

Vroeginterventie bij middelengebruik onder druk: een analyse met aanbevelingen

Inhoudstafel

1 Inleiding 3

1.1 Waarom een omgevingsanalyse voor vroeginterventie? 3

1.2 Wat begrijpen we onder vroeginterventie in deze omgevingsanalyse? 3

2 Plaats van vroeginterventie in regelgeving en beleid: spreidstand tussen preventie en hulp-verlening 5

2.1 Vroeginterventie is structureel ingebed binnen de geestelijke gezondheidszorg 5

2.2 Vroeginterventie ook (gedeeltelijk) ingebed in preventie 10

2.3 Tussentijds besluit: vroeginterventie ingebed in preventie én hulpverlening 12

3 Financiering van vroeginterventie 13

3.1 Vroeginterventie gefinancierd door de Vlaamse Overheid 13

3.2 Vroeginterventie gefinancierd door de Federale regering 15

3.3 Vroeginterventie gefinancierd met gemeentelijke middelen 17

3.4 Tussentijds besluit: een lappendeken van (niet-categoriale) financiering 17

4 Noden van het terreinwerk 18

4.1 Aanpak van de nodenbevraging 18

4.2 Overzicht van de geformuleerde noden 18

5 Conclusie 28

Negen voorstellen voor het versterken van vroeginterventie bij middelengebruik in Vlaanderen 30

1. Inleiding

1.1 Waarom een omgevingsanalyse voor vroeginterventie?

Vroeginterventie is een waardevolle methodiek in het preventie- en hulpverleningslandschap. Het biedt de kans om personen met riskant of problematisch middelengebruik in een vroeg stadium te bereiken – vaak nog vóór er sprake is van ernstige schade of een uitgesproken zorgvraag. Door tijdig in te grijpen, kan vroeginterventie het verschil maken: het voorkomt escalatie van gebruik, vermindert de kans op langdurige afhankelijkheid en vergroot de kans op herstel of gedragsverandering. Omdat de ondersteuning laagdrempelig en motiverend is, is de methodiek bijzonder geschikt voor mensen die nog niet in intensieve hulpverlening terechtkomen. Toch staat de praktijk van vroeginterventie in Vlaanderen onder druk.

De afgelopen jaren ontving VAD via diverse partnerorganisaties toenemende signalen over knelpunten in de uitvoering en organisatie van vroeginterventie in Vlaanderen. Tegelijkertijd vonden er beleidsontwikkelingen plaats die de context van vroeginterventie in Vlaanderen beïnvloeden, zoals het Vlaams Decreet Geestelijk Gezondheidsaanbod (2019) en de hervorming van het CONNECT vroeginterventieaanbod. Om inzicht te krijgen in deze evoluties en een onderbouwd overzicht te vormen van de uitdagingen én noden in het werkveld, nam VAD het initiatief om een omgevingsanalyse uit te voeren. Deze analyse maakt ook deel uit van een breder reflectieproces om onze rol en opdracht rond vroeginterventie beter af te stemmen. De focus ligt op het vroeginterventieaanbod in Vlaanderen, met aandacht voor **alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen**.

Met deze omgevingsanalyse wil VAD een helder overzicht bieden van het vroeginterventielandschap. Knelpunten op het vlak van regelgeving, financiering en praktijkorganisatie worden in kaart gebracht. Op basis van deze inzichten kunnen we, samen met actoren op het terrein – concrete randvoorwaarden formuleren voor een sterkere positionering en verduurzaming van vroeginterventie. Zo ontstaat een basis voor een constructieve dialoog met beleidsmakers over de toekomst van vroeginterventie.

1.2 Wat begrijpen we onder vroeginterventie in deze omgevingsanalyse?

Een duidelijke definitie is nodig, omdat vroeginterventie in de praktijk op uiteenlopende manieren wordt toegepast. Vroeginterventie verwijst zowel naar een specifieke methodiek die binnen een breder hulpverleningskader wordt ingezet (bijvoorbeeld door eerstelijnspsychologen of in de geestelijke gezondheidszorg), als naar op zichzelf staande interventies, zoals de middelenspecifieke vroeginterventieprogramma's voor jongeren in sommige CGG's. Wat deze initiatieven gemeen hebben, is hun doel: personen met door hun omgeving gedetecteerd **riskant of problematisch middelengebruik of problemen met gamen of gokken**, zo **vroeg mogelijk identificeren**, hen tot reflectie brengen, motiveren tot gedragsverandering en - indien nodig - ondersteunen bij die veranderingsstrategie. Zo wordt het risico op verdere schade beperkt.

Belangrijk is ook dat de interventies **goed afgebakend** zijn en **beperkt in tijd**. Ook online zelfhulpmiddelen, zoals aangeboden via De Druglijn, Alcoholhulp of Drughulp, vallen binnen deze definitie van vroeginterventie.

2. Plaats van vroeginterventie in regelgeving en beleid: spreidstand tussen preventie en hulpverlening

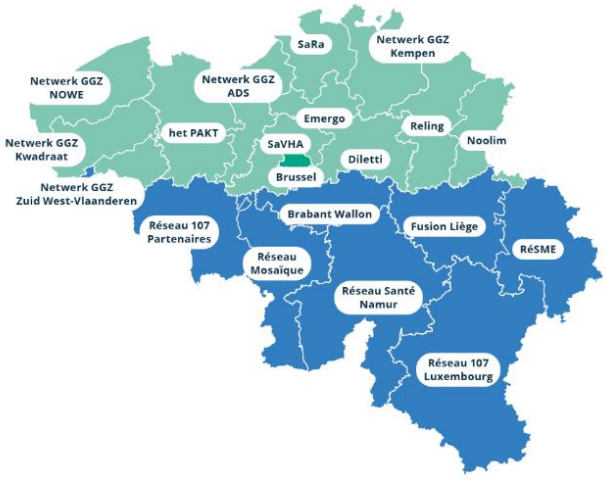
2.1 Vroeginterventie is structureel ingebed binnen de geestelijke gezondheidszorg

Vroeginterventie krijgt structureel aandacht in beleidsdocumenten en regelgeving die de geestelijke gezondheidszorg vormgeven, en dat zowel op federaal als op Vlaams niveau. Vroeginterventie wordt benoemd als een expliciete functie binnen de hervorming van art. 107 van de Ziekenhuiswet, de daaropvolgende gidsen en in het Vlaams Decreet Geestelijke Gezondheidsaanbod.

Art. 107 Ziekenhuiswet: Interfederale hervorming GGZ-netwerken met vijf functies, waaronder vroeginterventie[1]

2.1.1. GGZ netwerken voor volwassenen

Op initiatief van de hervorming van artikel 107 van de ziekenhuiswet, werd in 2010 de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid. Deze gids introduceert vijf functies voor een hervormde geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen [2] . Vroegdetectie en -interventie kreeg een plek in de eerste functie:



FIGUUR 1 OVERZICHT VAN DE 20 GGZ NETWERKEN VOOR VOLWASSENEN IN BELGIË

- Functie 1: GGZ-promotie, preventie, **<u>vroegdetectie en -interventie:</u>**
  - De gids vermeldt: "*De eerste functie heeft betrekking op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Dat impliceert: ingaan op een aanmelding,* ***diagnose en indicatiestelling****,* ***eerste interventies*** *en dit, bij voorkeur, in de woonplaats van de patiënt. Indien nodig, zal de therapeutische continuïteit op lange termijn verzekerd worden. Vanuit de ambulante sector, in casu de cgg, wordt outreaching voorzien naar belendende sectoren om deze eerste functie mogelijk te maken. Bij de uitwerking van deze functie is het tevens belangrijk dat ook de eerstelijnszorg (in casu de huisarts) mee betrokken wordt*." (p. 10)
- Functie 2: Mobiele behandelingsteams

[1] Artikel 11 en 107 van de federale ziekenhuiswet, geconcretiseerd in de gidsen 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' en 'Gids naar een nieuwe geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren'

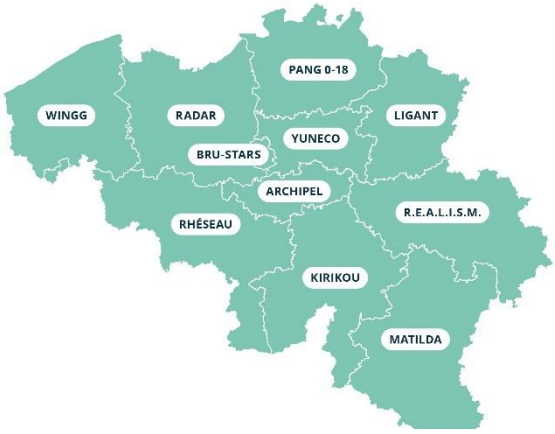
[2] https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg-voor-volwassenen/netwerken-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-voor-volwassenen

- Functie 3: Psychosociale rehabilitatie
- Functie 4: Intensieve gespecialiseerde residentiële geestelijke gezondheidszorg-units
- Functie 5: Specifieke woonvormen en verblijfsformules

Concreet betekent dat dat binnen elk netwerk geestelijk gezondheidszorg vroegdetectie en vroeginterventie moet worden uitgebouwd. Sinds de integratie van de verslavingszorg binnen de bredere geestelijke gezondheidszorg, is dus ook vroeginterventie bij middelengebruik beleidsmatig geconsolideerd.

2.1.2 GGZ netwerken voor kinderen en jongeren

Op initiatief van de hervorming van artikel 107 van de ziekenhuiswet, werd de 'Gemeenschappelijke Verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de GGZ voor kinderen en jongeren' bekrachtigd op 10 december 2012 door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Daaruit volgde de 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' waarin **vroegdetectie en -interventie als een kernfunctie** wordt omschreven, naast vier andere functies:



FIGUUR 2 OVERZICHT VAN DE NETWERKEN GGZ VOOR KINDEREN EN JONGEREN

1) **<u>Vroegdetectie, screening en oriëntatie</u>**
2) Diagnostiek
3) Behandeling
4) Inclusie van alle levensdomeinen
5) Uitwisselen en samen inzetten van expertise

De gids definieert vroegdetectie als de *analyse* van de eerste *voorboden* van een mogelijke *psychische of psychiatrische problematiek met of zonder hulpvraag*. Screening betekent de exploratie van de signalen. Oriëntatie betekent *het actief richten* van het kind of de jongere en zijn context *naar een gepast hulp- of zorgaanbod (p.13)*.

