hiervoor is dat het principe van **vraaggestuurde zorg,** dat als één van de uitgangspunten binnen de VSB geldt, niet voor de gehele groep van personen met een verslaving kan worden toegepast. Ofschoon een heel aantal personen met een verslaving zelf de stap zet naar de hulpverlening (en hen zoveel als mogelijk de regie van het zorgtraject in handen zal worden gegeven), gebeurt het vaak ook dat de persoon met een verslaving zelf geen zorgvraag stelt en dat de zorgvraag dan eerder vanuit de omgeving (familie, vrienden… maar ook werk, onderwijs, …) komt. In de verslavingszorg is het noodzakelijk om aanklampend te werken en moet er bij aanvang van het zorgproces veel energie gaan naar het opbouwen van een therapeutische relatie (vertrouwen) en motiverend werken. Het is een grote uitdaging om probleeminzicht te verwerven bij de persoon met een hardnekkige/ernstige verslaving en de nodige motivatie te ontwikkelen om de verslaving aan te pakken. Bij een ander deel van het cliënteel wordt de zorg verplicht opgelegd vanuit **Justitie**, en de voortgang opgevolgd door de justitiehuizen. Heel wat forensisch cliënteel heeft immers ook een verslavingsproblematiek. Ook het principe van **maatschappelijke veiligheid en overlast** is een heel belangrijk principe in de verslavingszorg. Dat vinden we onder meer terug in de kadernota Integrale Veiligheid waarin een geïntegreerd drugsbeleid als prioriteit is opgenomen.

Het gaat over volgende gespecialiseerde verslavingscentra: ADIC, De Kiem, De Sleutel, De Spiegel, Free-Clinic, Katarsis, Kompas, MSOC Limburg, MSOC Vlaams Brabant, MSOC Gent, MSOC Oostende. Dat betekent dat deze voorzieningen zullen moeten voldoen aan de nodige **erkenningscriteria en moeten vergund** worden. Het nieuwe GGZ decreet zal hiertoe een meer gestroomlijnd regelgevend kader bieden. Daarnaast zullen we samen met de sector bekijken hoe we de toegang tot deze gespecialiseerde verslavingscentra organiseren, op een manier die aansluit bij het aanbod voor deze

doelgroep dat door de federale overheid wordt gefinancierd. We denken hierbij aan de gespecialiseerde afdelingen in de ziekenhuizen. We voorzien hierrond overleg met de bevoegde federale minister.

B. Werven voor de toekomstige verslavingszorg

B.1 Zorgcircuits en zorgnetwerken

1. Op patiënt-/cliëntniveau flexibele zorgtrajecten op maat uitbouwen

- *die inspelen op de zorgnoden van de patiënt/cliënt en zijn omgeving,*
- *over alle levensdomeinen heen,*
- *waarin het via eenvoudige procedures mogelijk is om te schakelen tussen zorgmodules, zorgverleners en instellingen.*

Patiënten in de geestelijke gezondheidszorg hebben recht op zorg op maat van hun persoon. Aldus ook personen met een verslavingsprobleem. De intensiteit en het type van zorg kan wijzigen in de tijd, aangepast aan de fase waarin de persoon met een verslavingsproblematiek zich bevindt en de problemen die zich voordoen. Een traject is met andere woorden een **fluctuerend gegeven**. Waar het kan, worden verslavingsproblemen in een generiek zorgkader aangepakt. Waar nodig, wordt doorverwezen naar gespecialiseerde zorg. In een aantal cliëntsituaties gaat het om een langdurige begeleiding van een chronische problematiek waarvoor voldoende flexibiliteit en continuïteit (opvolging) van zorg aanwezig moeten zijn, en een multidisciplinaire benadering noodzakelijk is. De betrokken zorgactoren komen daarbij tot een gezamenlijk handelingsplan, waarbij wordt afgesproken welke actor wat, wanneer doet. Het handelingsplan moet in onderling overleg met de cliënt – die zoveel mogelijk de regie behoudt – en omgeving worden opgemaakt, opgevolgd en indien nodig bijgesteld (**gedeelde besluitvorming**).

Zorgafstemming en zorgcoördinatie zijn essentiële voorwaarden voor een zorg op maat en continuïteit van zorg. Om tot flexibele zorgtrajecten te komen is een **vlotte informatiedeling** tussen betrokkenen belangrijk. Zowel tussen zorgverleners onderling (steeds met toestemming van de patiënt), als tussen zorgverlener en patiënt. Het is daarom cruciaal om verder in te zetten op een effectieve ICT omgeving die communicatie tussen verschillende patiëntendossiersystemen moet mogelijk maken, bijv. in het kader van het werken met een **gedeeld behandelplan**. Op vlak van eHealth zijn momenteel heel wat evoluties gaande, de verschillende bevoegde overheden werken samen om stappen vooruit te zetten. We vermelden de roadmap e-Gezondheid en activiteiten van het Vlaams Agentschap voor Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg in het kader van het actieplan 'naar een eZorgzaam Vlaanderen' dat wil inzetten op een netwerk voor gegevensdeling tussen actoren in de zorg.

Om zorgafstemming op cliëntniveau te faciliteren, bestaan er daarnaast ook verschillende vormen van **cliëntoverleg**. De Vlaamse overheid stimuleert zorgactoren om volop gebruik te maken van bijvoorbeeld de mogelijkheden op vlak van casemanagement binnen de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, cliëntoverleg binnen Integrale Jeugdhulp of multidisciplinair overleg voor personen met een complexe en langdurige psychiatrische problematiek (MDO-psy). Regionaal kunnen nog andere vormen van casusgebonden overlegtafels bestaan, sommige met reeds een lange traditie.

Op vandaag worden flexibele zorgtrajecten bemoeilijkt door aan aantal **knelpunten**:

1. Bestaande exclusiecriteria kunnen er voor zorgen dat personen met een verslavingsproblematiek door de mazen van het net vallen. Exclusiecriteria zijn vaak het gevolg van een gebrek aan kennis en ervaring met een bepaalde problematiek. Personen

met een verslavingsprobleem hebben recht op aangepaste zorg die afgestemd is op hun specifieke zorgnood, die betaalbaar en toegankelijk is. Toegankelijkheid veronderstelt ook dat hulpverleners, zorginstellingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening open staan voor mensen met een verslavingsprobleem en hun omgeving. Dat is vandaag nog niet steeds het geval. Het verdient onze extra aandacht om te kijken hoe we exclusie van mensen met een verslavingsprobleem in de reguliere welzijns- en (geestelijke) gezondheidszorg kunnen voorkomen en aanpakken. Het organisatorisch inbedden van verslavingszorg in de zorgnetwerken geestelijke gezondheidszorg zal de samenwerking tussen organisaties rond personen met een verslaving verbeteren alsook de toegankelijkheid van zorg en hulpverlening voor mensen met een verslavingsprobleem doen toenemen.

2. Beeldvorming. De perceptie rond mensen met een verslavingsproblematiek is soms ongenuanceerd en incorrect. In de brede maatschappij maar ook in de hulpverlening vormen stigmatisering en het gebrek aan kennis over de oorzaken en mechanismen van verslaving een struikelblok voor integratie en toegang tot het maatschappelijke leven en hulpverlening. We moeten verder inzetten op een correcte beeldvorming van verslavingsproblematieken en gebruiken daarvoor de hefbomen die we binnen het Vlaamse beleid hebben zoals de initiatieven die genomen worden door de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid.
3. Hulpverleners ontbreken soms nog de kennis en vaardigheden om verslavingsproblematieken te detecteren en bespreekbaar te maken, er adequaat mee om te gaan en indien nodig externe gespecialiseerde hulp in te roepen. Deskundigheidsbevordering kan daartoe bijdragen. We komen daar nog op terug bij hoofdstuk B.2.4.
4. Flexibel expertise van verschillende partners kunnen inroepen is ook afhankelijk van de capaciteit van het zorgaanbod en dat kan verschillen naargelang type verslaving of specifieke doelgroep. De regionale context in termen van aanbod en noden speelt dus ook een rol.
5. Bijzondere aandacht moeten we hebben voor kwetsbare en moeilijk bereikbare groepen bij wie het risico op onderbrekingen in het zorgtraject groter is omwille van een erg complexe multi-problematiek (bijvoorbeeld combinatie met handicap), gebrekkige motivatie, beperkte context/steunfiguren, juridisch traject, gedragsproblemen, enzovoort. We bakenen geen aparte doelgroepen af in functie van een apart beleid, wel moeten we voldoende oog hebben en zorg dragen voor de inclusie en toegankelijkheid van álle personen met een verslavingsproblematiek. Zo zal de doelgroep van mensen met een dubbeldiagnose verslaving of andere psychiatrische problematiek(en) en een verstandelijke beperking, worden meegenomen in het aanbod voor dubbeldiagnose binnen de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, en binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg volwassen. De Hoge Gezondheidsraad heeft in december 2015 een advies verstrekt over deze doelgroep, over hun specifieke behoeften en de noodzaak tot het al of niet invoeren van gespecialiseerde ziekenhuisdiensten[5].

Er moet een gediversifieerd, weldoordacht en op elkaar afgestemd aanbod van zorg worden uitgebouwd op lokaal en regionaal niveau aan de hand van klinische **zorgpaden**[6], die flexibel zijn in de tijd en toelaten om, indien nodig, soepel te schakelen tussen zorgaanbod, zorgverleners en zorgvoorzieningen en dit steeds in functie van de zorgnood en met respect voor de keuzevrijheid van de cliënt. In een nieuw decreet op de geestelijke gezondheidszorg zullen we meer concreet omschrijven waar zorgpaden minimaal aan moeten voldoen, met voldoende ruimte voor

[5] Behoeften betreffende dubbele diagnose (verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid) in België (HGR 9203).

