



**ISD**  
INSTITUUT [VOOR] SOCIAAL DRUGSONDERZOEK

# Drugmonitor Turnhout

GHB, speed en cocaïne in beeld  
Resultaten 2015

**Marieke Vlaemynck**  
**Tom Decorte**

# Inhoudstafel

<b>INLEIDING</b> .....	<b>2</b>
<b>OPZET VAN DE MONITOR</b> .....	<b>4</b>
<b>1 ALGEMENE KENMERKEN VAN GEBRUIKSPATRONEN</b> .....	<b>12</b>
1.1 GEÏNTEGREERDE VERSUS GEMARGINALISEERDE GEBRUIKERS.....	12
1.2 GEBRUIK.....	15
1.3 MOTIVATIE VAN GEBRUIK.....	18
<b>2 MARKT EN AANBOD</b> .....	<b>24</b>
2.1 BESCHIKBAARHEID, PRIJS EN KWALITEIT .....	24
2.2 VERKOOPSETTING.....	26
<b>3 PROBLEEMGEBIEDEN</b> .....	<b>27</b>
3.1 PROBLEMATISCH GEBRUIK .....	27
3.2 LICHAAMELIJKE EN PSYCHISCHE GEZONDHEID.....	27
3.3 WONEN EN WERKEN .....	29
<b>4 KWETSBARE GROEPEN</b> .....	<b>33</b>
4.1 'BESCHERMD' .....	33
4.2 'ALLOCHTONEN' .....	34
4.3 VROUWELIJKE GEBRUIKERS .....	37
4.4 DUBBELDIAGNOSE .....	39
4.5 MINDERJARIGE GEBRUIKERS.....	40
4.6 EX-GEDETINEERDEN EN JUSTITIECLIËNTEEL .....	42
<b>5 VERLOOP VAN DE HULPVERLENING</b> .....	<b>44</b>
5.1 DE HULPVRAAG VAN GHB-, SPEED- EN COCAÏNEGEBRUIKERS.....	44
5.2 EERSTE CONTACTEN : STRAATHOEKWERK, DRUGHULP EERSTELIJN .....	45
5.3 VERDERE DOORVERWIJZING: AMBULANT EN RESIDENTIEEL.....	47
5.4 DRUGHULPVERLENING IN EEN POLITIONEEL EN JUSTITIEEL KADER .....	51
<b>6 DE 'IDEALE' HULPVERLENING?</b> .....	<b>57</b>
6.1 DRUGHULPVERLENING OP MAAT VAN DE GEBRUIKER .....	57
6.2 MOGELIJKHEID TOT RESIDENTIËLE OPNAME .....	58
6.3 STRUCTURELE SAMENWERKING TUSSEN VERSCHILLENDE SECTOREN .....	59
6.3.1 <i>Drughulpverlening – maatschappelijke dienstverlening</i> .....	60
6.3.2 <i>Drughulpverlening – medische hulpverlening</i> .....	61
6.3.3 <i>Drughulpverlening – justitie/politie</i> .....	62
6.4 WERKEN VANUIT EEN GEDEELDE VISIE: KENNISDELING .....	65
6.5 PREVENTIE.....	68
<b>7 PRIORITEITSBEPALING</b> .....	<b>72</b>
7.1 SUGGESTIES OP BASIS VAN HET ONDERZOEK.....	72
7.1.1 <i>Preventie/hulpverlening/behandeling</i> .....	72
7.1.1.1 <i>Preventie</i> .....	72
7.1.1.2 <i>Hulpverlening</i> .....	72
7.1.1.3 <i>Behandeling</i> .....	73
7.1.2 <i>Justitie/politie</i> .....	74
7.1.3 <i>Schadebeperking</i> .....	74
7.1.4 <i>Structurele samenwerking</i> .....	75
7.2 AFBAKENING PRIORITEITEN EN UITEINDELIJKE AANBEVELINGEN .....	76
<b>8 BIJLAGES</b> .....	<b>79</b>
8.1 PROTOCOL.....	79
8.2 INSTRUMENT: THEMA'S OBSERVATIEFICHES.....	82
8.3 INSTRUMENT: INTERVIEWLEIDRAAD.....	83
8.4 PRIORITEITSBEPALING: SCORES .....	88