De gids formuleert de volgende doelstellingen en acties voor vroeginterventie (p. 9):

- *Strategische doelstelling 3: Implementeren van strategieën voor promotie van geestelijke gezondheid en preventie van geestelijke gezondheidsproblemen:*
    - *Operationele doelstelling 1:* ***Realiseren van vroegdetectie en -interventie*** *vanuit een samenlevingsgerichte benadering gebaseerd op evidence-based kennis en praktijkgerichte ervaringen*
        - *Actie 21: Realiseren van een wederzijdse advies- en liaisonfunctie, met* ***specifieke aandacht voor de jongste leeftijdsgroep****: infants, peuters en kleuters (0 tot 6j.). De geestelijke gezondheidszorg richt zich onder meer tot vroedvrouwen, diensten neonatologie en pediatrie van een algemeen ziekenhuis, consultatiebureaus voor het jonge kind (Kind & Gezin), de preventieve schoolgezondheidssector (CLB), initiatieven in de kinderopvang, scholen, … voor de herkenning en tijdige detectie van de eerste voorboden van*

een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek bij kinderen en jongeren

- *Actie 22: Ondersteunen van **intersectoraal samenwerken** in de gezondheids- en welzijnszorg bij de ontwikkeling en organisatie van gerichte vroeginterventie naar kinderen en jongeren met psychische problemen.*

In 2017 keurde de Belgische Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid een algemeen kader goed voor het programma "vroegdetectie en -interventie van psychische problemen bij kinderen en jongeren, dat uiteindelijk de naam CONNECT kreeg. CONNECT maakt deel uit van het activiteitenprogramma crisiszorg, een van de vier zorginhoudelijke initiatieven van het Belgische geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren uit 2015 (Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, 2015).

Op basis van dit algemeen kader werkte **de Vlaamse overheid een template voor CONNECT** uit. Hiermee konden GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren in Vlaanderen en Brussel **een concreet actieplan voor vroegdetectie en -interventie uitwerken**, aangepast aan de regionale noden. Binnen het programma ligt de focus op kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (psychose, suïcide, eetstoornissen, verslaving en KOPP/KOAP).

Sinds 2018 ontvangen de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren financiering van de Vlaamse overheid om dit actieplan binnen hun regio te realiseren. Deze financiering verving de eerdere projectfinanciering van vroeginterventieprojecten voor specifieke doelgroepen of thema's. In de laatste subsidieperiode werd het programma grondig geëvalueerd door het Departement Zorg en een onderzoek van **het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG)**. Op basis hiervan keurde de Vlaamse Regering de **nieuwe meerjarige overeenkomst** goed, met uitbreidingsmiddelen voor de zes CGG. De overeenkomst loopt **van 1 september 2023 tot en met 31 december 2026**. Doelgroepen en aanbod worden zijn hierin helder omschreven en **uitgebreid**, zodat meer kinderen en jongeren tussen de 0-23 jaar vroeg bereikt kunnen worden. Daarnaast is ook een subsidie goedgekeurd om het aanbod van de kinder- en jongerenteams van de ambulante CGG te versterken, zodat een naadloze overgang verzekerd is voor kinderen en jongeren die na vroegdetectie en/of -interventie gespecialiseerde ambulante diagnostiek of behandeling nodig hebben.

Eerstelijnspsychologische zorg krijgt rol in vroeginterventie

Op 2 december 2020 werd een **Protocolakkoord**[3] gesloten tussen de federale regering en de Gewesten en Gemeenschappen over een **gecoördineerde aanpak** voor de **versterking** van het **psychisch zorgaanbod**, met bijzondere aandacht voor kwetsbare doelgroepen die het zwaarst werden getroffen door de COVID-19-pandemie. Het doel van dat protocolakkoord was geestelijke gezondheidszorg toegankelijker te maken, dicht bij de leefomgeving van de burger en in samenwerking met de actoren in de eerstelijn. Het protocolakkoord definieert de volgende opdrachten: preventie (met inbegrip van symptoomreductie en voorkomen van herval), vraagverheldering en assessment, **vroegtijdige en kortdurende veerkrachtondersteunende interventies** en kortdurende behandeling van lichte tot matige problemen. Het akkoord ging gepaard met een verhoging van het budget voor psychologische gezondheidszorg en met een

[3] Protocolakkoord gesloten tussen de Federale regering en de in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de grondwet bedoelde autoriteiten betreffende de gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod in het kader van de COVID-19 pandemie.

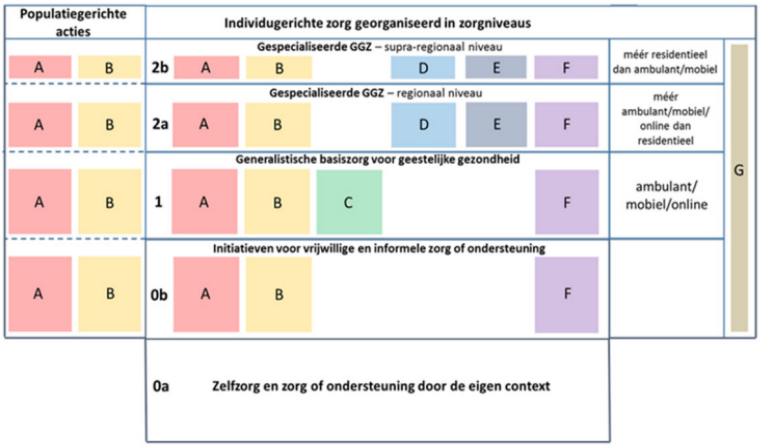
ontwerp van een overeenkomst tussen het RIZIV en de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg dat op 26 juli 2021 werd goedgekeurd door het Verzekeringscomité van het RIZIV.

In april 2024 werd de overeenkomst vernieuwd[4]. Deze vernieuwde overeenkomst is een volgende stap in het toegankelijker maken van interventies die de veerkracht van de bevolking bevorderen en de **verdere uitbouw van de eerstelijnspsychologische functie** mogelijk maken, inclusief de functie van **eerstelijnspsychologische behandeling** van lichte tot matige problemen in het kader van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit aanbod is aanvullend op het bestaande aanbod, en houdt rechtstreeks verband met de art. 107-hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg. De vernieuwde overeenkomst vermeldt het belang van vroeginterventie en vroegdetectie.

> "*In lijn met het public mental health perspectief en de beperkte middelen wordt, vanuit onder meer wetenschappelijke inzichten, de praktische haalbaarheid en zorgindicatie van de rechthebbende en zijn context,* ***ingezet op het verder ontwikkelen*** *van een* ***groepsaanbod****, op* ***vindplaatsgericht*** *werken en op een aanbod van* ***vroeginterventie en vroegdetectie***[5]*." (p. 5)*

Vlaams decreet Geestelijke Gezondheidsaanbod

Met de zesde staatshervorming werden de bevoegdheden rond geestelijke gezondheidszorg in de verplegings-inrichtingen buiten de ziekenhuizen overgeheveld naar de deelstaten. De Vlaamse regering keurde daarop, op 5 april 2019, het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod goed.



FIGUUR 3 OVERZICHT ORGANISATIE GEESTELIJK GEZONDHEIDSAANBOD IN VLAANDEREN

Het decreet deelt het geestelijke gezondheidsaanbod inhoudelijk op in zeven functies en programma's.

Functie C omvat **detectie, vroegtijdige en kortdurende interventies**. Deze worden in art. 13 omschreven als:

- *interventies die gericht zijn op de analyse van al dan niet eerste signalen van een mogelijke psychische aandoening, met of zonder hulpvraag;*
- *vroegtijdige interventies die inspelen op de eerste signalen van een mogelijke psychische aandoening. Die interventies worden in een goed afgebakend en beperkt tijdsperspectief uitgevoerd;*
- *interventies die gericht zijn op de versterking van empowerment, verbondenheid en zelfzorg in een goed afgebakend en beperkt tijdsperspectief;*

[4] Samenwerkingsovereenkomst tussen RIZIV en netwerken geestelijke gezondheidszorg
[5] Samenwerkingsovereenkomst tussen RIZIV en netwerken geestelijke gezondheidszorg

Elk GGZ netwerk moet de uitvoering van deze functie faciliteren en optimaliseren, de **netwerkpartners die werkzaam zijn binnen zorgniveau 1** (generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid, oftewel alle professionele, generieke zorg voor personen met psychische zorgnoden) voeren die uit.

Dit decreet is voorlopig slechts gedeeltelijk in werking:

- Het uitvoeringsbesluit in 24 mei 2024 regelt enkel de organisatie, programmatie en erkenning van de geestelijke gezondheidsnetwerken en het comité geestelijke gezondheidsnetwerken: https://beslissingenvlaamseregering.vlaanderen.be/document-view/664F2D35079ED7820208B0BF
- Het uitvoeringsbesluit van 17 mei 2024 wat betreft de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) regelt een proefproject voor de functies D, E en G: https://beslissingenvlaamseregering.vlaanderen.be/document-view/6641FCFD079ED782020895B5

Over een concretisering van functie C is nog geen uitvoeringsbesluit.

Aandacht voor niet-specifieke vroeginterventie in Vlaamse Beleidsnota Welzijn en Volksgezondheid

Ook binnen de beleidsnota van de nieuwe Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding is er aandacht voor vroeginterventie. Onder het luik 'Gespecialiseerde Zorg' wil de minister werk maken van de uitvoering van het Decreet Geestelijk Gezondheidsaanbod (2019), met bijzondere aandacht voor de functie 'Detectie, vroegtijdige interventie en kortdurende interventies'. De minister ziet daar in eerste instantie **een belangrijke rol voor eerstelijnspsychologische zorg** en de **Centra Algemeen Welzijnswerk** voor kinderen en jongeren, en voor de **huisarts** en de **eerstelijn** voor volwassenen. Voor personen die een groter risico lopen op psychische klachten of symptomen, wordt **naast de basiszorg ook de gespecialiseerde zorg** vermeld om aan vroegdetectie en vroeginterventie te doen.

> *"Vroegdetectie en vroeginterventie bij psychische klachten dient zich bij uitstek af te spelen in de contexten waar de ontwikkeling zich effectief voordoet. De (Vlaams en federaal gefinancierde)* ***eerstelijnspsychologische zorg en de centra algemeen welzijnswerk*** *spelen een centrale rol in deze basiszorg op vindplaatsen zoals de* ***Huizen van het Kind, de OverKophuizen en de JAC's****, maar ook andere informele plekken waar kinderen en jongeren in alle veiligheid en vertrouwen hulpvragen kunnen stellen. We moeten onze dienstverlening voor gezinnen, kinderen en jongeren toegankelijker en bereikbaarder maken zodat het eenvoudiger wordt om een gesprek aan te gaan en een hulpvraag te stellen.*
>
> *Wat de volwassenen betreft verloopt de toegang tot de gespecialiseerde zorg voornamelijk via* ***de huisarts en de eerste lijn****. We voorzien een laagdrempelig aanbod van ambulante zorgverlening bij de psycholoog.*
>
> *Personen die een groter risico lopen op psychische klachten of symptomen hebben, maar (nog) niet beantwoorden aan de diagnostische criteria van een stoornis zijn gebaat bij een vroegtijdige detectie en/of vroegtijdige of kortdurende interventie. En dit niet alleen op het* ***niveau van de basiszorg, maar ook op het niveau van de zelfzorg en gespecialiseerde***

***zorg**. Samenwerking met en tussen verschillende sectoren, zorg– of welzijnsactoren in de maatschappij is daarbij cruciaal." (p. 76)*

2.2 Vroeginterventie ook (gedeeltelijk) ingebed in preventie

Naast de expliciete verankering van vroeginterventie in beleidsdocumenten en regelgeving die de geestelijke gezondheidszorg vormgeven, is er ook aandacht voor vroeginterventie binnen het Vlaams preventiebeleid. Zo verwijst 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' expliciet naar het belang van vroeginterventie en kunnen ook (inter)gemeentelijke preventiewerkers een opdracht krijgen rond gespecialiseerde vroeginterventie bij middelgebruik.

Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid en Vlaams preventiebeleid

Artikel 69 van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid verwijst naar het opsporen van psychische aandoeningen in een zo vroeg mogelijk stadium:

De Vlaamse regering neemt initiatieven ter preventie van psychische aandoeningen. Die initiatieven kunnen onder meer betrekking hebben op:

- *1° het voorkomen van psychische aandoeningen door in te grijpen op determinanten en bronnen van gevaar of bedreigende factoren;*
- *2° het **opsporen** van psychische aandoeningen **in een zo vroeg mogelijk stadium**.*

Een concrete invulling hiervan wordt vastgelegd in de Vlaamse preventiestrategie. Zo vermeldt "De Vlaming leeft gezonder in 2025" het belang van vroeginterventie onder de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg': *"Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de zorg- en welzijnsvoorzieningen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is. Tegen 2025 past een toenemend percentage van de zorgverstrekkers en hulpverleners de beschikbare preventiemethodieken toe" (p.39).* Er is onder meer aandacht voor de me-ASSIST en vroeginterventie bij middelengebruik van jongeren (p. 42):

- *Vroegdetectie en vroeginterventie (m.i.v. leefstijlverbetering) in de eerstelijn via gezondheidsgids, BOV, Halt2Diabetes, zoet zwanger ...*
- *Vroegdetectie en vroeginterventie (m.i.v. leefstijlverbetering) in de eerstelijn via de methodiek **ME ASSIST voor artsen en welzijnswerkers**: De me-ASSIST staat voor 'modified electronic – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Tegst'. De toolbox helpt om middelengebruik te detecteren, bespreekbaar te maken en er op te interveniëren. Hij bevat een geautomatiseerde vragenlijst met kortdurende interventie, folders, informatie over doorverwijzen, factsheets...*
- *Vroeginterventie **middelengebruik voor jongeren**: Jongeren die riskant middelen gebruiken krijgen **meer inzicht in hun gebruik** en worden **gemotiveerd** om hun gedrag **te veranderen**. De interventie is **kortdurend (3 à 5 sessies)** en **afgebakend** qua inhoud en daardoor meer aanvaardbaar voor de jongere dan een klassieke behandeling. Jongeren die meer nodig hebben worden doorverwezen naar verdere hulpverlening (al dan niet*

*alcohol- en drugspecifiek). Als **groepsdeelname** niet mogelijk is - bijvoorbeeld omwille van beperkte verbale mogelijkheden - krijgt de jongere een **individuele interventie** op maat.*

Vroeginterventie binnen het lokale preventieve gezondheidsbeleid

De strategie “De Vlaming leeft gezonder in 2025” moedigt lokale besturen aan om een eigen, kwaliteitsvol preventiebeleid te voeren, complementair aan het Vlaams beleid. Het **besluit van de Vlaamse Regering betreffende de Logo’s** van 30 januari 2009 (hervormd op 17 mei 2024) zorgt ervoor dat een lokaal bestuur daarbij kan rekenen op ondersteuning van de Logo’s (sinds 2025: de Gezondheidsmakers) en in aanmerking kan komen voor een subsidie om een intergemeentelijke preventiewerking uit te bouwen[6]. Die intergemeentelijke preventiewerkers staan dan in om de beleidsdoelstellingen van het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid en van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te realiseren op lokaal niveau. In de praktijk wil dat dus zeggen dat **ook intergemeentelijke preventiewerkers aan vroeginterventie kunnen doen**.

Gezien de nauwe link tussen vroeginterventie en het geestelijk gezondheidsaanbod, drong het steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Armoedebestrijding bij de hervorming van de Logo’s in mei 2024 aan op een betere samenwerking met de GGZ-netwerken:

> *Het valt de raad op dat er ook **naar andere (federale) netwerken** weinig tot **niet verwezen** wordt. We denken bijvoorbeeld aan de **ggz-netwerken “107”** en daarbij ook het project van de eerstelijnspsychologische functies via de netwerken geestelijke gezondheid. Dat is jammer omdat ook deze beleidsinitiatieven uitgaan van een populatiebenadering met veel aandacht voor vroegdetectie, vindplaatsgericht werken en zo meer. Een goede afstemming tussen deze netwerken is absoluut aangewezen om ze efficiënt en complementair te laten werken[7]. (p.8)*

De Vlaamse regering besliste echter om deze samenwerking niet op te nemen in het decreet omwille van het transitietraject binnen het Vlaams Decreet Geestelijke Gezondheidszorg (2019):

> *De raad dringt aan op een betere samenwerking met de regionale GGZ-netwerken “Artikel 107”, waarbij de raad vermoedelijk verwijst naar participatie van het Logo binnen functie 1: “GGZ-promotie, preventie, vroegdetectie en vroeginterventie”. Sommige Logo’s zijn momenteel partner binnen een GGZ-netwerk. Dit kan inderdaad binnen de nieuwe logowerking structureel uitgebouwd worden. Omdat de **GGZ-netwerken momenteel zelf** betrokken **in een transitietraject** zijn ze **niet expliciet opgenomen**[8]. (p. 5)*

Hoewel vroeginterventie dus zowel binnen de geestelijke gezondheidszorg als binnen de intergemeentelijke preventiewerking is ingebed, ontbreken op dit moment handvaten om structurele samenwerking tussen beide te bevorderen.

[6] https://www.departementzorg.be/nl/lokaal-preventiebeleid
[7] https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/63832
[8] https://beslissingenvlaamseregering.vlaanderen.be/document-view/66430B96079ED78202089935

2.3 Tussentijds besluit: vroeginterventie ingebed in preventie én hulpverlening

Vroeginterventie krijgt structureel aandacht zowel beleidsdocumenten en regelgeving die de geestelijke gezondheidszorg vormgeven als die het Vlaamse preventielandschap vorm geven. Vroeginterventie wordt dus parallel in twee pijlers ingebed. Binnen de geestelijke gezondheidszorg krijgt vroeginterventie een duidelijke omschrijving binnen één van de functies van het geestelijke gezondheidsaanbod. Binnen het preventieaanbod krijgt vroeginterventie een minder duidelijk omschreven opdracht. Wel is hier expliciet aandacht voor een gespecialiseerd vroeginterventieaanbod bij middelengebruik.

Daarnaast worden vroegdetectie en vroeginterventie in de verschillende beleidsdocumenten consequent samen genoemd. Hoewel beide onlosmakelijk verbonden zijn met elkaar (bv. vroegdetectie kan leiden tot een verwijzing naar een programma voor vroeginterventie), zijn het wel van elkaar te onderscheiden activiteiten. Waar intermediairs binnen de generalistische basiszorg een belangrijke rol spelen bij vroegdetectie, bevindt laagdrempelige vroeginterventie bij middelengebruik zich vaker binnen gespecialiseerde zorg. Dat onderscheid wordt echter weinig expliciet gemaakt in de huidige beleidsdocumenten.

De Vlaamse regering werkt aan een hervorming van het Vlaamse geestelijke gezondheidsaanbod. Ook het Vlaamse preventielandschap hervormt na een nieuwe invulling van de Logo's naar de Gezondheidsmakers. Binnen het geestelijke gezondheidsaanbod blijft vroeginterventie voorlopig structureel verankerd binnen de generalistische basiszorg, al laat het recente regeerakkoord ook een opening voor de gespecialiseerde zorg bij personen die een groter risico lopen op psychische klachten of symptomen. Het blijft vooralsnog onduidelijk welke plek vroeginterventie, in het bijzonder een categoriaal vroeginterventieaanbod bij middelengebruik, hier in de toekomst zal innemen.

In aanloop van de gezondheidsconferentie preventie blijft het ook belangrijk om de plek van vroeginterventie bij middelengebruik binnen het preventiebeleid te monitoren.

3. Financiering van vroeginterventie

3.1 Vroeginterventie gefinancierd door de Vlaamse Overheid

Er bestaan verschillende manieren waarop vroeginterventie in Vlaanderen wordt gefinancierd. In de praktijk worden deze financieringsbronnen vaak gecombineerd. Hieronder volgt een (niet-exhaustief) overzicht.

Vroeginterventie binnen CGG-enveloppefinanciering

Verschillende Centra voor Geestelijke Gezonsheidszorg (CGG) financieren hun vroeginterventiewerking via de subsidie-enveloppe financiering [9] , en/of via de preventieovereenkomst voor het TAD-preventiewerk met terreinwerking[10]. Meestal gaat het hier om een gespecialiseerd vroeginterventieaanbod gericht op middelengebruik.

- Een erkend CGG ontvangt jaarlijks een subsidie, de zogenaamde subsidie-enveloppe, vastgelegd in een driejarige overeenkomst met het Departement Zorg. Sommige CGG besteden een deel van die subsidie-enveloppe aan een vroeginterventiewerking op te stellen (binnen hun hulpverleningsaanbod).
- Sommige CGG financieren de gespecialiseerde vroeginterventie voor middelengebruik via de preventieovereenkomst voor het TAD-preventiewerk met terreinwerking.

Deze financieringsvormen worden vaak gecombineerd, of aangevuld met andere middelen, om een vroeginterventieaanbod te realiseren.

Vroeginterventie netwerken voor geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren: CONNECT programma

Sinds 2018 financiert de Vlaamse overheid het programma vroegdetectie en -interventie binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in Vlaanderen en Brussel. De financiering gebeurt sinds 2024 via een meerjarige overeenkomst. Het gaat hier over vroeginterventie bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (psychose, suïcide, eetstoornissen, verslaving en KOPP/KOAP).

Historiek

In 2007 werd het project 'Vroeginterventie door middel van groepswerking met jonge experimenterende en beginnende probleemgebruikers' opgestart binnen het Fonds ter bestrijding van de verslavingen (2007-2012) met als doel de ontwikkeling en implementatie van een draaiboek.

Na de stopzetting van het Fonds in 2012 werd het project verdergezet met Vlaamse subsidies voor de continuering van vijf Vlaamse pilootprojecten vroeginterventie alcohol en drugs. Tot en met 2017 werden die subsidies tweejaarlijks verlengd. Vanaf 2018 werd het project geïntegreerd in het bredere - **niet middelenspecifieke** - **programma vroegdetectie en -interventie** (ook Connect genoemd), dat wordt uitgevoerd binnen **de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren (GGKJ)** in Vlaanderen en Brussel. Binnen enkele netwerken GGKJ, zoals PANGG en

[9] Cf. Decreet van 18/5/1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg https://www.departementzorg.be/nl/centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg
[10] Overzicht financiering preventieve gezondheidsbeleid

RADAR, werd toen bemiddeld om hun middelenspecifieke aanpak te behouden. Na het stopzetten van de projectfinanciering in 2018 werd de coördinatieopdracht van VAD beëindigd. Sindsdien is een beperkt ondersteuningsaanbod vroeginterventie geïntegreerd in de werking van VAD.