[6] "Een zorgpad/klinisch pad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader." Definitie European Pathway Association, 2007

lokale/regionale invulling. We onderzoeken wie good practices[7] inzake zorgpaden kan verzamelen en ter beschikking kan stellen van het werkveld (zie ook B.2.4: steunpuntfunctie).

We focussen op gepaste ketenzorg (**matched care**) en verwachten van zorgverleners dat ze doeltreffend handelen in het gehele continuüm van het behandelingsaanbod, dus van voor- tot en met nazorg. Nazorg zal extra aandacht krijgen, gezien de kans op herval groot is. De gespecialiseerde verslavingszorg, de brede geestelijke gezondheidszorg (CGG, revalidatiecentra, residentiële geestelijke gezondheidszorg …) maar ook de actoren met een generalistisch aanbod (eerste lijn welzijns- en gezondheidszorg) moeten hierin een verantwoordelijkheid durven en kunnen nemen.

De persoon met een verslavingsprobleem heeft zoveel als mogelijk zelf de regie van zijn/haar zorgtraject in handen. De persoon met een verslavingsprobleem, zijn omgeving en de hulpverlening bepalen samen de zorgmogelijkheden, rekening houdend met de indicatiestelling, in de filosofie van **kracht- en herstelgericht werken,** en rekening houdend met wat praktisch uitvoerbaar is. Er wordt gestreefd naar interventies die het minst ingrijpend zijn voor de persoon met een verslavingsprobleem maar die toch de mogelijkheid creëren om zo dicht mogelijk te komen bij abstinentie en om te komen tot het voor de persoon en zijn omgeving **hoogst haalbare niveau van levenskwaliteit en welbevinden op de verschillende levensdomeinen**. De gespecialiseerde verslavingszorg heeft een traditie in herstelgericht en inclusief werken. Belangrijk daarbij is het inschakelen van verschillende hulpbronnen (familie, vrienden, school- of werkomgeving …) om ondersteuning te bieden, het werken met ervaringsdeskundigen en, wanneer aangewezen, het outreachend en vindplaatsgericht werken.

Ook op **organisatieniveau** is **participatie** van de gebruiker bevorderend voor het herstelgericht karakter van de aangeboden zorg. De Recovery Oriented Practices Index (ROPI)[8] is een mogelijk instrument om in kaart te kunnen brengen in welke mate een organisatie herstel hanteert als leidend principe in de begeleiding en bejegening en hoe dit concreet zichtbaar wordt. Het is een procesmeting, de uitkomsten kunnen een handvat bieden bij het opstellen van verbeterplannen voor de implementatie van **herstelondersteunende zorg**. Ook het wetenschappelijk onderzoek ter begeleiding van de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor (jong)volwassenen leert ons meer over het in kaart brengen van de mate van herstel bij cliënten en de herstelgerichtheid van de zorg[9].

Hulpverleningscentra moeten inzetten op de uitbouw van een netwerk rond de cliënt tijdens en ook vooral nà de begeleiding. In die zin moeten we het **contextgericht en netwerkopbouwend werken** stimuleren. Het is belangrijk om tijdens het hulpverleningstraject alle leefgebieden te bekijken en hierop in te zetten door bijvoorbeeld toe te leiden naar (al dan niet betaalde) arbeid, sociale activiteiten, … De gespecialiseerde verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn hierin belangrijke actoren, maar evenzeer de eerstelijn (zie B.3.1). Dit inzetten op alle leefgebieden, deze **holistische benadering**, past volledig in de visie van de Vlaamse overheid op integrale zorgverlening.

[7] Waarbij zowel wetenschappelijke evidentie, praktijkkennis als ervaringskennis in rekening worden gebracht.
[8] De ROPI is ontwikkeld door het New York State Office of Mental Health (Mancini e.a. 2006). De ROPI werd vertaald naar het Nederlands door het Trimbos instituut en sindsdien ook geoptimaliseerd.
[9] Activiteitenrapporten en aanbevelingen zijn te vinden op http://www.psy107.be/index.php/nl/2015-01-15-08-16-13/82-patienten-familievertegenwoordiging.

2. Op organisatorisch niveau optimaal gebruik maken van bestaande en zich ontwikkelende zorgnetwerken

- *die regionaal georganiseerd zijn en sectoren overschrijden,*
- *die garant staan voor een rationeel en divers aanbod dat de behoeften dekt,*
- *waarin ervaringsdeskundigheid en zelfhulp een plaats krijgen,*
- *en die op een adequate manier aansluiting hebben met belendende sectoren, i.e. justitie, eerste lijn, jeugdhulp, welzijn, …*

Naar analogie met de hervormingsbewegingen in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen[10] en kinderen en jongeren[11], wensen we de zorg voor personen met een verslavingsprobleem te organiseren in **zorgcircuits** (afgestemd zorgaanbod) binnen **zorgnetwerken** (samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders die zorgcircuits organiseren). Hierdoor verzekeren we dat individuele zorgtrajecten gecoördineerd verlopen en de zorgcontinuïteit maximaal gewaarborgd wordt.

Zoals gezegd kunnen lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid een belangrijke bijdrage leveren aan gepaste, adequate, herstelgerichte zorg. Bijgevolg dienen zelfhulporganisaties en patiëntenorganisaties ook te participeren aan deze zorgnetwerken.

Voor de zorgnetwerken kijken we naar bestaande **regionale netwerken** zoals de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor (jong)volwassenen, de zorgnetwerken internering en de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren/integrale jeugdhulp. We doen dat met behoud en respect voor ieders deskundigheid. Het lokale en regionale zorgaanbod krijgt de mogelijkheid om flexibel in te spelen op de plaatselijke zorgnoden. Het is belangrijk om **de zorgnoden en het zorgaanbod regionaal in kaart te brengen** en op basis daarvan te zoeken naar optimalisaties in de spreiding en de organisatie van het aanbod. Op die manier willen we de leemtes en de huidige ongelijke spreiding van het aanbod aanpakken. De Vlaamse overheid zal het huidige aanbod in kaart brengen. Dit past ook in de beweging naar een geestelijke gezondheidszorgaanbod dat wordt georganiseerd vanuit een te ontwikkelen zorgstrategische planning die onderbouwd is vanuit een regionale behoefteraming.

Ook de bevindingen uit de Eerstelijnsconferentie zullen mee in rekening worden gebracht (zie B.3.5.3), onder andere over welke overlegstructuren (huidige SEL's, overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, …) de regionale netwerken verder kunnen ondersteunen.

Zorgnetwerken hebben een taak in het stimuleren van de toegankelijkheid van zorg en hulpverlening voor mensen met een verslavingsprobleem en het tegengaan van exclusiecriteria. Zorgnetwerken moeten in staat zijn om voor elke persoon met een zorgnood een aanbod op maat binnen het netwerk aan te bieden. Daarnaast hebben zorgnetwerken een **faciliterende rol** in het stimuleren van een beleid rond verslaving in elke voorziening en het afsluiten en onderhouden van samenwerkingsafspraken. Tot slot hebben zorgnetwerken ook een **coördinerende rol** in het overzichtelijk houden en op elkaar afstemmen van initiatieven inzake cliëntoverleg en deskundigheidsbevordering.

[10] www.psy107.be – Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken.
[11] www.psy0-18.be – Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.

B.2 Goede praktijken, deskundigheid, innovatie en wetenschappelijk onderzoek

3. Goede behandel- en zorgpraktijken implementeren

- *op basis van bestaande wetenschappelijke kennis en nieuwe onderzoeksinitiatieven (om de kennis te verbreden en te verdiepen),*
- *gedeelde praktijkkennis van zorgverleners,*
- *en ervaringskennis van patiënten en hun omgeving,*
- *met aandacht voor kwaliteit en kosteneffectiviteit,*
- *waarbij men openstaat voor innovatie.*

Onder kwaliteitsvolle zorg verstaan we **evidence based interventies** die voorzien worden door deskundige praktijkwerkers, die over aantoonbare kerncompetenties beschikken in hun werkgebied en wiens activiteiten regelmatig gemonitord worden via kwaliteitsindicatoren op programma- en systeemniveau (McLellan et al, 2007). We gaan ervan uit dat dit kwaliteitsvolle werken ook afgemeten wordt aan een positieve outcome, op vlak van druggebruik, sociaal en psychologisch functioneren en levenskwaliteit. Methodieken van Routine Outcome Monitoring (ROM) kunnen gebruikt worden om de voortgang van de behandeling en de resultaten op verschillende vlakken in kaart te brengen. Bij Routine Outcome Monitoring worden regelmatig metingen gedaan van de toestand van de cliënten, hun tevredenheid en de therapeutische relatie, met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling. Verschillende wetenschappelijk gevalideerde instrumenten zijn voorhanden, die zowel door cliënten als hulpverleners ingevuld worden en gezamenlijk besproken.

Evidence based kennis moet voldoende aangevuld worden met **praktijkervaring en ervaringskennis**. In de zoektocht naar effectieve en doelmatige interventies is deze laatste kennisbron tot nu toe onvoldoende aangeboord.

We vinden het belangrijk dat organisaties in de verslavingszorg ruimte krijgen om een beleid te voeren op vlak van vorming, training en opleiding (**VTO-beleid**) dat de hulpverleners in staat stelt om de beschikbare behandelrichtlijnen, zorgpaden en goede praktijken op een zorgvuldige manier te implementeren in de organisatie.