## Inleiding

Het meerjarenplan van 15 december 2014 van de stad Turnhout verleent prioriteit aan drugpreventie en drughulpverlening. In het stedelijke strategische veiligheids- en preventieplan 2014-2017 werd de aanpak van de drugproblematiek eveneens als prioriteit vooropgesteld. Daarbij wordt binnen de algemene doelstellingen van het fenomeen drugs aandacht gevraagd voor het voorkomen, het verminderen van het risicogedrag en de drughulpverlening voor een betere resocialisatie van de gebruiker. Ook binnen het nieuwe zonale veiligheidsplan van de lokale politie en het arrondissementeel veiligheidsplan van het parket en de federale politie wordt de aanpak van het drugsfenomeen als prioriteit weerhouden.

Om een gericht en efficiënt geïntegreerd beleid te voeren zijn de aangeleverde politiecijfers niet voldoende. Politie cijfers zeggen weinig of niets over de omvang van het lokale drugsprobleem, maar wel over de activiteiten van de politie in haar aanpak van dit fenomeen. In het kader van drugs treedt de politie immers vooral proactief op, dus zonder voorafgaande oproep, aangifte of klacht van de burger.

Beleidsmakers moeten een nauwkeurig en betrouwbaar beeld hebben over de aard en de omvang van het drugsfenomeen met het oog op het bepalen van beleidsprioriteiten, de planning van adequate interventies, en op langere termijn een evaluatie van het beleid.<sup>1</sup>

Ten behoeve van haar drugsbeleid heeft de stad Turnhout beslist om door het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (Universiteit Gent) op het lokale niveau door middel van een doorgedreven lokale kwalitatieve drugmonitor informatie te laten verzamelen.

De Turnhoutse drugmonitor vertrekt vanuit volgende centrale vragen:

- Welke groepen GHB-, speed-, en cocaïnegebruikers zijn er in Turnhout?
- Wat geven GHB-, speed-, en cocaïnegebruikers aan als voornaamste motieven voor hun gebruik en wat maakt dat ze niet stoppen met gebruiken?

---

<sup>1</sup> Griffiths, P., Vingoe, L., Hunt, N., Mounteney, J., & Hartnoll, R. (2000). Drug Information systems, early warning, and new drug trends: can drug monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption? *Substance Use & Misuse*, 35, 811-844.

- Wat is het effect van lokale politieacties in Turnhout op het gedrag van GHB-, speed-, en cocaïnegebruikers?
- In welke mate heeft het feit dat Turnhout een grensgemeente is een invloed op het gedrag van GHB-, speed-, en cocaïnegebruikers?

## Opzet van de monitor

De Stad Turnhout vroeg om een doorgedreven **kwalitatieve** monitor uit te voeren. Kwalitatieve methodes laten toe de bestudeerde doelgroep in zijn sociale context te benaderen. Op deze manier wordt de klemtoon gelegd op het perspectief van de doelgroep, met name de 'insider's view'. De Turnhoutse drugmonitor bestaat uit twee kwalitatieve onderdelen die elkaar wederzijds aanvullen: 1) veldwerk met observaties en informele gesprekken met behulp van *community field workers* (hierna *veldwerkers* genoemd); 2) open diepte-interviews met *sleutelfiguren*.

Gedurende vijf weken kregen vier *veldwerkers* de opdracht om informatie te verzamelen over de Turnhoutse drugscene aan de hand van de opgelegde thema's. De inzet van deze *veldwerkers* biedt een belangrijke meerwaarde bij het verzamelen van informatie vanuit het perspectief van de druggebruiker zelf.

Daarnaast werden 16 *sleutelfiguren*, verspreid over verschillende sectoren (politie, justitie, hulpverlening...), geïnterviewd. Door hun persoonlijke en professionele vaardigheden hebben deze *sleutelfiguren* een goed zicht op de Turnhoutse drugscene.