Huidige financiering CONNECT-programma

Sinds 2018 financiert de Vlaamse overheid het programma vroegdetectie en -interventie binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in Vlaanderen en Brussel. De financiering wordt toegekend aan zes Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

Tussen 2018 en 2023 gebeurde dat aan de hand van een subsidieovereenkomst. Sinds 2024 is er een meerjarige overeenkomst met uitbreidingsmiddelen. Hiervoor werd een gemeenschappelijke visie ontwikkeld op geïndiceerde vroegdetectie/vroeginterventie, in samenwerking met gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Het aanbod wordt uitgebreid, zodat meer kinderen en jongeren tussen de 0 en 23 jaar via dit programma vroeg kunnen worden bereikt. Daarnaast werd ook een subsidie goedgekeurd om de kinder- en jongerenteams van de ambulante CGG te versterken. Dit moet een naadloze overgang mogelijk maken voor die kinderen en jongeren die na vroegdetectie en/of -interventie nood hebben aan gespecialiseerde ambulante diagnostiek of behandeling.

Vroeginterventie door intergemeentelijke preventiewerkers

Sinds 2003 gaven sommige provincies (bv. Oost-Vlaanderen, Vlaams-Brabant) financiële ondersteuning voor intergemeentelijke preventiewerkingen, voornamelijk rond de thema's alcohol en drugs. In 2019 werden die subsidies overgeheveld van het provinciale niveau naar het Agentschap Zorg en Gezondheid [11] en werd de intergemeentelijke preventiewerking in heel Vlaanderen uitgerold. De intergemeentelijke preventiewerkers bedienen twee of meer gemeenten binnen een eerstelijnszone. Recent werd nog 1,5 miljoen euro vrijgemaakt om lokale besturen een financiële stimulans te geven als ze samen met ten minste één aanpalende gemeente binnen een eerstelijnszone, een lokale preventiewerking uitbouwen.

Aan deze bijkomende gereglementeerde subsidie zijn voorwaarden verbonden:

1. de samenwerkende gemeenten voorzien elk een cofinanciering die minstens even groot is als die van de Vlaamse Gemeenschap;

2. zij engageren zich om met de voorziene subsidie en de eigen inbreng, personeel in te zetten voor de lokale preventiewerking.

Momenteel zijn er 36 intergemeentelijke samenwerkingen. Sommige daarvan focussen specifiek op TAD, bij andere is TAD één van meerdere preventiethema's. [12]. We hebben echter geen zicht op welke van die 36 intergemeentelijke samenwerkingen ook een vroeginterventieaanbod hebben. Vroeginterventie is immers geen verplichte opdracht. Intergemeentelijke samenwerkingen die wel vroeginterventie aanbieden, kunnen zich richten op zowel gespecialiseerd vroeginterventiewerk rond middelengebruik als op vroeginterventie binnen andere gezondheidsthema's (zoals leefstijlverbetering, eetstoornissen of obesitas). In sommige gevallen zijn de preventiewerkers die

[11] Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van diverse bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 januari 2009 betreffende de Logo's, 5 april 2019
[12] Overzicht financiering preventieve gezondheidsbeleid

aan vroeginterventie doen ingebed binnen een CGG of een organisatie uit de gespecialiseerde verslavingszorg.

Vroeginterventie door gespecialiseerde verslavingszorg via middelen revalidatieovereenkomst

Sommige organisaties binnen de gespecialiseerde verslavingszorg hebben ook een gespecialiseerd vroeginterventieaanbod voor middelengebruik. De financiering daarvan is divers en loopt vaak via (een combinatie van) de hierboven beschreven financieringskanalen. Enkele organisaties gebruiken daarnaast een deel van hun eigen middelen voor 'screening en indicatiestelling' binnen de revalidatieovereenkomst met het Departement Zorg aan om aan vroeginterventie te doen.

3.2 Vroeginterventie gefinancierd door de Federale regering

Vroeginterventie door eerstelijnspsychologen (ELP)

Sinds 1 april 2024 geldt een nieuwe overeenkomst tussen het RIZIV en de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg. Daar wordt het volgende vermeld over de financiering:

> "*De middelen, die hiertoe in de begrotingsdoelstelling van het RIZIV zijn voorzien, worden verdeeld* ***via een populatiefinanciering*** *over de gemeenschap en het gewest en vervolgens* ***toegewezen aan de netwerken****. Daarbij wordt rekening gehouden met het* ***inwonersaantal****, de* ***aanvangsleeftijd*** *en* ***prevalentie*** *van psychische problematieken en de socio-economische situatie* ***binnen het werkingsgebied*** *alsook met de verhouding van het aantal personen met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming in het werkingsgebied en de meerkost voor personen met recht op verhoogde tegemoetkoming binnen de ziekteverzekering. Het beschikbare budget werd daartoe op een wetenschappelijke wijze verdeeld over de 32 netwerken*.[13]."

Het belangrijkste doel van de overeenkomst is om psychologische zorg toegankelijker te maken, zowel financieel als op het vlak van de organisatie van de zorg[14].

Vroeginterventie binnen Strategisch Veiligheids- en Preventieplan – FOD Binnenlandse Zaken

Ook middelen uit het Strategisch Veiligheids- en Preventieplan (SVPP) worden soms ingezet om vroeginterventie te financieren. Aangezien deze middelen afkomstig zijn van Binnenlandse Zaken, vertrekken deze initiatieven formeel vanuit een veiligheidslogica, en niet vanuit een welzijns- of gezondheidskader.

De tewerkstelling van medewerkers binnen het SVPP verschilt sterk per gemeente. In sommige gevallen zijn ze rechtstreeks in dienst bij de gemeente of politie, in andere worden ze gedetacheerd naar een vzw actief in preventie, straathoekwerk of hulpverlening. Een derde mogelijkheid is dat de gemeente de SVPP-middelen doorstort aan een vzw, die dan zelf moet instaan voor eventuele

[13] Samenwerkingsovereenkomst tussen RIZIV en netwerken geestelijke gezondheidszorg
[14] De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg: Overzicht van het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg en de beantwoorde en onbeantwoorde noden in België

onderfinanciering. Hoewel omzendbrief PREV 30[15] stelt dat SVPP-middelen niet langer mogen worden aangewend voor hulpverlening, gebeurt dat in de praktijk – zij het uitzonderlijk – nog steeds.

Vroeginterventie door liaisonpsychiatrie in ziekenhuizen

In verschillende ziekenhuizen zijn **liaisonmedewerkers** aangesteld die instaan voor de **opvang** en **begeleiding** van gehospitaliseerde patiënten met **psychische of psychiatrische moeilijkheden**. Het liaisonteam kan worden ingeschakeld door de behandelende artsen, de (hoofd)verpleegkundigen van de afdeling of de patiënt zelf.

De liaisonteams bestaan uit psychiaters, psychologen en/of psychiatrisch verpleegkundigen. Een liaisonpsycholoog of -psychiater biedt laagdrempelige, multidisciplinaire en kwalitatieve psychiatrische zorg aan bed, met en nadruk op screening, **korte interventies** en doorverwijzing, innauw overleg met het behandelend team. Liaisonmedewerkers worden meestal vanuit de ziekenhuizen zelf gefinancierd. In enkele gevallen gebeurt dat aan de hand van financiering vanuit een specifieke afdeling binnen het ziekenhuis. De liaisonpsychiatrie pleit al jaren voor een structurele financiering[16].

In sommige ziekenhuizen legt het team zich ook toe op specifieke zorgpaden, zoals het zorgpad alcohol. Het opzetten en ontwikkelen van een zorgpad alcohol in een algemeen ziekenhuis wordt gerealiseerd met federale projectfinanciering [17] , maar de effectieve uitvoering (inclusief vroeginterventie) gebeurt doorgaans binnen de reguliere werking van de verpleegkundigen en liaisonmedewerkers van het ziekenhuis.

Vroeginterventie binnen de Algemene Ziekenhuizen (Spoed): proefproject

De FOD Volksgezondheid heeft een budget vrijgemaakt om een proefproject te starten in vijf algemene ziekenhuizen (2 in Vlaanderen, 1 in Brussel, 2 in Wallonië). Dit proefproject beoogt de implementatie van een zorgpad voor jongeren onder de 24 jaar die zich aanmelden bij de spoeddiensten met een probleem dat direct verband houdt met alcohol of veroorzaakt wordt door schadelijk alcoholgebruik. Het project is een samenwerking tussen de FOD Volksgezondheid (Cel GGZ, federaal coördinatieteam hervormingen GGZ, Cel Drugs), de koepelorganisaties en de coördinatoren van het proefproject 'zorgpad alcohol'.

Dit proefproject moet de **optimale detectie en aanpak van alcoholgerelateerde problemen** (intoxicatie, overconsumptie en ongevallen die verband houden met schadelijk alcoholgebruik) **bij jongeren en jongvolwassenen** bevorderen, **vanuit de spoeddiensten** en in samenwerking met de GGKJ-netwerken (geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren). Er geldt geen minimumleeftijd.

Het proefproject **"Zorgpad vanuit de spoeddiensten voor jongeren met alcoholgerelateerde problemen"** maakt deel uit van het actieplan 2024-2025, dat werd goedgekeurd in het kader van de Thematische Vergadering Drugs van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Dit actieplan richt zich op de aanpak van schadelijk alcoholgebruik.

[15] https://etaamb.openjustice.be/nl/omzendbrief-van-23-mei-2007_n2007000552
[16] De consultatie-liaisonpsychiatrie in de Belgische ziekenhuizen van de eenentwintigste eeuw: quo vadis?
[17] Koninklijk besluit houdende toekenning van een toelage aan de vzw IDA ter ondersteuning van de verlenging van een pilootproject "tools en zorgpad alcohol in de algemene ziekenhuizen

3.3 Vroeginterventie gefinancierd met gemeentelijke middelen

Soms wordt vroeginterventie integraal gefinancierd vanuit een lokaal bestuur. Het gebeurt echter vaker dat één van de bovenstaande financieringsbronnen wordt aangevuld met gemeentelijke middelen.

3.4 Tussentijds besluit: een lappendeken van (niet-categoriale) financiering

De **financiering** van vroeginterventie is **versnipperd** over **verschillende beleidsniveaus (lokaal, Vlaams en federaal)** en over uiteenlopende financieringsvormen, zoals het **gespecialiseerd vroeginterventieaanbod voor middelengebruik** (bv. vroeginterventie middelengebruik met stedelijke middelen) en **een generalistisch vroeginterventieaanbod** (bv. Connect-programma).

In dit overzicht werden negen verschillende financieringsbronnen opgesomd, maar mogelijk bestaan er nog andere. Aangezien elke financieringsbron haar eigen voorwaarden, registratiemethoden en administratieve afhandeling heeft, ontstaan ook verschillen in de werking van het vroeginterventieaanbod. Het valt bovendien vaak voor dat organisaties verschillende financieringsbronnen combineren om een afdoend aanbod van vroeginterventie te verzekeren.

Een verklaring voor de versnippering in het vroeginterventieaanbod voor middelengebruik ligt in het **gebrek aan een structurele financieringsbron** voor gespecialiseerde vroeginterventie. Daardoor zijn organisaties genoodzaakt andere financieringskanalen aan te spreken, wat de fragmentatie versterkt. Een uitzondering is de Connect-financiering, maar die richt zich enkel op een begrensde doelgroep van kinderen en jongeren.

4. Noden van het terreinwerk

1.1 Aanpak van de nodenbevraging

Wie werd bevraagd?