We moeten in de toekomst blijven focussen op **innovatie** en nieuwe zorgvormen, zoals het introduceren, verspreiden en verankeren van **online methodieken**. In de Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019 worden strategieën voor het verstevigen van de kwaliteit en afstemming van het online hulpaanbod gedefinieerd. Concrete acties zullen uitvoering geven aan deze strategieën. Zo is er reeds het Knooppunt Online opgericht, dat welzijns- en zorgorganisaties ondersteunt bij het verkennen en implementeren van onlinehulp. Ook willen we ruimte bieden voor innovatie op vlak van herstelgerichte behandelvormen.

We willen door de verdere ontwikkeling en implementatie van **kwaliteitsindicatoren** en vervolgens door benchmarking, komen tot kwaliteitsverbetering van de zorgverlening. We blijven zorgorganisaties stimuleren om zelf **transparant** te zijn over de kwaliteit van de door hen geboden hulp- en dienstverlening naar de gebruiker. Het is belangrijk dat burgers en gebruikers maximaal geïnformeerd worden over de kwaliteit van de zorg die zij kunnen verwachten in voorzieningen.

Het **EQUS (European Quality Standards)-onderzoek** over minimale kwaliteitsstandaarden in de behandeling, preventie en schadebeperking van drugproblemen, dat afgerond werd in december 2011, resulteerde in een lijst van meer dan 70 kwaliteitsstandaarden waarover consensus bereikt werd bij een grote groep praktijkwerkers, dienstverleners en wetenschappers in Europa (Uchtenhagen & Schaub, 2011). De federale overheid lanceerde in België een onderzoeksproject (**COMIQS: Consensus building on Minimal Quality Standards**) om deze Europese standaarden te vertalen naar de Belgische realiteit. Dit onderzoek leverde een overzicht op van minimale en ideale standaarden waarover consensus werd bereikt bij de diverse stakeholders over de implementeerbaarheid in België. Dit is een belangrijk onderzoek in de verdere zoektocht naar

aangepaste kwaliteitsstandaarden en –indicatoren in de verslavingszorg. Ook voor specifieke werkvormen binnen de gespecialiseerde verslavingszorg bestaan reeds aangepaste, internationale standaarden die een basis kunnen vormen voor verdere operationalisering.

Het **Vlaams Indicatorenproject** voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (VIP) meet de kwaliteit van zorg in de voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg. Psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven voor beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, mobiele equipes, revalidatiecentra voor drughulpverlening en psychosociale revalidatiecentra kunnen aan de hand van kwaliteitsindicatoren hun kwaliteit meten. Die metingen leveren nuttige informatie op voor de zorgverleners en de zorgvoorzieningen zelf, voor de overheid en ook voor de patiënt. Vanaf 2016 worden 7 indicatoren gemeten in 5 domeinen:

Kwaliteitsindicator	Domein
Tijdige ambulante opvolging na ontslag uit PZ of PAAZ	continuïteit en coördinatie van zorg
Volledigheid van het geneesmiddelenvoorschrift	patiëntveiligheid
De implementatie van een suïcidepreventiebeleid	
De inschakeling van ervaringsdeskundigen	patiëntenparticipatie
Gedeelde besluitvorming	
Betrekken van de context	depressie bij volwassenen en ouderen
Het gebruik van behandelrichtlijnen bij de behandeling van kinderen en jongeren met ADHD, ODD en CD	gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren

De COMIQS-standaarden moeten nog geoperationaliseerd worden tot indicatoren. We zullen deze oefening binnen het VIP -ggz verder opnemen en streven een kruisbestuiving na. Enerzijds zijn de indicatoren die reeds uitgewerkt werden binnen het VIP -ggz ook relevant binnen de verslavingszorg en willen we participatie aan het VIP stimuleren. Anderzijds willen we verslavingsspecifieke onderzoeken, standaarden en kennis op vlak van kwaliteitsindicatoren (zoals bijvoorbeeld de COMIQS-standaarden) binnenbrengen in het VIP .

Op termijn zullen het VIP^2 en de uitgewerkte indicatoren landen in het nog op te richten **Vlaams instituut voor kwaliteitszorg**, als overkoepelende structuur waarbinnen sectoren hun kwaliteitsbeleid kunnen ontwikkelen.

Een relevante bron van informatie is de **Treatment Demand Indicator (TDI)**. Dit is een minimale Europese standaard waartoe de verschillende Europese lidstaten zich geëngageerd hebben gegevens aan te leveren aan het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Alle voorzieningen in België die drug- of alcoholbehandelingen aanbieden, registreren een afgesproken set van patiëntgegevens. Door deze registratiegegevens samen te brengen, verkrijgen we **epidemiologische** kennis en inzicht in de eigenschappen, het risicogedrag en de gebruikspatronen van problematische druggebruikers. Op die manier kunnen we ook de evolutie van het gedrag (op populatieniveau) volgen en de situatie in Vlaanderen vergelijken met de ons omringende landen. Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. (WIV) staat in voor de coördinatie hiervan.

Een snel evoluerende maatschappelijke, economische, technologische en zorg- en welzijnsomgeving, noopt Vlaanderen ertoe verder in te zetten op het realiseren van synergie tussen de ondernemerswereld, de zorg en de kenniscentra. Daartoe voeren we de komende jaren het **Actieplan Flanders' Care 2.0** uit. Dit actieplan focust onder andere op volgende thema's: gegevensdeling, m-health, chronisch zorgmodel, nieuwe samenwerkingsmodellen, zorg voor talent …

Middels dit actieplan willen we samenwerking tussen de verschillende stakeholders aanmoedigen om **innovatie en ondernemerschap** in de zorg te creëren. We bevestigen zo de rol van Flanders' Care als katalysator voor systeeminnovatie in (de organisatie van) de zorg. Ook de organisaties die verslavingszorg aanbieden en de brede geestelijke gezondheidszorg komen in beeld. Flanders' Care 2.0 zal ook permanent oog hebben voor de kwaliteit van zorg en welzijn en aansluiting zoeken bij het Vlaamse beleid rond kwaliteitsindicatoren (VIP^2).

4. Verslavingsdeskundigheid bevorderen

- *in de gespecialiseerde verslavingszorg binnen de geestelijke gezondheidszorg,*
- *in de bredere geestelijke gezondheidszorg,*
- *in alle sectoren van de zorg en maatschappelijke dienstverlening,*
- *in belendende sectoren (justitie, werk, onderwijs, eerste lijn, jeugdhulp, wonen …).*

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen staat voor grote uitdagingen. De verdere vermaatschappelijking van de zorg en de overgekomen bevoegdheden met de staatshervorming, hebben een grote impact op het geestelijke gezondheidszorglandschap in Vlaanderen. Er is nood aan ondersteuning van de zorg, zowel praktijkgericht als wetenschappelijk.

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen staat voor grote uitdagingen. De verdere vermaatschappelijking van de zorg en de overgekomen bevoegdheden met de staatshervorming, hebben een grote impact op het GGZ landschap in Vlaanderen. Er is nood aan ondersteuning van de zorg, zowel praktijkgericht als wetenschappelijk. Tegelijkertijd willen we niet een zoveelste nieuwe structuur creëren.

In het kader van een coherent beleid werken we een **consistente steunpuntfunctie** uit voor de GGZ (**inclusief de verslavingszorg**) die de sector de nodige ondersteuning biedt. Centraal in deze functie staat:

- opbouw en borging van kennis en expertise;
- deskundigheidsbevordering;
- praktijk- en methodiekontwikkeling;
- dienstverlening;
- beleidsgerichte acties;
- informatie en sensibilisering.

Zo'n steunpuntfunctie zal moeten samenwerken met wetenschappelijke instituten die interdisciplinair onderzoek verrichten. En met opleidingsinstituten voor het aanbieden van kwaliteitsvolle trainingen en opleidingen. Voor het creëren van een steunpuntfunctie bundelen we de huidige krachten en middelen van de verschillende GGZ actoren die nu reeds de sector ondersteunen. We denken hierbij in de eerste plaats aan de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke gezondheid (VVGG) en de twee koepels (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg en Zorgnet-Icuro). Het departement Welzijn en Samenleving en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zullen deze oefening leiden. We verliezen daarbij andere relevante evoluties niet uit het oog, zoals de integratie die momenteel bewerkstelligd wordt tussen verschillende steunpunten binnen het beleidsdomein WVG.

De Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen **(VAD)** is momenteel erkend als partnerorganisatie binnen het preventiedecreet en werkt nu reeds ondersteunend ten aanzien van de organisaties die verslavingszorg aanbieden. Sinds 2009 nam VAD diverse initiatieven om de verslavingssector te informeren en te sensibiliseren op vlak van kwaliteitsbevordering. Er werden overzichten opgesteld van bestaande evidence-based richtlijnen en uitkomstmeetinstrumenten en er werden vormingen georganiseerd rond deze thema's. De VAD beschikt reeds over een ruim vormingsaanbod, factsheets, campagnes, screeningsinstrumenten, visieteksten, enzovoort en heeft daarmee expertise in huis zowel op vlak van preventie als op vlak van hulpverlening. Bij de verdere uitwerking van de steunpuntfunctie zal de VAD als partner worden betrokken.