### Veldwerkers

#### Selectieproces en begeleiding

*Veldwerkers* maken of maakten deel uit van de bestudeerde lokale drugscene. In die zin zijn ze ervaringsdeskundigen die het mogelijk maken gemakkelijker tot de scene toegang te krijgen. De lokale drugscene in Turnhout is zeer kleinschalig. Bij de selectie en de interpretatie van de informatie verzameld door de *veldwerkers* dienen we met de onderlinge sociale relaties rekening te houden. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat sommige *veldwerkers* elkaar kennen, en dus weten van hun deelname aan het onderzoek. Indien de sociale netwerken van beide *veldwerkers* in grote mate overlappen, is het moeilijker om bij een zo divers mogelijk publiek informatie te verzamelen.

Om zoveel mogelijk variatie te realiseren werden alle leden uit de klankbordgroep aangesproken om hun cliënteel over het bestaan van het onderzoek via een informatiebrochure in te lichten. Geïnteresseerden gaven toestemming aan de betrokken organisatie om hun contactgegevens aan de onderzoekster te bezorgen. De onderzoekster sprak vervolgens rechtstreeks met deze kandidaten af. Op deze manier

werden in totaal 8 geïnteresseerde *veldwerkers* gevonden. We opteerden voor een diverse samenstelling van de groep. Zodoende werden initieel vier *veldwerkers* geselecteerd waarbij de overlap tussen hun verschillende netwerken tot een minimum beperkt was. Na uitval van één veldwerker werd een vijfde *veldwerker* geselecteerd.

Vooraleer de *veldwerkers* met het veldwerk startten, leerden ze met het onderzoeksinstrument, namelijk de observatiefiches, omgaan. Om onder andere te verduidelijken hoe ze veldnotities moesten noteren en welke informatie ze moesten verzamelen, werd een trainingssessie georganiseerd. De *veldwerkers* hadden twee mogelijkheden om informatie te verzamelen. Ofwel noteerden ze de veldnotities op de fiches, ofwel noteerden ze aantekeningen in een schriftje. Deze keuze werd aangeboden, omdat kortdurende gesprekken nauwelijks toelaten correct per thema te noteren. Een schriftje waarin alles vluchtig kon worden genoteerd, bood een mogelijke oplossing. De *veldwerkers* konden zelf uitproberen wat voor hen het meest werkbaar was. Uiteindelijk maakten twee *veldwerkers* uitgebreid van het schriftje gebruik. De andere drie *veldwerkers* namen korte veldnotities die tijdens de wekelijkse bijeenkomsten werden besproken.

Na deze trainingssessie gingen de *veldwerkers* aan de slag. Ze kwamen gedurende vijf opeenvolgende weken één keer per week individueel met de onderzoekster samen. Op deze manier kon de onderzoekster opvolgen welke informatie werd verzameld en welke niet. De onderzoekster kon vervolgens bijsturen naar thema's waar weinig over is geweten. Op die manier werd geprobeerd om alle thema's verder uit te diepen. Tijdens deze besprekingen werden ook bevindingen uit de interviews met de *sleutelfiguren* afgetoetst. De verzamelde veldnotities werden na deze bijeenkomsten gekopieerd. De gesprekken werden ook op band opgenomen zodat de *veldwerker* de kans kreeg om de veldnotities mondeling verder toe te lichten.

Net zoals alle onderzoekers, dienden ook de *veldwerkers* ervoor te zorgen dat de participanten van de aard en het doel van het onderzoek op de hoogte waren ('informed consent') en dat de privacy van de respondenten en vertrouwelijkheid van de verkregen informatie werd gerespecteerd. De verkregen informatie uit het veldwerk mocht bovendien in geen enkel geval aanleiding geven tot het schaden van de respondenten. Deze ethische principes worden daarom in het (gedrags)protocol opgenomen. Dit protocol werd door alle *veldwerkers* ondertekend (zie **bijlage 7.1**).