Aangezien we vertrekken vanuit het mandaat van VAD, hebben we de nodenbevraging toegespitst op vroeginterventiewerkers die (onder meer) een specifiek aanbod naar middelengebruik hebben in Vlaanderen. De liaisonspsychiatrie of eerstelijnspsychologen zijn dus niet bevraagd in dit luik. De nodenbevraging is gebaseerd op:

- Een gesprek met de leden van het bestuursorgaan van VAD tijdens een bestuursvergadering op 15/11/2024;
- Interviews met 19 vroeginterventiewerkers met verschillende achtergronden (intergemeentelijke preventiewerkers, CGG VI-werkers (Connect, TAD en enveloppesubsidie CGG, enz.), stedelijke preventiewerkers in de periode 11/12/2024-16/04/2025.
- Een rondetafelgesprek op 23/04/2025

De knelpunten, *good practices* en noden die tijdens die gesprekken aan bod kwamen, werden hieronder gebundeld.

Aanbevelingen formuleren op basis van een rondetafelgesprek

Op basis van de omgevingsanalyse komen we op woensdag 23 april samen voor een rondetafelgesprek. Aan de hand van de nota formuleren we samen randvoorwaarden voor een duurzaam beleid inzake vroeginterventie en denken we na over een ondersteunend kader.

1.2 Overzicht van de geformuleerde noden

Grote verschillen in vroeginterventieaanbod tussen regio's

De invulling die een regionaal vroeginterventieaanbod krijgt, hangt momenteel sterk af van factoren zoals de financierder (gemeente, verschillende gemeentes met gemengde financiering, Vlaamse overheid ...), regionale afspraken met andere voorzieningen en/of de beschikbare capaciteit. Zo bepaalt de financiering bijvoorbeeld vaak de doelgroep van het vroeginterventieaanbod. Aangezien er heel wat versnippering is in de financiering, ontstaan ook verschillen in de doelgroepen van het regionale vroeginterventieaanbod. Ook zorgt de onderbezetting van een team ervoor dat er prioriteiten worden gesteld, en die kunnen dan weer verschillen van regio tot regio. Factoren zoals financierder, regionale afspraken of beperkte capaciteit werken dus verschillen in het vroeginterventieaanbod van regio's in de hand. Die verschillen lichten we hieronder verder toe.

Verschillen in **doelgroep**

De leeftijd waarop de **groep 'kinderen en jongeren'** wordt begrensd binnen vroeginterventie, **varieert** tussen regio's. Zo werkt het CONNECT-programma bijvoorbeeld naar jongeren van 0-23 jaar, al wordt daarvan in de praktijk afgeweken. Op andere plekken wordt de doelgroep 'jongeren' afgebakend naar de leeftijd 12-25 jaar, 12-24 jaar, of zelfs enkel jongeren in het middelbaar onderwijs.

Vroeginterventiewerkers vinden een uitbreiding van de doelgroep 'kinderen en jongeren' naar 25 jaar (zoals op sommige plekken het geval is) wenselijk. Het is immers vaak zo dat de hulpvraag zich pas aandient op latere leeftijd (bv. 24 of 25 jaar). Op die leeftijd vinden jongeren vaak geen aansluiting bij de doelgroep 'volwassenen' en haken ze af. Andere vroeginterventiewerkers pleiten voor een niet al te strikte afbakening van de transitieleeftijd bij de doelgroep 'kinderen en jongeren'. Een te strikte afbakening bemoeilijkt de werking naar jongeren in die transitieleeftijd.

Daarnaast valt op dat, hoewel er op de meeste plekken wel een vroeginterventieaanbod is naar kinderen en jongeren, een **aanbod naar volwassenen op veel plekken ontbreekt**. Hoewel vroeginterventie nuttig is voor alle leeftijden, focust het huidige vroeginterventieaanbod zich hoofdzakelijk op (kinderen en) jongeren. Er liggen echter veel opportuniteiten in het werken naar volwassenen, bijvoorbeeld in het bedrijfsleven.

Verschillen in **aanbod**

De rondvraag leert dat er verschillen zijn in **welke thema's** (alcohol, psychoactieve medicatie, illegale drugs, gokken, gamen, roken) aan bod kunnen komen in het vroeginterventieaanbod. In sommige regio's kunnen mensen voor alle thema's terecht, in andere slechts voor één of twee van de thema's. Die variatie is afhankelijk van bestaande afspraken met andere regionale voorzieningen en organisaties, maar ook van de regionale noden en de beschikbare personeelsbezetting. Zo zijn er regio's die afspreken dat vroeginterventie bij illegale drugs naar de ene organisatie gaat, terwijl vragen over alcohol door een andere organisatie worden opgenomen.

Als we kijken naar het **aanbod van sessies**, zien we dat **individuele gesprekken de norm zijn**. Het vroeginterventieaanbod bestaat meestal uit een afgebakend aantal sessies, dat varieert van vijf tot meer (bijvoorbeeld zeven of acht) sessies, die al dan niet kunnen worden uitgebreid. Soms is het aanbod afgebakend in tijd eerder dan een aantal sessies (bv. zo veel als nodig over de periode van 6 maanden tijd). Vroeginterventiewerkers ervaren die flexibiliteit in hun aanbod en de mogelijkheid om later af te sluiten als positief. Het geeft meer voldoening, en ze geven aan dat ze zo beter kunnen werken aan een vertrouwensband of de begeleiding goed kunnen afronden. De meeste vroeginterventiewerkers geven aan dat ze die **flexibiliteit nodig hebben** om een traject met de cliënt aan te kunnen gaan. Tegelijk benadrukken vroeginterventiewerkers dat het belangrijk is dat het vroeginterventieaanbod **afgebakend** is en **beperkt is in tijd** om het laagdrempelig te houden en om de 'schaarste aan tijd' motivationeel te kunnen aanwenden. Dat hoeft niet te betekenen niet dat het sowieso afgelopen is na bijvoorbeeld de vijf voorziene sessies, maar dat eventueel een beperkt aantal bijkomende sessies gebeurt na evaluatie en in overleg.

Veel organisaties hebben ook een **groepsaanbod**, gericht op jongeren of ouders. Er wordt gestreefd naar zo veel mogelijk werken in groep, en enkel waar nodig of opportuun individueel. In de **praktijk** blijken die groepstrajecten soms **moeilijk te organiseren**. Het is niet altijd evident om een groepsaanbod vol te krijgen met de gepaste profielen zonder dat mensen lang moeten wachten

op begeleiding. Daarnaast halen zowat alle vroeginterventiewerkers aan dat een groepsaanbod ten aanzien van gamen vaak niet goed werkt omwille van het grote leeftijdsverschil of het verschil in leefwereld tussen de gamers en jongeren die middelen gebruiken.

Ten slotte zijn er ook onderlinge verschillen in de mate waarin vroeginterventiewerkers **vindplaatsgericht werken**. Sommige vroeginterventiewerkers hebben een aanbod op locatie, bijvoorbeeld in scholen of in antennevestigingen, andere vroeginterventiewerkers voorzien hun aanbod enkel binnen de eigen organisatie. De keuze om al dan niet vindplaatsgericht te werken hangt vaak samen met praktische of financiële overwegingen. Zo wordt in de regio Midden- en Zuid-West-Vlaanderen een aanbod voorzien in antennevestigingen omdat in de uitgestrekte regio vaak geen afdoend openbaar vervoernetwerk is om cliënten naar de voorziening te brengen. In andere regio's zijn financiële overwegingen doorslaggevend: vindplaatsgericht werken is arbeidsintensief en een onderbezet team kan meer cliënten bedienen wanneer zij zelf naar de organisatie komen. De keerzijde is echter dat afgelegen regio's minder bediend zijn.

Verschillen in **doorverwijzers**

Wie cliënten aanmeldt bij vroeginterventie is ook erg divers en verschilt van regio tot regio.

Zo zijn er verschillen in de mate waarin een vroeginterventieaanbod **direct of indirect toegankelijk** is. Op sommige plekken is het vroeginterventieaanbod enkel toegankelijk voor wie werd doorverwezen, bijvoorbeeld door de huisarts, CLB's, justitie, enz. Op andere plekken is het vroeginterventie-aanbod ook toegankelijk voor rechtstreekse aanmeldingen of aanmeldingen vanuit de directe omgeving.

Afhankelijk van de **capaciteit** of afhankelijk van de **bestaande samenwerkingen** is politie of justitie een belangrijke doorverwijzer van jongeren naar vroeginterventie, of niet. De ene vroeginterventiewerking heeft een bestendigde samenwerking met politie/justitie, soms met een formeel afsprakenkader, en krijgt dus heel wat verwijzingen vanuit justitie. Andere organisaties geven aan niet samen te werken met justitie/politie, bijvoorbeeld omwille van beperkte capaciteit of gebrek aan opvolging.

Nood aan handvaten voor methodische afbakening in het vroeginterventieaanbod

Vroeginterventiewerkers geven aan dat hun werking vandaag onder toenemende druk staat. Uitdagingen zoals de toenemende aanmeldingen van mensen met een complexe problematiek, aanmeldingen van mensen in een gevorderd stadium van middelengebruik, maar ook de oplopende wachtlijsten binnen de gespecialiseerde hulpverlening, overstijgen vaak hun huidig werkingskader. We lichten elk van die uitdagingen hieronder toe.

Om hier op een werkbare manier mee om te gaan, geven vroeginterventiewerkers aan nood te hebben aan **handvaten voor methodische afbakening**. In de praktijk is het immers niet altijd evident om scherp te bepalen waar vroeginterventie begint en waar ze ophoudt. Tegelijk is er geen vraag naar een strak of uniform beleidskader. Integendeel, vroeginterventiewerkers benadrukken het belang van een zekere flexibiliteit (cf. supra), zodat het aanbod afgestemd kan blijven op lokale noden, bestaande samenwerkingen en opgebouwde expertise.

Ze formuleren wel een nood om een set **minimale randvoorwaarden of handvaten** die richting geven aan kwaliteitsvolle vroeginterventie. Die kunnen zorgen voor een heldere afbakening van



het aanbod, enige mate van uniformiteit waar nodig, en vooral: een efficiëntere inzet van de beperkte middelen in functie van de zorgbehoeften op het terrein.

Die duidelijkheid is bevorderlijk voor zowel de cliënt als de vroeginterventiewerker. Voor de cliënt en diens omgeving wordt een duidelijk doel voorop gesteld om tijdens de vroeginterventiesessies naar toe te werken. Voor de vroeginterventiewerker is het duidelijk waar vroeginterventie begint en eindigt, en voor welke doelgroep een vroeginterventietraject wenselijk is.

Uitdaging in aanmeldingen van personen met complexe problematieken en vergevorderd stadium van middelengebruik

Verschillende vroeginterventiewerkers **zien steeds complexere problematieken** bij hun aanmeldingen voor vroeginterventie. Ze beschrijven hoe aanmeldingen met uitval op meerdere levensdomeinen, jongeren met een moeilijke context waar ouders niet meer te bereiken zijn of waar geen netwerk is, jongeren met trauma's of in crisissituaties, co-morbiditeit met andere psychische of ontwikkelingsproblematieken, jongeren in een context waar er veel gebruikt wordt of in netwerken waar er gedeald wordt, of jongeren die al een jaar niet meer naar school gaan, lang geen uitzondering meer zijn.