Onder hoofdstuk B.3.5. gaan we dieper in op het afstemmen van het geestelijk gezondheidsbeleid rond verslaving met andere bevoegdheidsdomeinen en op de werkpunten en verwachtingen die er in andere domeinen leven ten aanzien van verslavingszorg. Daaruit merken we dat hulpverleners in belendende sectoren een **hoge nood** ervaren aan **deskundigheidsbevordering** inzake verslaving. Er worden reeds inspanningen gedaan om organisaties te motiveren en te ondersteunen om een beleid rond verslaving in hun organisatie te ontwikkelen, vanuit preventief oogpunt. Daarnaast onderneemt de gespecialiseerde zorg initiatieven om hun expertise aan te bieden en doorverwijzings- en samenwerkingsafspraken te maken. We willen bestaande praktijken en methodieken rond kennisopbouw, wederzijdse kennisdeling, informatie uitwisseling en cliëntoverleg vanuit het Vlaamse beleid verder ondersteunen.

Deskundigheidsbevordering kan, net zoals het tegengaan van exclusiecriteria, de toegankelijkheid van zorg en hulpverlening voor personen met een verslavingsproblematiek verhogen en de bestaande **behandelkloof verkleinen**. Zowel de gespecialiseerde verslavingszorg als de beoogde steunpuntfunctie hebben hierin een rol op te nemen. Mogelijke vormen die de deskundigheid van praktijkwerkers kunnen verhogen zijn liaison, consult, intervisie, coaching, vorming, wisselleren …
Tot slot: ook in de andere richting, dienen we aandacht te hebben voor hoe we psychiatrische expertise beschikbaar kunnen maken voor de gespecialiseerde verslavingszorg. Op die manier garanderen we een kruisbestuiving tussen de brede GGZ enerzijds en de gespecialiseerde verslavingszorg anderzijds.

B.3 Health in all policies

5. Afstemmen van het geestelijk gezondheidsbeleid rond verslaving met andere bevoegdheidsdomeinen ('health in all policies')

- *omdat de oorzaken en de impact van verslaving en verslavingsgedrag zich ook buiten het bevoegdheidsdomein van het Vlaamse ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin situeren,*
- *is een afstemming met andere beleidsdomeinen noodzakelijk (o.a. het federale volksgezondheidsbeleid, justitie, binnenlandse zaken, …).*

De Vlaamse overheid is niet de enige overheid met bevoegdheden inzake verslaving. We zijn er ons zeer degelijk van bewust dat een Vlaamse beleid inzake verslavingszorg opereert en intervenieert in het brede veld van justitie, veiligheid en volksgezondheid. Ook andere overheden zoals de federale overheid (ministers van Volksgezondheid, Justitie en Binnenlandse Zaken), de steden en gemeenten en op vandaag ook nog de provincies, oefenen bevoegdheden uit in het kader van verslavingspreventie of de zorg aan personen met een verslaving en beschikken over bijhorende beleidsinstrumenten. We opereren in een realiteit van **multi-governance** en waken over een efficiënte afstemming en samenwerking met de andere bevoegde overheden. We streven naar een bundeling van krachten en heldere afspraken bijvoorbeeld inzake volume en draagkracht van ons gesubsidieerd aanbod. Daarvoor kan gebruik gemaakt worden van de **structurele overlegorganen** die nu reeds in werking zijn, zoals de thematische vergadering drugs van de interministeriële conferentie volksgezondheid, de algemene cel drugs en de cel gezondheidsbeleid drugs. Meer specifiek gaan we in overleg met de federale overheid en de gemeenschappen om te komen tot een nationaal alcoholbeleid. Daarnaast overleggen we met de bevoegde overheden hoe we een integraal beleid rond problematisch gokken en rond tabak kunnen realiseren. Binnen de nieuwe bevoegdheden inzake het strafrechtelijke en het veiligheidsbeleid zullen we meewerken aan het nationaal veiligheidsplan en de kadernota integrale veiligheid, die prioriteit geeft aan de strijd tegen illegale drugs en schadelijk gebruik van alcohol en daarbij zowel focust op het terugdringen van de vraag als het terugdringen van het aanbod. Een sterk beleid is tegelijkertijd gericht op effectieve ontrading via **preventie, hulpverlening en repressie**.

We verhelderen in deze conceptnota hoe drie grote beleidsdomeinen noodzaken tot een goede samenwerking inzake de verslavingszorg. Allereerst komt justitie aan bod, vervolgens de jeugdhulp

en tot slot de eerste lijn. Andere beleidsdomeinen spelen eveneens een belangrijke rol, maar worden hier minder in detail overlopen. Al zullen deze in de verdere uitwerking van het beleid zeker hun plaats moeten krijgen (werk, onderwijs, huisvesting …). Immers, werken aan een verslavingsproblematiek kan slechts succes kennen, indien voldaan is aan andere essentiële noden en levensbehoeften zoals sociale en financiële noden, zoektocht naar een geschikte woning, werk, enz. Om dat te bekomen zijn **structurele afspraken** tussen de verslavingszorg en andere partners actief op vlak van wonen, werk, vrije tijd … noodzakelijk.

1. Justitie:

In de Kadernota Integrale Veiligheid is het uitwerken van een geactualiseerd, integraal en geïntegreerd drugbeleid als één van de prioriteiten naar voor geschoven en waarbij het gebruik van psychoactieve stoffen, zoals alcohol, illegale drugs, maar ook gedragsverslavingen, zoals gokken en gamen, in de eerste plaats als een volksgezondheidsfenomeen wordt beschouwd. Probleemgebruikers die in aanraking komen met justitie, worden zoveel als mogelijk naar de drughulpverlening doorverwezen. Een strafrechtelijke benadering moet gradueel en proportioneel worden opgevat, waarbij de opsluiting van de gebruiker die geen andere feiten heeft gepleegd, als ultimum remedium moet worden beschouwd.. In concreto gaat het erom in elk stadium van de strafrechtelijke procedure (tijdens het strafrechtelijke of gerechtelijk onderzoek, tijdens de procedure ten gronde of binnen de strafuitvoering) het momentum aan te grijpen om de justitiabele te motiveren om zijn verslavingsproblematiek aan te pakken en hem naar een gepast hulpverleningsaanbod door te verwijzen.

We overlopen een aantal initiatieven in de verslavingszorg die zich bevinden op het raakvlak met justitie en signaleren daarbij enkele knelpunten.

A. <u>Justitiehuizen:</u>

De Justitiehuizen zijn als gevolg van de 6e staatshervorming een gemeenschapsbevoegdheid geworden. De Justitiehuizen vormen voor Vlaanderen de structurele **schakel** voor de dialoog en de afstemming tussen het justitieel en het welzijnsbeleid. In de uitvoering van de straffen en maatregelen waarmee de justitieassistenten belast zijn, hebben ze immers nood aan de medewerking van een brede waaier van maatschappelijke voorzieningen voor welzijn, gezondheid, werk, opleiding, huisvesting, enz.

Met de zesde staatshervorming komt ook de verslavingszorg in justitiële dossiers extra in ons vizier. Heel wat justitieel cliënteel kampt met een verslavingsproblematiek. In situaties die aanleiding geven tot een gerechtelijke interventie voelt men een duidelijke noodzaak om op een efficiënte en effectieve manier om te gaan met de aanwezige verslavingsproblematiek en een brug te slaan tussen het justitieel kader en de reguliere maatschappelijke hulp- en dienstverlening en gezondheidszorg. Daartoe zijn specifieke initiatieven ontstaan (pilootprojecten), zoals proefzorg en de drugbehandelingskamer.

In het pilootproject **proefzorg** tracht men daders van slachtofferloze feiten met een onderliggende verslavingsproblematiek zo snel mogelijk naar de hulpverlening toe te leiden. Het doel is om personen op het niveau van de opsporing en vervolging door de parketmagistraat door te verwijzen naar de hulpverlening met tussenkomst van een proefzorgmanager. Het project proefzorg zou met de vooropgestelde wetswijzing van strafbemiddeling een uitdrukkelijke wettelijke grondslag krijgen.

Geïnspireerd door de Angelsaksische Drug Treatment Courts uit de Verenigde Staten en Canada werd in mei 2008 binnen het gerechtelijk arrondissement Gent een eerste Belgische **drugbehandelingskamer** (DBK) opgericht. Het opzet is om binnen de schoot van de rechtbank van eerste aanleg een gespecialiseerde kamer te voorzien voor niet georganiseerde drug- en druggerelateerde criminaliteit waarbij een verslavingsproblematiek bij de beklaagde aan de

grondslag ligt van de feiten waarvoor men wordt gedagvaard. De beklaagde krijgt de kans om iets aan zijn drugprobleem te doen, voordat de rechter een veroordeling uitspreekt. Verbonden aan de DBK van Gent werd de figuur van "de liaison" in het leven geroepen. Dit is een hulpverleningsactor gebonden door het beroepsgeheim. De liaison is steeds aanwezig op elke zitting, informeert de cliënt over de bestaande mogelijkheden binnen de brede hulpverlening en stelt met de cliënt een behandelplan op. De liaison heeft ook als taak om te netwerken en andere hulpverlenende diensten te motiveren om cliënten op te nemen. Vanaf 2016 werd de financiering van de liaison opgenomen door Vlaanderen. In andere gerechtelijke arrondissementen lopen eveneens initiatieven of leeft de vraag waarbij in samenspraak met het Justitiehuis gespecialiseerde kamers, al dan niet beperkt tot druggerelateerde feiten of andere welzijnsproblematieken, voorzien worden waarbij afspraken gemaakt worden over de toeleiding naar de hulpverlening.