### Instrument: observatiefiches

De Turnhoutse monitor was gebaseerd op gesprekken met behulp van observatiefiches (**zie bijlage 7.2**). Er waren zes verschillende observatiefiches, één per thema. Elke fiche bevatte vragen die de thema's waarrond de *veldwerkers* informatie verzamelen verder specificerden. Deze thema's waren op de centrale doelstellingen van de monitor gebaseerd. Het *eerste thema* 'kenmerken van de druggebruiker' omvatte vragen die betrekking hadden op hun socio-demografische kenmerken: leeftijd, geslacht, nationaliteit, woonsituatie, tewerkstelling... Bij het *tweede thema* 'druggebruik' kwamen vragen aan bod die betrekking hadden op de producten die worden gebruikt, op welke wijze wordt gebruikt, de frequentie van gebruik... Het *derde thema* 'gevolgen van gebruik' bevatte vragen rond mogelijke lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen of sociale problemen. Het *vierde thema* 'markt en aanbod' hield vragen in over de beschikbaarheid, prijzen en kwaliteit van GHB, cocaïne en speed. De aanwezigheid van een hulpvraag of hulpbehoefte op diverse vlakken kwam in het *vijfde thema* 'hulpvraag/hulpbehoefte' aan bod. Deze thema's werden ten slotte aangevuld met vragen over de actuele veranderingen of ontwikkelingen op lokaal niveau (*thema zes*).

### Veldwerkers: beschrijving

De eerste *veldwerkster* is een 26-jarige ex-GHB- en speedgebruikster. Ze heeft een intensief gebruiksverleden. Ze ontvangt een leefloon en huurt een woning via het sociaal verhuurkantoor. Ze staat in contact met de drughulpverlening om af te kicken van cannabis. Deze veldwerkster heeft vooral contact met jonge gebruikers van speed en GHB, en met gebruikers met een detentieverleden.

De tweede *veldwerkster* is een vrouw van 35 jaar. Ze krijgt op onregelmatige basis een leefloon en heeft geen vaste woonplaats. Ook zij heeft een lange gebruikscarrière achter de rug, waarbij ze vooral GHB en speed gebruikte. Ze kicke een aantal jaar geleden af van GHB en kreeg hierbij professionele hulp. Zelf geeft ze aan dat ze nu sporadisch nog speed gebruikt. Ze kreeg de diagnose van ADHD. Omdat de medicatie te duur is, gebruikt ze speed om zich beter te concentreren en minder impulsief te zijn. Door haar jarenlange gebruik kent ze het GHB- en speedmilieu door en door. Ze heeft vooral contacten met oudere gebruikers (+35 jaar) en gebruikers met een detentieverleden.

Een 35-jarige ex-gebruiker van speed en cocaïne is de derde *veldwerker*. Hij zegt nu vooral nog cannabis te gebruiken. Hij volgt op dit moment een opleiding, ontvangt een werkloosheidsuitkering en heeft een vaste woonplaats. Hij is een lange periode in begeleiding geweest om van speed en cocaïne af te kicken. Deze *veldwerker* heeft door zijn lange gebruikscarrière veel contacten binnen het speed- en cocaïnemilieu. Daardoor kent hij zowel gemarginaliseerde als geïntegreerde gebruikers.

De vierde *veldwerker* is een 20-jarige man die naar eigen zeggen op het moment van dit onderzoek net met het frequent gebruik van GHB, speed en cocaïne was gestopt. Hij krijgt een leefloon en heeft geen vaste woonplaats. Ondanks zijn jonge leeftijd heeft hij uitgebreide contacten in het drugsmilieu omdat hij al lang gebruikt ( ± 7 jaar). Hij heeft voornamelijk contacten met heel jonge (jonger dan 25 jaar) en oude gebruikers (ouder dan 40 jaar).

Na de tweede samenkomst met deze vierde *veldwerker* werd duidelijk dat hij niet langer aan het onderzoek kon deelnemen. Daarom werd een vijfde *veldwerker* aangesproken. De onderzoekster en de vijfde *veldwerker* hadden drie bijeenkomsten. Deze allochtone ex-speed- en cocaïnegebruiker is 40 jaar en heeft een vaste woonplaats. Bij de start van het onderzoek ontving hij een werkloosheidsuitkering, kort erna had hij terug vast werk. Hij heeft brede contacten binnen de allochtone gemeenschap en gebruikers met een detentieverleden. Hoewel hij goede contacten heeft in deze gemeenschap, wijst hij er van bij aanvang op dat, zeker wat druggebruik betreft, deze gemeenschap heel gesloten is. Zelfs voor een 'insider' is het niet evident om informatie te verzamelen over het gebruik van GHB, speed of cocaïne. Hij heeft daarnaast voornamelijk contact met cocaïne- en speedgebruikers.