Vroeginterventiewerkers signaleren bovendien dat jongeren en jongvolwassenen vaak **pas heel laat worden aangemeld door** hun omgeving of doorverwijzers, wanneer hun middelengebruik al vergevorderd is en gepaard gaat met ernstige problemen. Werken aan het vroeger herkennen van signalen van risicovol gebruik, is op zich al een uitdaging, waar een belangrijke rol is weggelegd voor preventiewerk.

Zowel de toename van complexe problematieken als de toename van personen met vergevorderd gebruik, zorgt voor uitdagingen voor vroeginterventiewerkers. Zo oordelen vroeginterventiewerkers vaak dat vroeginterventie onvoldoende is bij aanmeldingen met een complexe problematiek of met een vergevorderd gebruik. Toch starten ze een vroeginterventietraject op, omdat cliënten **nergens anders (tijdig) kunnen worden geholpen**, bijvoorbeeld omwille van wachtlijsten of omdat er geen andere hulpverlening in de buurt is (zoals in landelijke gebieden met weinig openbaar vervoer). Daarnaast hebben vroeginterventiewerkers vragen over de aanpak bij personen met een complexe problematiek. In welke mate is het bijvoorbeeld wenselijk om **op een dubbel spoor te werken** op de verschillende hulpvragen bij een complexe problematiek? En hoe ver kan vroeginterventie gaan wanneer er sprake is van een complexe problematiek?

Een positieve evolutie die vroeginterventiewerkers beschrijven, is het feit dat jongeren die **voor het eerst experimenteren** met illegale drugs (bijvoorbeeld cannabis) steeds minder door scholen worden doorverwezen naar vroeginterventie. Vroeginterventiewerkers merken steeds vaker dat scholen eenmalig of beginnend gebruik opnemen **met de leerlingenbegeleiding of het CLB** en niet langer een extern vroeginterventietraject starten.

Uitdaging in wachtlijsten bij doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening

Wanneer een cliënt in een vroeginterventieaanbod nood heeft aan meer gespecialiseerde hulpverlening en daar voor gemotiveerd werd, wordt die vaak geconfronteerd met **wachtlijsten**. Daardoor kan een cliënt die tijdens een vroeginterventietraject de motivatie vindt om in behandeling te gaan, nergens terecht voor een behandeling. Vroeginterventiewerkers staan dan voor **de**

moeilijke keuze om ofwel hun cliënt **zonder hulp terug te sturen naar zijn of haar context**, ofwel de **vroeginterventiebegeleiding wat langer aan te houden** om de wachtperiode te overbruggen.

Vroeginterventiewerkers benadrukken dat die verdere opvolging binnen vroeginterventie niet de bedoeling is en dat er op dat moment ook geen sprake meer in van vroeginterventie en geven aan dat ze anders hun cliënt aan hun lot over zouden laten. Het is een knelpunt dat de **afbakening** van vroeginterventie **steeds moeilijker** maakt.

Dit knelpunt speelt in bijzonder in regio's waar het aanbod in verslavingszorg of bredere geestelijke gezondheidszorg beperkt is. Op plekken waar vroeginterventie is ingebouwd binnen een therapeutisch team of waar een uitgebreider aanbod aan verslavingszorg is, lopen vroeginterventiewerkers in mindere mate tegen het knelpunt van de wachtlijsten aan. Ze kunnen immers binnen de organisatie zelf doorverwijzen of tijdelijk overbruggen.

Nood aan betere bekendheid van het vroeginterventieaanbod: inzetten op vroegdetectie en betere afstemming met doorverwijzers

In sommige regio's merken vroeginterventiewerkers een terugval van de instroom in gespecialiseerde vroeginterventie voor middelengebruik. Zij pakken dat aan door hun **aanbod actief uit te dragen**, bekend te maken bij de eerstelijnszones en de netwerken geestelijke gezondheidszorg en samen te werken met andere welzijnsorganisaties. In sommige regio's merken vroeginterventiewerkers echter dat, ondanks die inspanningen, hun instroom niet toeneemt. Ze zien verschillende knelpunten: ze vinden moeilijk ingang bij bepaalde doorverwijzers, bekendmaking is erg afhankelijk van bestaande samenwerkingen, de ernst van gebruik wordt onderschat, en er is overlap met het takenpakket van bijvoorbeeld de ELP. We lichten elk van die knelpunten hieronder toe.

Verschillende vroeginterventiewerkers formuleren de nood om in te zetten op **professionalisering en deskundigheidsbevordering van vroegdetectie bij doorverwijzers.** Door doorverwijzers en eerstelijnsactoren alerter te maken voor signalen en hen te professionaliseren om problemen met middelengebruik te detecteren, kan tijdiger en gerichter worden doorverwezen naar het vroeginterventieaanbod. Verschillende vroeginterventiewerkers geven echter aan dat ze daar binnen hun huidige takenpakket geen ruimte voor hebben (bijvoorbeeld omdat de financiering dat niet of slechts beperkt toelaat).

Daarbij zijn **vroegdetectieinstrumenten**, zoals de Me-Assist, waardevolle tools. Die zijn vandaag nog te weinig bekend bij doorverwijzers. Er zijn ook een aantal technische knelpunten (bv. huisartsen kunnen de output niet rechtsreeks gebruiken in hun medische dossiers) die het gebruiksgemak van deze instrumenten zou verhogen.

Belangrijk is ook om op te merken dat niet elke regio een terugval ziet in het aantal aanmeldingen. Vroeginterventiewerkers die ook **aan preventie doen of nauw samenwerken met preventiewerkers**, hebben vaak minder problemen met de bekendmaking van en instroom in hun aanbod. De intergemeentelijke preventiewerkers en TAD-preventiewerkers in de CGG hebben door hun preventiewerk regelmatig contact met intermediairs, en maken ook zo hun vroeginterventieaanbod bekend. Zo maken ze bij het coachen van scholen bij het ontwikkelen van een drugbeleid op school ook hun vroeginterventieaanbod kenbaar. Een sterke link met preventie werkt duidelijk drempelverlagend voor de instroom in vroeginterventie en versterkt de bekendmaking van het aanbod. Die duidelijke link met preventiewerk kan op die manier ook bijdragen aan de professionalisering en deskundigheidsbevordering van vroegdetectie bij doorverwijzers.

Moeilijk om ingang te vinden bij bepaalde doorverwijzers

De actieve bekendmaking van het vroeginterventieaanbod levert wisselende resultaten op. Het vraagt tijd en inspanning om een aanbod zichtbaar en herkenbaar te maken binnen een breed en divers netwerk van (potentiële) doorverwijzers. Daarbij stoten vroeginterventiewerkers op enkele terugkerende uitdagingen: netwerkpartners zijn **overbevraagd** of er is (veel) **personeelsverloop**, wat de continuïteit ondermijnt. Ook **inhoudelijke verschillen in visie** kunnen de samenwerking bemoeilijken.

Steeds opnieuw komt bijvoorbeeld naar voren dat **huisartsen zelden doorverwijzen** naar vroeginterventie en dat het ook moeilijk is voor vroeginterventiewerkers om huisartsen te bereiken om hun aanbod bekend te maken. Huisartsen worden **overspoeld met vragen** en hebben amper tijd of staan minder open voor uitwisselingsmomenten. Aangezien huisartsen een belangrijke doorverwijzer zijn voor volwassenen, is dit voor verschillende vroeginterventiewerkers cruciaal om deze doorverwijzer meer te betrekken in het vroeginterventieaanbod.

Ook de samenwerking met andere doorverwijzers zoals scholen, politie of justitie verloopt niet overal even vlot. Tussen regio's zijn er grote verschillen: waar sommige regio's een goede structurele samenwerking hebben opgebouwd, blijft de toegang tot bepaalde doorverwijzers elders moeizaam. Zo blijkt dat **duurzame samenwerking** vaak **sterker** aanwezig is in regio's waar zowel binnen vroeginterventie als bij netwerkpartners **weinig personeelsverloop** is. Organisaties die al langer in een stabiele structuur werken, slagen er beter in om relaties op te bouwen en samenwerking te verankeren. In regio's met veel verloop valt deze uitwisseling vaak terug, wat de continuïteit van samenwerking ondermijnt. Maar ook **botsende visies** met bijvoorbeeld politie of justitie bemoeilijken samenwerking in sommige regio's.

Gebruik wordt minder snel geproblematiseerd bij doorverwijzers

Bovendien merken vroeginterventiewerkers steeds vaker op dat doorverwijzers **gebruik minder snel problematiseren**. Enerzijds hebben sommige doorverwijzers weinig kennis over (de schadelijkheid van) middelengebruik, waardoor de ernst van het gebruik wordt onderschat. Anderzijds zien vroeginterventiewerkers ook hoe middelengebruik meer en meer wordt gezien als '*iets wat bij de leefwereld van jongeren hoort*', vooral bij doorverwijzers uit het jeugdwerk, maar bijvoorbeeld ook in het welzijnswerk. Bovendien is er ook nog veel handelingsverlegenheid rond alcohol- en druggebruik bij doorverwijzers. Ze weten niet goed hoe ze het gebruik moeten aankaarten of omgaan met weerstand.

Al die factoren zorgen er uiteindelijk voor dat doorverwijzers minder snel jongeren of volwassenen doorverwijzen naar vroeginterventie. Wie uiteindelijk wel wordt doorverwezen, zit al vaak een vergevorderd stadium van gebruik of vertoont een zwaardere problematiek.

Overlap in opdracht met eerstelijnspsychologen

Tot slot geven vroeginterventiewerkers aan dat er in de praktijk vaak een inhoudelijke overlap is tussen het gespecialiseerde vroeginterventieaanbod voor middelengebruik en het aanbod van eerstelijnspsychologen (ELP's). Die overlap kan gedeeltelijk verklaring waarom het aantal aanmeldingen bij sommige vroeginterventiewerkingen terugvalt. Een recent rapport van de EPCAP-studie toonde aan dat de prevalentie van een middelengebonden stoornis voorkwam bij



bij 11% van de cliënten van de ELP's in het afgelopen jaar en bij 17% ooit[18]. Verschillende vroeginterventiewerkers zoeken actief naar samenwerking en afstemming met eerstelijnspsychologen in hun regio in het kader van vroeginterventie rond een middelenspecifiek aanbod.

De afbakening tussen beide aanbodlijnen verloopt momenteel eerder ad hoc en is sterk afhankelijk van de lokale context. In sommige regio's zijn er informele afspraken of doorverwijzingslijnen, in andere is er nauwelijks contact. Ook de mate waarin eerstelijnspsychologen effectief vroeginterventie opnemen bij middelengebruik verschilt sterk en hangt vaak af van de expertise of affiniteit van de individuele psycholoog.

Vroeginterventiewerkers binnen gespecialiseerde settings geven aan dat de grenzen tussen beide aanbodvormen niet altijd duidelijk zijn. Beide richten zich op een gelijkaardige doelgroep en delen een vergelijkbare opdracht, maar er zijn ook inhoudelijke verschillen in aanpak. Zo werken gespecialiseerde vroeginterventiewerkers in sommige regio's actiever outreachend of aanklampend, wat minder gebruikelijk is binnen het ELP-aanbod. In andere regio's is het omgekeerd.

Voor een efficiënte inzet van middelen en een duidelijke positionering van het vroeginterventieaanbod, is het belangrijk om werk te maken van heldere afstemming en complementariteit tussen het gespecialiseerde vroeginterventieaanbod en de eerstelijnspsychologische functies.