Los van bovenstaande specifieke initiatieven (proefzorg en drugbehandelingskamer), is de verslavingszorg van oudsher een belangrijke partner voor de justitiehuizen. Het is belangrijk dat de justitiabele met een verslavingsproblematiek die door de justitiehuizen wordt opgevolgd, terecht kan in een passend aanbod binnen de verslavingszorg. Ook hier moeten we oog hebben voor het tegengaan van exclusie van justitiabelen met een verslavingsproblematiek en voor het **voldoende gespreid aanwezig zijn van zorgpaden voor deze doelgroep**. Het is belangrijk dat het aanbod laagdrempelig is en dat de hulpverlening ook open staat voor justitiabelen met een beperkte of enkel een extrinsieke motivatie. De tussenkomst van politie en justitie als externe motivatie is onderdeel van het proces om tot effectieve en aanvaarde hulpverlening te komen. Motiverend werken is vaak de eerste noodzakelijke stap om een hulpverleningsrelatie op te bouwen. We werken verder aan een **verzoening van het perspectief van de zorgverlening met het perspectief van maatschappelijke veiligheid**, onder meer op vlak van communicatie en informatiedeling tussen hulpverlening en justitiehuizen. **Heldere afspraken zijn nodig inzake beroepsgeheim** en bescherming van de privacy versus de rapportageplicht van de justitiehuizen.

Van de projecten proefzorg en drugbehandelingskamer zijn evaluatiestudies voorhanden. Intussen zijn ook in andere gerechtelijke arrondissementen gelijkaardige initiatieven gestart en groeit de vraag om de projecten in heel Vlaanderen uit te rollen. Om de wildgroei van initiatieven en de versnippering in het aanbod tegen te gaan, moeten standpunten ingenomen worden omtrent een aantal **randvoorwaarden**:

1. Op vlak van het wettelijk kader: er is nood aan meer rechtszekerheid over de procedure die gevolgd wordt in de verschillende initiatieven, de termijnen, de doelstellingen die bereikt moeten worden en de gevolgen die verbonden worden aan een (niet) geslaagd traject.
2. Op vlak van structurele inbedding en financiering: het gaat om eigen initiatieven uit verschillende regio's met een projectmatige status. Het is noodzakelijk om te beslissen over de verdere toekomst van deze initiatieven, in afstemming met de minister van Justitie, en daar passende gevolgen aan te koppelen.
3. Een duidelijke positionering ten aanzien van de justitiële actoren en de hulpverlening en meer specifiek de positionering van de figuur van de liaison tussen beide: er is uitklaring nodig van het profiel en de taken van deze liaisonfiguur en die van de justitieassistent.
4. Integrale benadering: Het is belangrijk om onderbrekingen in het hulpverleningstraject tegen te gaan. Doorheen verschillende initiatieven/projecten, justitiële maatregelen en tussenkomsten van zorgpartners is het zowel voor de cliënten, justitiehuizen en betrokken hulpverlening van belang om het overzicht van de weg die reeds werd afgelegd met de cliënt te bewaren.
5. Om de doorverwijzing van de justitiabele te kunnen realiseren, is een **voldoende, regionaal gespreid, toegankelijk aanbod** nodig of minstens een prioritering.
6. Er is nood aan **afspraken op het vlak van communicatie en informatiedeling** tussen hulpverlening en justitiële actoren.

Om tegemoet te komen aan de bovenstaande randvoorwaarden willen we het aanbod van toeleiding naar drughulpverlening en andere welzijns- en zorgactoren op het niveau van rechtbank

en parket structureel uitrollen binnen Vlaanderen. In overleg met de federale overheid en het Openbaar Ministerie zullen we het project proefzorg via de procedure bemiddeling in strafzaken verder in alle arrondissementen implementeren. Binnen de IMC Justitiehuizen werd een voorontwerp van wetswijziging besproken. In overleg met de justitiële actoren voorzien we in alle arrondissementen bijzondere kamers die justitiabelen motiveren om binnen de (bestaande) wettelijke instrumenten, vrijwillige hulpverlening te aanvaarden en de justitiabelen toe te leiden naar de hulpverlening. Afhankelijk van de lokale noden en binnen de afgesproken prioriteiten, kunnen aan deze bijzondere kamers andere maatschappelijke problematieken worden toevertrouwd waarbij toeleiding naar de hulpverlening noodzakelijk is. **We positioneren de liaisonfiguur, net zoals de proefzorgmanager in de proefzorg, binnen de justitiehuizen.** Omdat confidentialiteit in de relatie met de justitiabele om tot een vrijwillig behandelingsplan te komen een pluspunt is, wordt de gegevensdeling binnen dit mandaat ten aanzien van de opdrachtgever verder uitgewerkt.

B. Subsidies voor gespecialiseerd verslavingsaanbod voor justitiecliënteel vanuit het globaal plan ter omkadering van alternatieve gerechtelijke maatregelen:

In 1994 werd het veiligheidsfonds opgericht binnen de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten (RSZPPO). De minister van Binnenlandse Zaken is bevoegd om bedragen uit dit fonds vrij te maken. Via dit fonds kunnen steden en gemeenten, vzw's, stichtingen, intergemeentelijke samenwerkingsverbanden een subsidie ontvangen waarmee personeel kan worden aangeworven ter omkadering van dienstverlening, opleiding en behandeling in het kader van een gerechtelijke maatregel. In het kader van dit globaal plan worden 13 organisaties gesubsidieerd die een gespecialiseerd verslavingsaanbod voor justitiecliënteel uitwerkten. Met betrekking tot deze subsidiëring zijn er een aantal knelpunten die we in de komende tijd willen aanpakken en die aansluiten bij de noodzakelijke randvoorwaarden die hierboven reeds vermeld werden rond spreiding, capaciteit en toegankelijkheid van het aanbod en specifieke zorgpaden en rond het wettelijk kader. We onderlijnen het belang van de lokale overheden, onder meer in het uitvoeren van alternatieve gerechtelijke maatregelen, het inspelen op de specificiteit van de lokale noden en het verankeren van het aanbod in de context van de justitiabele.

C. Strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden 2015-2020

In het strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden zijn enkele doelstellingen opgenomen specifiek rond gedetineerden met verslavingsproblemen.

Zo is er vooropgesteld dat tegen eind 2016 de beleidscoördinatoren WVG in de gevangenissen de **randvoorwaarden onderzoeken** en indien mogelijk, een **lokaal actieplan** uitwerken om de verslavingsproblematiek binnen hun gevangenis actief aan te pakken samen met Justitie. Gebruik van verboden middelen is binnen de gevangenismuren een probleem en het huidige aanbod op vlak van verslavingszorg is duidelijk ontoereikend. Om deze problematiek ten gronde te kunnen aanpakken is het engagement vanuit de gevangenisdirecties de meest cruciale voorwaarde.

Daarnaast is in het plan vooropgesteld dat de bevoegde Vlaamse administratie binnen WVG tegen eind 2017 een **beleidskader** uitwerkt om een binnen de gezondheidszorg **geïntegreerd beleid** inzake druggebruik/verslavingsproblematiek bij gedetineerden te implementeren. In samenspraak met alle betrokken stakeholders stemt de administratie de mogelijkheden van de nieuwe bevoegdheden maximaal af op het reeds beschikbare of potentiële aanbod van actoren die nu al een rol spelen in dit strategisch plan. We wachten in dit kader ook de studie '**Process and Outcome Study of Prison-basED Registration points (PROSPER)** van de UGent af, waarin de werking van het centrale aanmeldingspunt (CAP) onder de loep worden genomen. We zullen met de Federale Overheid ook de bevoegdheden inzake de CAP's uitklaren. Afhankelijk van deze conclusies zullen we de nodige beleidsmaatregelen nemen.

Behalve de CAP's zijn er ook andere projecten in de gevangenissen voor gedetineerden, zoals het Believe programma in Ruiselede of de drugsvrije afdelingen in Brugge en Hasselt. Deze programma's worden uitgevoerd onder de bevoegdheid van de federale minister van justitie.

Tenslotte beogen we tegen 2020 over een **aangepast zorgaanbod** te beschikken voor gedetineerden met een verslavingsproblematiek zodat hun re-integratiekansen aanzienlijk stijgen. Voor die gedetineerden die reeds voor hun detentie gekend zijn in de verslavingszorg is het garanderen van **zorgcontinuïteit** binnen een geïntegreerd beleid cruciaal.

Het **actieplan 'zorg- en dienstverlening aan geïnterneerden'** maakt integraal deel uit van het strategische plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en omvat vijf delen: Preventie; Globaal plan hulp- en dienstverlening in het FPC; Uitstroom uit het FPC; Vlaams beleid in functie van opvang geïnterneerden en Vlaams beleid ten aanzien van geïnterneerden (algemeen). Gezien de komst van een nieuw type voorziening (forensisch psychiatrisch centrum in Gent en binnenkort ook in Antwerpen) wordt de focus binnen de zorg en dienstverlening aan geïnterneerden in overeenstemming gebracht met deze nieuwe voorzieningen. Het plan beoogt dat elke geïnterneerde terecht kan in de meest gepaste voorziening: regulier waar mogelijk, categoraal waar nodig. Voor de afgebakende doelgroep geïnterneerden die de Vlaamse zorgpartners opnemen, zoeken we naar oplossingen op maat. Gezamenlijke oplossingen worden aangereikt door diverse samenwerkingen tussen de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van verslavingszorg, en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en door samenwerkingen tussen het reguliere aanbod en het forensische circuit. Meer specifiek faciliteert het Vlaamse beleid de uitstroom uit het FPC naar gepaste zorgvormen in het reguliere aanbod, ook voor wat betreft verslavingsproblematieken. In samenwerking met de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie streven we naar een eenvormig beleid in het versnipperde zorglandschap van de opvang en behandeling van geïnterneerden. We sluiten hierbij aan bij de beleidskeuzes die federaal zullen gemaakt worden inzake de gezondheidszorg in de gevangenissen. Er loopt op dit moment een KCE studie over de 'Organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen'. Doel van deze studie is een analyse te maken van de medische, organisatorische, financiële, sociologische, ethische en kwalitatieve aspecten van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen. Bedoeling is om een operationeel voorstel te formuleren voor een hervorming van de gezondheidszorg in de gevangenissen.