### **Sleutelfiguren**

Het stedelijk drugbeleid van Turnhout vormt de basis voor de selectie van *sleutelfiguren*. De stad Turnhout stelt hierbij prioriteit aan drughulpverlening en drugpreventie. Het strategisch veiligheids- en preventieplan 2014-2017 stelt dat *“het voorkomen van druggerelateerde maatschappelijke overlast een doordacht drugbeleid vereist, gericht op een integrale aanpak van problemen die het fenomeen drugs met zich meebrengen. Dit beleid houdt rekening met het reeds bestaande aanbod door externe partners en is ook afgestemd op de evolutie van de problematiek van legale en illegale drugs.”* Tot slot, vormt de aanpak van het drugsfenomeen een focuspunt van het zonaal en lokaal



veiligheidsplan van de politie. Het stedelijk drugbeleid krijgt dus vorm door verschillende sectoren: hulpverlening, preventie, en politie/justitie. Voor beleidsmakers die op de hoogte willen blijven van de lokale ontwikkelingen en trends op het vlak van druggebruik en de actuele noden en behoeften van de druggebruikers, is het noodzakelijk elk van deze sectoren bij de monitor te betrekken.

### Sleutelfiguren: beschrijving

De sector hulpverlening omvat een brede waaier aan organisaties die werken rond de opvang, behandeling, verbetering van de levenssituatie, acceptatie en (re)integratie van druggebruikers. Deze hulpverlening omvat zowel drughulpverlening (bv. eerstelijnsdrughulpverlening) als sociaal-maatschappelijke hulpverlening (bv. woonbegeleiding). Elke hulpverleningsorganisatie benadert de druggebruikers op een verschillende manier en heeft bijgevolg zicht op andere problemen, noden en behoeften. Daarom nemen we in de groep *sleutelfiguren* diverse invalshoeken op.

De drughulpverlening in Turnhout omvat de Drughulp Eerstelijns, het MSOC en De Meander (CGG De Kempen).<sup>2</sup>

Drughulp Eerstelijns biedt laagdrempelige hulp aan zowel experimenterende als afhankelijke gebruikers. De dienst is een eerste contactpunt voor iedereen met vragen rond druggebruik. Afhankelijk van de vraag wordt informatie, advies of begeleiding aangeboden. Daarnaast (organiseert) werkt Drughulp Eerstelijns ook mee aan preventieprojecten.

Het **Medisch Sociaal Opvangcentrum** biedt medische, psychologische en sociale begeleiding aan gebruikers van illegale drugs die het gevoel hebben nergens meer terecht te kunnen voor hulp. Iemand met enkel een alcohol-, medicatie- of gokverslaving kan niet bij het MSOC terecht en zal worden doorverwezen. Het aanbieden van vervangmedicatie voor heroïnegebruik is een belangrijk deel van de MSOC-werking. De hulpverlener van het MSOC werkt wekelijks één dag vanuit de gebouwen van De Meander.

**De Meander (CGG Kempen)** heeft zijn hoofdzetel in Turnhout en een antennewerking in Herentals. De Meander biedt gebruikers die problemen ervaren met het gebruik van

---

<sup>2</sup> Zie [www.drughulpkempen.be](http://www.drughulpkempen.be)

middelen of gokken ambulante begeleiding aan. Deze begeleiding kan aanvangen op vraag van de gebruiker of na doorverwijzing door een derde persoon (bv. de Drughulp Eerstelijn). Daarnaast geeft De Meander ook vorming aan personen die in het kader van alternatieve gerechtelijke maatregelen door justitie zijn doorverwezen.