Nood aan uitwisseling, casusoverleg en strategische positionering

Verschillende vroeginterventiewerkers zijn erg tevreden over alle materialen (bv. plukboeken, De Druglijn-zelf- en kennistesten) en vormingen (bv. motiverende gespreksvoering) die VAD aanbiedt. Ze gebruiken deze vaak in hun praktijk. Er is geen onmiddellijke nood naar nieuwe materialen of methodieken, hoogstens aan ondersteunende materialen tijdens vroeginterventiesessies (bv. video's van getuigenissen of persoonlijke verhalen van jongeren met gelijkaardige ervaringen of snel beschikbare informatie over populaire NPS). Wanneer een vroeginterventieteam is ingebed binnen een breder hulpverleningsteam of therapeutisch team, beschikken zij bovendien vaak over eigen ontwikkelde materialen om mee te werken.

Vroeginterventiewerkers formuleren wel **een nood naar een platform om ervaringen uit te wisselen**, moeilijke casussen te bespreken en te overleggen over strategische positionering. Momenteel komt een werkgroep vroeginterventie naar jongeren die drugs gebruiken twee keer per jaar samen op VAD. De uitwisseling binnen die werkgroep wordt positief onthaald. Andere vroeginterventiewerkers hebben zelf initiatieven genomen voor uitwisseling en afstemming. Zo werken sommigen bijvoorbeeld samen met de HerstelAcademie voor het geven van groepssessies vroeginterventie, waar ze ook een plek vinden om ervaringen uit te wisselen en elkaar te versterken.

Verschillende vroeginterventiewerkers die niet deelnemen aan de werkgroep, zijn vragende partij voor een netwerkgroep of platform om uitwisseling over vroeginterventie te bevorderen. Omdat vroeginterventie tussen preventie en hulpverlening valt en de meeste werkingen beperkt zijn in bezetting, hebben vroeginterventiewerkers vaak nood aan uitwisseling met collega's. Vroeginterventiewerkers die niet zijn ingebed binnen een breder zorgteam geven aan dat die uitwisselingsmomenten hen ook een kans geven om complexe casussen te bespreken.

[18] Eerstelijns psychologische zorg in België: klinische kenmerken en zorggebruik

Professionalisering en ondersteuning van vroeginterventiewerkers

Nood aan ondersteuning van intergemeentelijke preventiewerkers die niet zijn ingebed in gespecialiseerde (verslavings)zorg

In sommige regio's werken **intergemeentelijke** of **lokale preventiewerkers** in grote mate **geïsoleerd**, zonder structurele inbedding in een team van collega-preventiewerkers of zorgverleners. Gemeenten hebben binnen het samenwerkingsverband de autonomie om zelf een beheerder voor de preventiewerking aan te stellen en te bepalen waar de preventiewerker wordt tewerkgesteld. Dat kan binnen de gemeentelijke structuur zijn, maar ook bij een externe organisatie. Gemeenten kiezen ook zelf welk profiel zij zoeken, op voorwaarde dat de persoon over de nodige competenties rond preventie beschikt.

In de praktijk leidt dit tot sterk uiteenlopende werksituaties. Sommige preventiewerkers zijn ingebed in een zorgteam, bijvoorbeeld binnen een CGG of een voorziening voor verslavingszorg. Anderen werken volledig solo, zonder omkadering of inhoudelijke aansluiting met een zorgsetting. En dat brengt een aantal structurele knelpunten met zich mee:

- Sommige preventiewerkers vernamen pas na hun aanwerving dat vroeginterventie deel uitmaakt van hun takenpakket.
- Er zijn vaak geen veilige, GDPR-conforme systemen voor het bijhouden van cliëntgegevens of dossiers.
- Voor crisissituaties ontbreken protocollen of duidelijke afspraken.
- Zonder ondersteunend team is er weinig ruimte voor intervisie of inhoudelijke ondersteuning. Daardoor worden andere overlegplatformen soms ad hoc ingezet voor casusbesprekingen, hoewel dat eigenlijk niet de bedoeling is.
- VAD voorziet vorming en materialen, maar dit biedt onvoldoende structurele omkadering voor begeleiding in de praktijk.

Deze knelpunten lijken meteen ook een verklaring voor het **hoge personeelsverloop** binnen deze werkplekken, wat problematisch is voor de bestaande samenwerkingsverbanden en continuïteit van de begeleidingen.

Vroeginterventiewerkers die **wél ingebed zijn in een breder zorgteam**, benadrukken de **meerwaarde** van die context. Casussen kunnen besproken worden met collega's die therapeutische ervaring hebben, wat de kwaliteit van de begeleiding verhoogt. De samenwerking binnen een multidisciplinair team verbreedt de blik op cliënten en vergemakkelijkt overleg. Bovendien hebben deze werkers beroepsgeheim, wat hun positie versterkt bij het opnemen van vertrouwelijke cliëntgesprekken.

Nood aan vormingen rond specifieke thema's

Omdat vroeginterventiewerkers steeds vaker aanmeldingen cliënten met zwaardere problematieken zien, formuleren ze ook een nood aan bijscholing en vorming om het contact met specifieke doelgroepen relevanter en effectiever te maken. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar de nood aan vormingen over traumasensitief werken, omgaan met ontwikkelingsstoornissen en agressieproblemen, of werken met een jongeren met een verstandelijke beperking.

Daarnaast zijn verschillende vroeginterventiewerkers ook vragende partij voor bijscholingen over gamen, schermtijd en sociale media. Ook de link tussen gamen en autisme wordt vaak aangehaald.

Aangezien de doelgroep van gamers sterk verschilt van andere doelgroepen (cf. supra), zijn vroeginterventiewerkers vaak zoekende in hoe het thema gamen in hun aanbod past.

Ten slotte merken verschillende vroeginterventiewerkers grote verschillen tussen aanmeldingen voor middelengebruik of gokken enerzijds, en gamen anderzijds. Zo is er bij gamers vaker sprake van ontwikkelings- en/of contextproblematieken, terwijl bij middelengebruik en gokken vaker externaliserende problemen voorkomen. Dat vraagt een andere aanpak, en vroeginterventiewerkers zoeken nog uit hoe ze dat in hun aanbod kunnen opnemen.

Beperkte financiering van vroeginterventie

Verschillende vroeginterventiewerkers geven aan dat ze hun **vroeginterventiewerking organiseren met beperkte middelen**. Zo moeten uitgestrekte regio's het soms stellen met 1 à 2 VTE. Die beperkte financiering leidt tot **vertragingen** en wachtlijsten. Hoewel het cruciaal is dat vroeginterventie snel reageert bij aanmeldingen, kunnen werkingen in de praktijk het aantal aanvragen vaak niet volgen.

Vroeginterventiewerkers **bakenen hun aanbod** daarom **noodgedwongen af**. Zo bieden sommige werkingen geen vindplaatsgericht aanbod meer, beperken de instroom af door enkel met scholen samen te werken of focussen uitsluitend op illegaal druggebruik. Sommige regio's zetten ook bewust niet erg in op bekendmaking van hun aanbod omdat de teams onderbemand zijn.

De beperkte financiering uit zich ook op andere manieren. In sommige regio's houdt de financiering bijvoorbeeld geen rekening met de cumulatieve anciënniteit van de vroeginterventiewerkers. Er is geen budget voorzien voor anciënniteitsopbouw, waardoor organisaties genoodzaakt zijn het aantal VTE's te verminderen om dit te compenseren.

Belang van gespecialiseerd vroeginterventieaanbod voor middelengebruik

Vroeginterventiewerkers benadrukken het belang van een aanbod waarbij specifiek rond middelengebruik en verslaving wordt gewerkt. Daarvoor halen ze drie redenen aan:

- Vroeginterventie naar middelengebruik en verslaving vraagt een specifieke expertise. Jongeren of volwassenen die zichzelf aanmelden of worden aangemeld voor vroeginterventie rond middelengebruik, onderscheiden zich van andere doelgroepen (bv. angst- of traumaklachten) in de zin dat zij **vaak nog geen motivatie** hebben om iets te doen aan hun gebruik en dus ook **nog niet echt een hulpvraag** hebben. Soms gebeurt de doorverwijzing door politie/justitie of jeugdhulp, waarbij er niet alleen **bij de cliënt (nog) geen motivatie** is, maar ook **bij de directe omgeving weinig aanknopingspunten** zijn (bv. bij ouders).

  Dat maakt deze doelgroep complex en vraagt specifieke expertise om met hen te werken met deze cliënten (geen probleeminzicht, niet vaak komen opdagen op afspraken, geen omgeving die gedrag problematiseert), waarbij een **aanklampende** aanpak noodzakelijk is. Verschillende vroeginterventiewerkers merken dat ELP's, OCMW-medewerkers of spoeddiensten niet altijd over voldoende kennis beschikken rond verslaving. Daardoor reageren sommige generalistische diensten terughoudend of met vooroordelen tegenover deze doelgroep.
- Middelengebruik als concreet aanknopingspunt: De focus op het middel vormt vaak een **duidelijk en herkenbaar aanknopingspunt** voor begeleiding. Vanuit dat concrete thema kan later ook gewerkt worden aan onderliggende of gerelateerde problemen.

Vroeginterventiewerkers ervaren deze categoriale aanpak als helpend om cliënten te betrekken en de hulpvraag te laten groeien.

- Weigering van cliënten binnen bredere geestelijke gezondheidszorg omwille van middelengebruik of verslavingsproblemen: Middelengebruik gaat vaak gepaard met andere (complexe) problematieken, die de toegang tot zorg kunnen belemmeren. Zo zijn cliënten vaak al afgewezen bij andere hulpverleningsinstanties vanwege hun middelengebruik. Een gespecialiseerd vroeginterventieaanbod kan een opstap vormen naar gepaste zorg. In dit traject kan de hulpvraag worden verduidelijkt en de toegang tot gepaste begeleiding worden vergemakkelijkt.

Daarnaast benadrukken vroeginterventiewerkers het belang van een multidisciplinair team waarin verschillende expertises samenkomen. Middelengebruik staat zelden op zichzelf, maar gaat vaak gepaard met andere problematieken, zoals grensoverschrijdend gedrag, leer- en/ of angststoornissen of trauma Een middelenspecifiek vroeginterventieaanbod binnen een breder team dat ook rond deze thema's werkt, biedt daarom duidelijke voordelen. Vroeginterventiewerkers met een generalistisch aanbod onderstrepen het belang van samenwerking tussen verschillende disciplines om een geïntegreerde en effectieve aanpak te komen.

5. Conclusie

De omgevingsanalyse toont aan dat vroeginterventie in Vlaanderen structureel verankerd is in meerdere beleidsdomeinen, maar dat de uitwerking en financiering versnipperd en complex zijn. Beleidsmatig wordt vroeginterventie zowel binnen het geestelijke gezondheidsaanbod als binnen het Vlaamse preventielandschap erkend, al is de opdracht binnen de geestelijke gezondheidszorg helderder omschreven dan binnen het preventiebeleid. Deze beleidsmatige en financiële fragmentatie vertaalt zich op het terrein in een zeer divers vroeginterventieaanbod, dat sterk varieert naargelang de financieringsbron, de regionale context en de beschikbare middelen.