2. Jeugdhulp en maatregelen ten aanzien jongeren die een als misdrijf omschreven feit plegen

Op 2 maart 2009 stuurde toenmalig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een rondzendbrief met daarin een oproep voor regionale proefprojecten voor het creëren van een gepast aanbod inzake druggerelateerde problematiek in de bijzondere jeugdbijstand. Deze oproep kwam er na een bevraging in de sector, waaruit bleek dat een drugproblematiek bij jongeren vaak aanleiding geeft tot het stopzetten van de hulpverlening. Er was nood aan meer expertise binnen de bijzondere jeugdbijstand over dit thema en de samenwerking met gespecialiseerde drughulpverlening moest versterkt worden. Vanuit deze nood legde de rondzendbrief de nadruk op de samenwerking tussen organisaties van de bijzondere jeugdbijstand en diensten geestelijke gezondheidszorg, op ondersteuning voor het ontwikkelen van een beleid inzake preventie en vroegdetectie en op het realiseren van complementaire zorgtrajecten. De projecten die hieruit ontstonden, liepen 3 jaar (2010-2012) en uit de resultaten van de registratie bleek dat algemeen in de bijzondere jeugdbijstand de drugproblematiek hardnekkig aanwezig is, als onderdeel van een bredere, complexe problematiek en regelmatig in combinatie met gedrags- of andere psychiatrische problematiek. We gaan er van uit dat ook andere jeugdhulpvoorzieningen (bijv. binnen VAPH, CAW) geconfronteerd worden met (beginnende) verslavingsproblematieken bij hun jeugdig cliënteel en willen hiervoor bijzondere aandacht hebben. Ook verslavingsproblematieken bij **ouders** (en andere opvoedingsverantwoordelijken) zijn relevant voor jeugdhulpactoren en moeten gesignaleerd worden, om vroegtijdig ingrijpen en een contextgerichte en doeltreffende hulpverlening mogelijk te maken. Kinderen en jongeren die opgroeien in een context met verslavingsproblematieken vormen een zeer kwetsbare doelgroep (kinderen van ouders met afhankelijkheidsproblemen (**KOAP**)). Er wordt nog te weinig gewerkt met deze jongeren, zowel op het vlak van preventie als op het vlak

van aangepaste multidisciplinaire (geestelijke gezondheids)zorg. De Huizen van het Kind zijn in dit kader alvast een belangrijke partner binnen de preventieve gezinsondersteuning.

De projecten binnen de bijzondere jeugdbijstand die we hierboven hebben beschreven, brachten een aantal **aandachtspunten** aan het licht die op vandaag nog steeds relevant blijken. In het vormgeven van een geïntegreerd Vlaams beleid rond verslavingszorg willen we hier verder mee aan de slag gaan in samenwerking met alle te betrekken partners binnen jeugdhulp. Het gaat om volgende aandachtspunten:

1. Een gepast aanbod bundelt diverse expertise. Om verslavingsproblematieken binnen de jeugdhulp tijdig en accuraat aan te kunnen pakken, is een **structurele samenwerking** tussen de betrokken hulpverleningsorganisaties essentieel.
2. Verslaving is vaak een symptoom van de verwevenheid van verschillende problemen. Dit maakt dat het niet altijd evident is voor jeugdhulpbegeleiders om aandacht te hebben voor de verslavingsproblematiek. Het niet focussen op de verslavingsproblematiek kan echter andere perspectieven ernstig hypothekeren, met het risico op escalatie. Ook hier blijkt dat een **integrale aanpak** noodzakelijk is. Er is een verhoogde aandacht nodig voor verslavingsproblematieken binnen de jeugdhulp met het oog op tijdig en adequaat ingrijpen. Jeugdhulpverleners hebben kennis en methodieken nodig om verslavingsproblematieken tijdig te kunnen signaleren en gepaste actie te ondernemen. **Expertisedeling, consult en intervisie** vanuit de brede geestelijke gezondheidszorg en vanuit de gespecialiseerde verslavingszorg zijn noodzakelijk. Naast het casusniveau is ook **structurele aandacht op organisatieniveau** belangrijk. We willen blijven inzetten op deze kennisverhoging en samenwerking tussen jeugdhulp en geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. We hebben daarbij een wisselwerking tussen beide voor ogen als gelijkwaardige partners, ieder vanuit de eigen expertise. We bouwen hieraan door het structureel betrekken van diensten geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde diensten verslavingszorg in de regionale netwerken geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp. Zoals gezegd is ook verhoogde aandacht nodig voor het signaleren en bespreekbaar maken van verslavingsproblematieken bij ouders (en andere opvoedingsverantwoordelijken) en de effecten daarvan op het kind/de jongere. Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid heeft een opdracht in het sensibiliseren en vormen van hulpverleners inzake de omgang met KOPP/KOAP (kinderen van ouders met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen). Dit thema wordt ook meegenomen in de regionale netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en volwassenen.
3. Het werken met minderjarigen vraagt om een **specifieke aanpak**. Outreachend en aanklampend werken blijken de drempel voor een vervolgtraject in de gespecialiseerde verslavingszorg enorm te verlagen en werken motiverend voor het volhouden van de behandeling. We willen de gespecialiseerde verslavingszorg in de toekomst meer mogelijkheden geven om flexibele en aangepaste zorgvormen te kunnen aanbieden en contextgericht werken verder stimuleren.
4. Er is nood aan **crisisaanbod** voor minderjarigen met een verslavingsproblematiek. Verder bouwend op bestaande goede praktijken en ontwikkelingen in de regionale netwerken verhogen we verder de aandacht en toegankelijkheid van het crisisaanbod in Vlaanderen voor jongeren met een verslavingsproblematiek.
5. Uit de projecten blijkt de meerwaarde van snelle doorverwijzing en kort op de bal kunnen spelen. De huidige ongelijke verdeling en tekorten in het aanbod zijn een knelpunt. We trachten vanuit het Vlaams beleid de **toegankelijkheid van het aanbod** te maximaliseren door onder andere bijzondere aandacht te hebben voor het instroombeleid van revalidatievoorzieningen (bv centra voor ambulante revalidatie (CAR)) en mogelijkheden inzake pre-screening van de wachtlijsten. Regionale afstemming en netwerking zal de toegankelijkheid verder vergroten en stroomlijnen en bestaande drempels wegnemen.
6. Uit de projecten blijkt de noodzaak aan een **continuüm** vanuit preventie, over vroegdetectie en vroeginterventie, naar meer ingrijpende ambulante of residentiële hulpverlening. Dat continuüm zullen we zoals eerder gezegd, bewaken en een gepaste plaats geven in de relevante regelgeving en regionale netwerken. Het is ook een onderwerp dat aan bod zal

komen in de gezondheidsconferentie eind 2016 en in de eerstelijnsconferentie begin 2017. Naargelang de mogelijkheden streven we in Vlaanderen naar een versterking van de functie vroegdetectie en vroeginterventie, onder meer in het kader van verslaving.

Ingevolgde de zesde staatshervorming is de Vlaamse overheid bevoegd geworden om de maatregelen ten aanzien van jongeren die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd, te bepalen. Een doelgroep binnen deze jongeren, zijn jongeren die omwille van een achterliggende verslavingsproblematiek, feiten plegen. De huidige jeugdwet van 2006 voorziet dat de jeugdrechter aan de minderjarige een ambulante of residentiële behandeling in de drughulpverlening kan opleggen. De maatregelen zijn echter nooit in werking getreden. De facto gebruiken de jeugdrechters wel een andere wettelijke bepaling in de jeugdwet om een jongere toe te vertrouwen aan een voorziening in de gespecialiseerde drughulpverlening. Bij het uittekenen van het nieuwe jeugdrecht wordt expliciet aandacht besteed aan de formulering van de maatregelen ten aanzien van deze jongeren zodat de jeugdrechter de meest gepaste maatregel kan opleggen.

3. Eerstelijn

Een vlotte toegang betekent ook dat er in de eerste lijn, bij de reguliere zorgverleners, in welzijnsvoorzieningen, enzovoort, voldoende kennis is over verslavingsproblematieken, dat er een gebruiksvriendelijk en onderbouwd instrumentarium aanwezig is voor vroegdetectie, en dat elke zorgverlener zijn verantwoordelijkheid opneemt ten aanzien van een persoon met een verslavingsprobleem door gericht door te verwijzen of waar mogelijk zelf een aanbod te (blijven) doen in functie van de zorgnoden en zorgdoelen van de patiënt/cliënt en zijn omgeving.
Ook in de eerstelijnszorg horen we een vraag naar het **ontwikkelen van minimale competenties** inzake verslaving en de vraag om beroep te kunnen doen op de kennis van de gespecialiseerde verslavingszorg.

Huisartsen spelen een essentiële rol. Zoals bepaald in de beheersovereenkomst met het Agentschap Zorg en Gezondheid werkt de huisartsenorganisatie Domus Medica aan de aanpak van de middelenproblematiek door de huisarts. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de VAD, om enerzijds de problematiek optimaal bij de huisarts te brengen en anderzijds de huisarts de nodige tools aan te reiken die in de praktijk kunnen gebruikt worden. In de komende jaren wil Domus Medica de samenwerking met de VAD versterken om verslavingsproblematiek nog beter aan te pakken.

Specifiek inzake de **behandeling met vervangingsmiddelen** bij mensen met een langdurige verslaving aan heroïne werken we in samenspraak met de federale overheid een kader uit met volgende elementen: de minimumvereisten inzake vorming voor artsen die patiënten ten laste nemen in het kader van een vervangingsbehandeling; een adequate psychosociale/multidisciplinaire benadering van de patiënt, waarbij voldoende aandacht uitgaat naar het algemeen welzijn van de patiënt op meerdere levensdomeinen; het stimuleren van de samenwerking tussen de 'gespecialiseerde centra' en de eerstelijnszorg, waarbij getracht wordt tot een meer gedeelde zorg en interactieve transmurale communicatie bij de behandeling van opiaatafhankelijken te komen. Ook apothekers voorzien in vervangmedicatie en verdienen dus onze aandacht.

De centra voor algemeen welzijnswerk (**CAW**) zijn een belangrijke partner in het zorgtraject voor personen met een verslavingsproblematiek. We weten dat aanwezigheid van verslavingsproblemen bij het cliënteel in de verschillende aanbodsvormen (dak- en thuislozenopvang, begeleid autonoom wonen jongeren/jongvolwassenen …) van het CAW reëel is. Het aanbod van het CAW staat open voor alle burgers met sociale, psychische, familiale, financiële of andere moeilijkheden en is laagdrempelig. Het **straathoekwerk** van het CAW staat gekend voor een zeer laagdrempelige en aanklampende werkmethodiek die vanuit respect en vertrouwen een band met de verslaafde probeert op te bouwen en te onderhouden. Het CAW werkt vanuit een generalistisch kader maar heeft nood aan ondersteuning vanuit de gespecialiseerde verslavingszorg om gezamenlijk het

zorgtraject voor de persoon met een verslavingsprobleem vorm te kunnen geven en continuïteit van zorg te bieden. Ook bij niet gemotiveerde cliënten is het CAW bereid om, in tandem met de gespecialiseerde zorg, een zorgtraject op te starten en vol te houden. We geloven in de regionale netwerken als hefbomen om dergelijke **gedeelde zorgtrajecten** kansen te geven.

Binnen het lokaal sociaal beleid zijn ook de **OCMW's** een belangrijke partner voor de verslavingszorg, onder meer in het kader van budgetbeheer, schuldhulpverlening, maar ook voor de re-integratie van personen die de gespecialiseerde hulpverlening verlaten en ondersteuning nodig hebben van de lokale sociale en welzijnsdiensten, oa. in hun zoektocht naar werk of onderdak.

Een opdracht van de lokale besturen is er voor te zorgen dat mensen een menswaardig bestaan kunnen leiden door de toegang tot de sociale grondrechten te waarborgen. In het kader hiervan kijken we naar de ontwikkelingen rond het toekomstig **geïntegreerd en herkenbaar onthaal** van de eerstelijnsactoren die actief zijn binnen het welzijnswerk op de eerste lijn. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen (1) de drie kernactoren met een decretale onthaalopdracht i.c. de sociale diensten van de OCMW's, de CAW's en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW), (2) basis- of faciliterende actoren (bijv. Samenlevingsopbouw, de eerstelijns juridische bijstand, armoedeverenigingen,...) en (3) het achterliggend meer gespecialiseerd aanbod al dan niet op eerste lijn (bv. de zorg voor personen met een beperking, de geestelijke gezondheidszorg,...) Deze actoren werken gezamenlijk in een samenwerkingsverband aan de realisatie van de doelstelling van het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal: de toegankelijkheid van de hulp verhogen door de krachten van eerstelijnswelzijnsvoorzieningen te bundelen.

Binnen het traject van de hervorming van de eerste lijn wordt onder meer voorbereidingen getroffen om **het ondersteunende niveau** (de huidige samenwerkingsinitiatieven eerstelijngezondheidszorg (SEL), lokale multidisciplinaire netwerken (LMN), palliatieve netwerken, huisartsenkringen, de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, multidisciplinair teams (MDT) verder te hervormen. De ondersteuning door deze initiatieven en netwerken moet gericht zijn op de realisatie van een integrale zorgbenadering en de zorgaanbieder in staat stellen om op de meest efficiënte en kwaliteitsvolle manier zorg te verlenen op maat van de cliënt en met respect voor zijn keuzevrijheid.

Er zijn werkgroepen aan de slag om een visie te ontwikkelen op integrale zorg en de rol van de persoon met een zorgbehoefte in het zorgproces en in de organisatie van de zorg. Deelaspecten van die visie worden verder uitgewerkt binnen andere werkgroepen, zoals de concrete organisatie en ondersteuning van de zorg, de structuren die ondersteuning moeten bieden, de afbakening van zorgregio's, de kwaliteit van de zorg, de innovaties noodzakelijk om de integrale zorg te gaan ondersteunen en verder uitbouwen. Dit alles wordt samengebracht en gepresenteerd op een **Eerstelijnsconferentie** in het voorjaar 2017. Vertegenwoordigers van de GGZ nemen deel aan de verschillende werkgroepen en vertolken in die zin de stem van de geestelijke gezondheidszorg (inclusief de verslavingszorg). Op die manier zorgen we dat de beleidsadviezen die worden ontwikkeld, voldoende rekening houden met de geestelijke gezondheidzorg.

6. Op vlak van financiering

- *structurele financiering voorzien voor het vereiste aanbod van effectieve interventies,*
- *vormen van flexibele financiering voorzien voor het uitwerken, testen en implementeren van innovatieve interventies,*
- *waarborgen dat de zorg voor de patiënt/cliënt betaalbaar blijft.*

De terugbetaling van zorg in revalidatie (in diensten die voor de staatshervorming een overeenkomst hadden met het Riziv en nu met de Vlaamse gemeenschap) is conform het Vlaamse Regeerakkoord voorzien om geïntegreerd te worden in de Vlaamse sociale bescherming. Het decreet Vlaamse sociale bescherming brengt het beleid voor personen die gedurende een lange periode

afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het dagelijkse leven, onder in één consistent systeem.

De conventies van gespecialiseerde verslavingscentra die zorg aanbieden aan illegale druggebruikers maken deel uit van de revalidatiezorg. Zoals in de inleiding reeds aangegeven vormt de **verslavingszorg een uitzondering** binnen de revalidatie en zal de toegang tot de gespecialiseerde verslavingscentra niet gefinancierd worden binnen de Vlaamse sociale bescherming.

De gesubsidieerde verslavingszorg doet momenteel beroep op een **diversiteit aan financieringsbronnen**. Subsidies worden door de bevoegde overheden verleend, zowel vanuit het federale niveau (psychiatrische ziekenhuizen, gerechtelijke alternatieve maatregelen …), Vlaamse niveau (CGG, Riziv-conventies verslaving …), provinciale als gemeentelijke niveau. De provinciale middelen die begin 2018 worden overgeheveld naar het Vlaamse niveau, zullen na positieve evaluatie maximaal worden gecontinueerd zodat de nu lopende engagementen, ook lokaal, verder hun uitwerking hebben. Daarnaast bestaan er aanvullende tewerkstellingsmaatregelen zoals middelen in het kader van het stopgezette gesco-statuut, DAC-statuut, sociale maribel, enzovoort. We streven een **harmonisering** na van de versnippering in deze financieringsbronnen en integreren, waar mogelijk binnen de Vlaamse bevoegdheden, de verschillende financieringsstromen. We streven eveneens naar het **duurzaam financieren van projecten** die hun nut en (kosten-)effectiviteit bewezen hebben.

Een gedetailleerd inzicht in regionale **zorgnoden en zorgaanbod** moet een scherper beeld opleveren van het huidige aanbod en een selectie van prioriteiten. Binnen de beschikbare budgettaire mogelijkheden willen we onderzoeken hoe we aan de grootste noden kunnen voldoen, extra inspanningen kunnen leveren voor bepaalde doelgroepen en innovatie stimuleren. We streven hierbij naar een betere spreiding van het aanbod en een optimalisatie van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de verslavingszorg onder andere door de verbindingen met de geestelijke gezondheidszorg te intensifiëren (zie ook B.1.2).

B.4 Ervaringsdeskundigheid

7. De ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten en hun omgeving valoriseren

- *door zelfhulp op te nemen en verder uit te bouwen in de netwerken geestelijke gezondheid(szorg), specifiek voor mensen met een verslavingsprobleem,*
- *ervaringsdeskundigheid een plaats te geven bij het onderzoek naar, de selectie van en het implementeren van goede praktijken,*
- *de ervaringen van patiënten/cliënten en hun omgeving te benutten bij de beoordeling van zorgkwaliteit en van de doeltreffendheid van interventies,*
- *gebruik te maken van deze ervaringskennis bij de bevordering van de deskundigheid van zorgverleners.*

Gebruikersorganisaties en zelfhulpgroepen van mensen met een verslavingsproblematiek kennen een lange traditie. Ze kenmerken zich doorgaans door een beslotenheid en hechtheid en dragen anonimiteit hoog in het vaandel. Er is echter een groeiende toenadering merkbaar vanuit de zelfhulpgroepen naar de professionele hulpverlening en omgekeerd. Men streeft naar een werkbaar partnerschap, elk vanuit de eigen expertise en mogelijkheden. Het inzetten van gestabiliseerde verslaafden in de hulpverlening heeft een meerwaarde zowel voor de hulpverlener als voor de ‘gestabiliseerde verslaafde’. We zien de inzet van **vrijwilligers met een ervaring en deskundigheid betreffende verslavingsproblematieken** als complementair aan het werk van professionele hulpverleners, **compatibel en evenwaardig**. We willen organisaties in de hulp en dienstverlening motiveren om een aangepast vrijwilligersbeleid te voeren en daarin ook ruimte te maken voor personen met een psychische kwetsbaarheid of ervaring met een verslavingsproblematiek. De Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheidszorg (**OPGanG**) binnen het Vlaams Patiëntenplatform heeft tot doel de krachten, kwaliteiten en expertise van ervaringsdeskundigen te bundelen om zo actief

te participeren op de verschillende niveaus van de geestelijke gezondheidszorg. OPGanG staat ook open voor verenigingen of zelfhulpgroepen van personen met een (gestabiliseerde) verslavingsproblematiek.