Uit de bevraging van het werkveld blijkt dat vroeginterventiewerkers vandaag geconfronteerd worden met een toenemende druk op hun werking. De **groeiende complexiteit van aanmeldingen**, de beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde hulpverlening en het ontbreken van een helder kader zorgen ervoor dat vroeginterventie zijn potentieel niet volledig kan waarmaken.

Vroeginterventiewerkers signaleren een spanningsveld: enerzijds willen ze **laagdrempelig hulp bieden aan wie nergens anders terecht** kan, anderzijds moeten ze waken over **de grenzen** van **hun opdracht**. Door de brede toegankelijkheid en het ontbreken van wachttijden wordt vroeginterventie vaak geraadpleegd voor cliënten met complexe noden, wat ertoe leidt dat werkers soms casemanagementtaken opnemen en een rol spelen in het afstemmen tussen andere hulpverleners. Dit kan de draagkracht van vroeginterventie overschrijden en ondermijnt de tijdelijkheid en afgebakendheid van de interventie.

Hoewel er consensus bestaat over de kernkenmerken van vroeginterventie – kortdurend, motiverend, laagdrempelig, niet-leeftijdsgebonden en inzetbaar bij beginnend risicogedrag of motivatieproblemen – is de praktische afbakening een voortdurende uitdaging. Het werkveld geeft duidelijke nood aan aan duidelijke methodische kaders en minimale randvoorwaarden die houvast bieden in de afbakening en uitvoering van vroeginterventie.

Daarnaast is het **versterken van de structurele link met zowel preventie als hulpverlening** essentieel:

- **Met preventie:** Preventiewerkers spelen een cruciale rol in vroegdetectie, coaching en deskundigheidsbevordering van doorverwijzers. Signalen uit vroeginterventie kunnen het preventief beleid in organisaties versterken. Structurele samenwerking, eventueel via gedeelde functies, versterkt beide domeinen.
- **Met hulpverlening:** Vroeginterventie moet ingebed zijn in, of minimaal samenwerken met, een breder zorgteam om duurzame en kwalitatieve werking mogelijk te maken. Solo-opererende vroeginterventiewerkers stuiten op grenzen, zeker in complexe situaties die overleg, casusbespreking en doorverwijzing vereisen. Belangrijke randvoorwaarden zijn regelmatige afstemming, lokale verankering, duidelijke aansturing van bovenaf en voldoende autonomie en ondersteuning voor de werkers. Loutere aansluiting bij netwerken GGZ of ondersteuning door intergemeentelijke preventiewerkers is onvoldoende.

Tot slot toont de analyse aan dat veel vroeginterventiewerkers hun aanbod organiseren met zeer beperkte middelen. Dat bemoeilijkt niet alleen een snelle respons, maar leidt in sommige regio's ook tot wachtlijsten of het noodgedwongen afbakenen van het aanbod.

Aanbevelingen: negen voorstellen voor het versterken van vroeginterventie bij middelen-gebruik in Vlaanderen

Vroeginterventie is een waardevolle methodiek in het preventie- en hulpverleningslandschap om mensen met riskant of problematisch middelengebruik of problematisch game- of gokgedrag, **zo vroeg mogelijk te identificeren, te motiveren tot gedragsverandering en te ondersteunen bij die veranderstrategie.** Vroeginterventie speelt een cruciale rol in het voorkomen van ernstigere vormen van middelengebruik en bijhorende psychosociale problemen.

Onderzoek toont aan dat vroeginterventie zowel de frequentie als de hoeveelheid van alcoholgebruik en illegaal druggebruik kan terugdringen (Carney & Meyers, 2012), en daarnaast een positief effect heeft op middelengerelateerde problemen (Steele et al., 2020) en daaraan verbonden gedrag, zoals agressief gedrag (Carney & Meyers, 2012). Die resultaten zijn consistent bij verschillende doelgroepen gaande van adolescenten, (Carney & Meyers, 2012) tot jongvolwassenen (Tanner-Smith & Lipsey, 2015; Halladay et al., 2019), bij hoogrisicogroepen en volwassenen (Babor et al., 2007).

Door in te grijpen wanneer beginnende risicopatronen zich aandienen, kan vroeginterventie de ontwikkeling van verslavingsproblemen afremmen of zelfs voorkomen. Belangrijk is ook dat de interventie afgebakend en beperkt is in tijd, wat het een laagdrempelige interventie maakt (Babor et al., 2007). Vroeginterventie vergroot de kans op herstel of gedragsverandering door snel, motiverend en zonder drempels op te treden. Dat maakt van vroeginterventie een van de meest kosteneffectieve interventies (Babor et al., 2007). We hebben dus een stevig verankerde vroeginterventie nodig om daadkrachtig in te spelen op signalen van risicovol middelengebruik.

Vroeginterventie maakt daarom ook een volwaardig onderdeel uit van het internationaal erkende interventiespectrum van Mrazek & Haggerty (1994). Dit stelt dat effectieve preventie en zorg bestaat uit verschillende interventies: universele, selectieve en geïndiceerde preventie, vroeginterventie en hulpverlening. Vroeginterventie neemt binnen dit model een unieke plek in. Als brug tussen preventie en hulpverlening laat vroeginterventie toe om personen met riskant of problematisch middelengebruik in een vroeg stadium te bereiken – vaak nog vóór er sprake is van ernstige schade of een uitgesproken zorgvraag. Vaak komen de eerste signalen vanuit de omgeving.

FIGUUR: INTERVENTIES BIJ MIDDELENGEBRUIK



Naar het interventiespectrum van Mrazek & Haggerty, 1994

Toch stellen we vast dat vroeginterventie in Vlaanderen structureel onder druk staat. Ondanks erkenning van de methodiek binnen zowel het geestelijke gezondheids- als het preventiebeleid, blijft de organisatie en financiering van vroeginterventie in de praktijk versnipperd. Op het terrein worden vroeginterventiewerkers geconfronteerd met een toenemende complexiteit van hulpvragen, beperkte verbinding met preventie en met hulpverlening, en een gebrek aan een duidelijk ondersteuningskader. Dit zet de methodiek ernstig onder druk.

Negen voorstellen ter versterking van vroeg-interventie bij middelen-gebruik

Naar een duidelijk kader voor een generalistische vroeginterventie die inzicht heeft in middelengebruik

1. Geef structurele erkenning aan de **specifieke positie van vroeginterventie in het interventiespectrum van preventie tot zorg.**

   Randvoorwaarde: organiseer de inbedding van de opdracht vroeginterventie in preventie én in zorg.

2. **Omschrijf in beleidsteksten duidelijk de rol en opdracht van vroeginterventie**, zowel op Vlaams als op lokaal niveau. Hoewel vroeginterventie in heel wat beleidsnota's opgenomen is, blijft de omschrijving vaak erg vaag.

   Denk aan: concretisering van de specifieke positie, opdracht en meerwaarde van vroeginterventie in decreet GGZ, in gezondheidsconferentie ...

3. **Wijs een organisatie aan om het vroeginterventiewerk inhoudelijk en methodisch te ondersteunen.** Dit borgt de eigenheid, meerwaarde en afbakening van de methode te borgen en helpt om instroom en doorstroom te optimaliseren.

   Randvoorwaarde: Ken deze opdracht toe aan een organisatie (of samenwerking van organisaties) die actief is in zowel preventie als zorg.

4. Geef de generalistische vroeginterventie expliciet de opdracht om **de alcohol- en drugproblematiek op te nemen** als expertise en een aanbod hiervoor te voorzien. Omwille van het stigma op middelengebruik kan generalistische vroeginterventie voor de omgeving en de eerste lijn een laagdrempelige eerste doorverwijzing zijn. Nog te vaak echter is er handelingsverlegenheid bij professionals rond middelengebruik en dreigt deze doelgroep uit de boot te vallen.

   Denk aan: expliciete vermelding van de thematische opdracht middelengebruik in het Connect-programma, in vroeginterventie binnen de netwerken GGZ en door intergemeentelijke preventiewerkers. Zet ook in op deskundigheidsbevordering rond middelengebruik bij de eerstelijnspsychologische hulp.

5. **Geef VAD de opdracht om de thematische expertise rond alcohol en drugs** binnen de methode vroeginterventie te ondersteunen en borgen.

   Impact: VAD is hiervoor het best geplaatst vanuit zijn thematische expertise, de opdracht preventie en de structurele banden met de verslavingszorg.

Naar een sterker en effectiever gespecialiseerd aanbod vroeginterventie bij middelengebruik

6. **Voorzie structurele financiering voor vroeginterventie naar middelengebruik bij volwassenen.** Jongeren zijn een belangrijke doelgroep, maar voor volwassenen is er geen enkel gestructureerd aanbod vroeginterventie bij middelengebruik**.** Door het stigma op middelenproblemen en de handelingsverlegenheid van professionals, zijn middelenproblemen vaak al vergevorderd (en de cliënt geen jongere meer) vooraleer de hulpvraag komt.

   Denk aan: de expliciete opdracht en financiering van vroeginterventie bij middelengebruik naar volwassenen binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg. Overweeg ook een gespecialiseerd aanbod vroeginterventie bij middelengebruik bij volwassenen, op doorverwijzing na bv herhaaldelijke verkeersovertredingen of problemen op het werk.

7. Bevestig de expliciete opdracht van CGG-preventiewerk TAD voor **deskundigheidsbevordering bij doorverwijzers in de eerstelijn inzake vroegdetectie middelenproblematiek.**

   Impact: Op deze manier worden zij deskundiger in vroegdetectie en kan de nulde- en eerstelijn in de gezondheidszorg (bv. huisarts) en in welzijnsorganisaties (bv. Huizen van het Kind) gericht doorverwijzen naar het gespecialiseerde aanbod vroeginterventie of indien aangewezen naar hulpverlening.

8. Borg en ondersteun de opdracht **vroeginterventie middelengebruik bij intergemeentelijke preventiewerkers**, gezien hun meerwaarde als nabije laagdrempelige opstap naar hulpverlening.

   Randvoorwaarde: structurele afstemming van intergemeentelijke preventiewerkers met preventiewerk én hulpverlening (geen solowerk). Dat kan via frequent structureel overleg, waarbij de inbedding binnen een hulpverleningsteam een meerwaarde is.

9. Erken en **ondersteun de omgeving (ouders, partner,...) van de cliënt in vroeginterventie**, want zij nemen een belangrijke rol op in het motiveren en ondersteunen bij verandering, terwijl tegelijk de impact van het gedrag op hen het zwaarst weegt.

   Denk aan: Voorzie in het vroeginterventieaanbod een ondersteunend aanbod voor de omgeving. Ondersteun de omgeving ook wanneer de cliënt zelf nog niet gemotiveerd is voor het vroeginterventieaanbod. Zelfzorg maakt deel uit van die ondersteuning.

Colofon

Redactie: VAD

V.U.: dr. H. Peuskens, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

Ondernemingsnummer: 0424.327.587. – RPR Brussel

© 2025

Foto: Pixabay

VAD, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | vad@vad.be | www.vad.be

VAD VLAAMS EXPERTISECENTRUM ALCOHOL EN ANDERE DRUGS

Vlaanderen is zorgzaam en gezond samenleven