Nederland heeft reeds meer ervaring opgebouwd in de samenwerking tussen professionele hulpverleners en ervaringsdeskundigen op vlak van verslaving (bijvoorbeeld Stichting VoorDoorMet) en kan inspiratie bieden om vernieuwende methodieken inzake zelfhulp, inzet van ervaringsdeskundigen, lotgenotencontact … te introduceren binnen de professionele hulpverlening.
Tot slot kunnen ervaringsdeskundigen ook een belangrijke rol spelen bij het wegwerken van vooroordelen, negatieve percepties en verkeerde verwachtingen met betrekking tot verslavingszorg.

Vandaag ontvangt slechts een kleine minderheid van de personen met een verslavingsprobleem professionele zorg en ondersteuning. Uit onderzoek en ervaringen van zorgverleners blijken bovendien de meeste initiële hulpvragen uit de omgeving van een persoon met een verslavings-probleem te komen. Zich openstellen en aandacht hebben voor de **omgeving** kan een manier zijn om de **behandelingskloof** te dichten. Alle verslavingen die vroegtijdig worden gedetecteerd en aangepakt, kunnen een (verdere) escalatie op meerdere levensdomeinen voorkomen of beperken.

Enerzijds is de omgeving een belangrijke partner in de zorg van de persoon met een verslaving. Zij vormt immers het 'natuurlijk' herstelkapitaal voor deze persoon. Anderzijds hebben mensen uit de omgeving van een persoon met een verslaving vaak problematische ervaringen meegemaakt. Ook zij hebben recht op zorg, ondersteuning en begeleiding. Het beter capteren van de inbreng en ervaringen van familieleden in de zorg voor een persoon met een verslavingsprobleem kan het **contextgericht werken** in de gespecialiseerde zorg doen toenemen. De Vlaamse overheid vindt dit een belangrijk aspect en zal via de overeenkomst met het Familieplatform Geestelijke Gezondheid de belangenbehartiging van familieleden van personen met psychische of verslavingsproblemen verder stimuleren. Dit zowel op macro niveau (Vlaams beleid), meso niveau (organisatie voorzieningen en zorgnetwerken) als micro niveau (individueel zorgtraject).

C. Actiepunten

Hieronder vindt u een overzicht van acties die uit deze nota voortvloeien.

Uiteraard is deze lijst niet exhaustief en worden er ook andere acties uitgevoerd binnen het flankerend beleid. We denken hierbij onder meer aan de actieplannen in het kader van Flanders' Care, de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden, en de jeugdhulp 2.0. Maar ook aan de acties die zullen volgen uit de eerstelijnsconferentie, de gezondheidsconferentie, de conferentie van het jonge kind, enzovoort.

De toegankelijkheid van zorg en hulpverlening voor mensen met een verslavingsprobleem bevorderen en exclusie van mensen met een verslavingsprobleem tegengaan door:

Actie 1: de inclusie- en exclusiecriteria van voorzieningen expliciteren en richtlijnen hierrond ontwikkelen

Actie 2: de zorgnoden en het zorgaanbod regionaal in kaart brengen en op basis daarvan zoeken naar optimalisaties in de spreiding en de organisatie van het aanbod en prioriteiten leggen in eventueel bijkomend aanbod.

Actie 3: het organisatorisch inbedden van verslavingszorg in de regionale netwerken geestelijke gezondheidszorg.

Actie 4: het inzetten op een correcte beeldvorming van verslavingsproblematieken, destigmatisering en attitudeverandering.

Actie 5: voldoende en kwaliteitsvol aanbod ontwikkelen voor mensen met een complexe multi-problematiek.

Gepaste ketenzorg (matched care) voorzien en zorgpaden ontwikkelen voor personen met een verslavingsprobleem om flexibele zorgtrajecten en zorg op maat mogelijk te maken door:

Actie 6: goede praktijken inzake matched care en zorgpaden verzamelen, versterken en verspreiden in de verslavingszorg en de brede geestelijke gezondheidszorg

Actie 7: een minimale invulling van zorgpaden omschrijven in een nieuw decreet op de geestelijke gezondheidszorg met aandacht voor nazorg.

Actie 8: verduidelijken van de rol van de eerstelijnsactoren (eerste lijn welzijns- en gezondheidszorg) ten aanzien van de persoon met een verslavingsprobleem, inclusief hun rol in de nazorg.

Actie 9: aanmoedigen van (geestelijke) gezondheids- en welzijnsvoorzieningen om in hun beleid alert te zijn voor en om te gaan met personen met een verslaving

Actie 10: versterken van de functie vroegdetectie en vroeginterventie, onder meer in het kader van verslaving.

Actie 11: de gespecialiseerde verslavingszorg meer mogelijkheden bieden tot outreachende zorg waarin ruimte is voor aanklampend en vindplaatsgericht werken.

Kwaliteit en innovatie in de verslavingszorg verder ontwikkelen door:

Actie 12: goede praktijken inzake kwaliteit en innovatie verzamelen, versterken en verspreiden in de verslavingszorg en in de brede geestelijke gezondheidszorg.

Actie 13: innovatie verder mogelijk maken door regelluwte te voorzien

Actie 14: faciliteren en verankeren van online methodieken.

Actie 15: verder ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en –indicatoren in de verslavingszorg, ingebed in het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg binnen het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg.

Actie 16: ondersteunen van consult en liaison inzake het omgaan met verslaving in de regionale netwerken.

Actie 17: herstelgerichte zorg en contextgericht werken stimuleren door het inzetten op patiënten- en familieparticipatie zowel op macro-, meso- als micro-niveau

Verslavingsdeskundigheid bevorderen door:

Actie 18: uitbouwen van een steunpuntfunctie voor de geestelijke gezondheidszorg inclusief de verslavingszorg, vertrekkende van en samen met de actoren in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg die nu reeds de sector inhoudelijk ondersteunen.

Actie 19: de kennis en deskundigheid met betrekking tot verslaving versterken bij huidige zorg- en hulpverleningsactoren en in de (basis)opleidingen met daarbij in eerste instantie de focus op eerstelijns welzijns- en gezondheidszorgactoren.

Een integraal beleid rond verslaving verwezenlijken door:

Actie 20: efficiënt afstemmen en samenwerken met de andere bevoegde overheden in het kader van het ontwikkelen van een integraal beleid rond problematisch gokken, roken en alcohol, van een integraal veiligheidsbeleid en van een kader voor de behandeling met vervangingsmiddelen bij mensen met een langdurige verslaving aan heroïne.

Actie 21: een brug slaan tussen het justitieel kader en de hulpverlening op basis van de evaluatie van de bestaande initiatieven zoals proefzorg en de drugbehandelingskamer.

Actie 22: de justitiehuizen uitbouwen als een cruciale link tussen de justitiële wereld en de wereld van de hulpverlening.

Actie 23: invulling geven aan noodzakelijke randvoorwaarden om voor justitieel cliënteel een aangepast zorgtraject uit te tekenen met prioritaire aandacht voor gegevensdeling en omgaan met beroepsgeheim.

Actie 24: sensibiliseren van alle zorg- en hulpverleningsactoren om meer aandacht te hebben voor ouders (en andere opvoedingsverantwoordelijken) met een verslavingsprobleem en de mogelijke effecten daarvan op kinderen en jongeren.

Een coherente en aangepaste financiering uittekenen voor de verslavingszorg door:

Actie 25: meer financiële zekerheid bieden door het harmoniseren en structureel verankeren van subsidiestromen.

Valoriseren van ervaringsdeskundigheid binnen de verslavingszorg door:

Actie 26: organisaties binnen de verslavingszorg en de brede geestelijke gezondheidszorg die werken met vrijwilligers ondersteunen

Actie 27: welzijns- en zorgorganisaties stimuleren om personen met een psychische kwetsbaarheid of ervaring met een verslavingsproblematiek in te schakelen in hun werking.

VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering:

- neemt akte van de conceptnota verslavingszorg, met dien verstande dat deze beslissing geen enkel financieel of budgettair engagement inhoudt.

- stemt ermee in dat de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de conceptnota voor advies overmaakt aan de SERV en de SAR.

- geeft de bevoegde minister de opdracht om de nodige maatregelen te treffen om de actielijnen beschreven in deze conceptnota te realiseren, in overleg met de relevante stakeholders en andere beleidsdomeinen. Het nieuwe Vlaamse beleid inzake verslavingszorg krijgt een decretale basis in een nieuw uit te werken decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Jo VANDEURZEN

Bijlagen:
- Lijst met afkortingen
- Visienota: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met een verslavingsprobleem