Verder nemen ook een aantal organisaties deel die op zich niet tot de drughulpverlening behoren maar die in hun dagelijkse werking op regelmatige basis met druggebruikers in contact komen.

**Straathoekwerk (CAW Kempen)**<sup>3</sup> biedt ondersteuning aan iedereen op straat voor wie ze iets kunnen betekenen. Deze ondersteuning kan uiteenlopende vormen aannemen. Ze worden betrokken bij het onderzoek omdat ze vaak op plaatsen komen waar druggebruikers zijn.

**Huis Zevendonk (CAW Kempen)**<sup>4</sup> is één van de twee kleinschalige centra van het CAW Kempen voor residentiële opvang voor mannen in Turnhout. Mannen kunnen hier terecht wanneer het voor hen niet mogelijk is om zelfstandig te wonen. Mannen met een ernstige verslavingsproblematiek kunnen hier in principe niet terecht. De medewerkers van de mannenopvang krijgen alsnog in hun dagelijkse werking regelmatig te maken krijgen met gebruik van GHB en speed.

**Cirkant vzw**<sup>5</sup> werkt specifiek rond kinderen, jongeren en gezinnen binnen de bijzondere jeugdzorg. Twee *sleutelfiguren* uit twee afdelingen van deze vzw lichten hun ervaringen met druggebruik binnen deze specifieke groep toe.

De afdeling **Begeleid Zelfstandig Wonen** biedt hulp op maat aan jongeren vanaf 17 jaar om hun zelfstandig functioneren te verbeteren en te verstevigen. De jongere wordt als persoon in zijn/haar ruimere context bekeken, hetgeen betekent dat er naast het zelfstandigheidsprogramma, ook aandacht naar gezinsgerichte begeleiding, netwerkbegeleiding en psychosociale begeleiding van de jongere zelf gaat. De begeleiding van de jongere vertrekt vanuit zijn/haar specifieke problematieken, daarbij hoort ook begeleiding in het kader van een drugproblematiek.

---

<sup>3</sup> Zie <http://www.cawdekempen.be/straathoekwerk-turnhout>

<sup>4</sup> Zie <http://www.cawdekempen.be/huis-zevendonk>

<sup>5</sup> Zie <http://www.cirkant-vzw.be>

Eén van de opdrachten binnen de afdeling **Constructieve Afhandeling van Feiten arrondissement Turnhout (CAFT)** omvat de **Leerprojecten Drugs** die door de jeugdrechter als maatregel worden opgelegd.

**Arktos vzw**<sup>6</sup> is in Turnhout op verschillende manieren aanwezig. **AkirA** is een vormingshuis voor jongeren tussen 14 en 25 jaar waar jongeren werken rond afgesproken leerpunten of de kans krijgen om extra engagement op te nemen. Daarnaast voorzien ze ook persoonlijke ontwikkelingstrajecten (**P.O.T Kempen**) voor jongeren uit het deeltijds onderwijs die om allerlei redenen niet willen/kunnen meedraaien in een schools- en/of arbeidsgericht traject. In beide werkingen komen de hulpverleners regelmatig in contact met jongeren met een drugproblematiek. In dat geval wordt er vooral rond inzichtverwerving en bewustwording gewerkt.

Zowel **politie als justitie** kijken op hun eigen manier naar druggebruikers. Hun visie vormt een aanvullend perspectief op de drugproblematiek.

Binnen de Lokale Politie Regio Turnhout werkt het **Team Drugs** zowel zelfstandig als op vraag van het Parket (via kantschriften) onderzoeken uit die te maken hebben met overlast omwille van druggebruik en/of -handel. Naast deze projectwerking komen de **interventiediensten** vaak in contact met druggebruikers bij interventies tijdens crisissituaties.

De justitieassistenten van het **Justitiehuis Turnhout** krijgen onder andere het mandaat van de strafuitvoeringsrechtbank om de voorwaarden bij een voorwaardelijke invrijheidsstelling op te volgen en over de naleving ervan te rapporteren. Daarnaast begeleiden ze ook mensen die als alternatief voor de voorlopige hechtenis onder bepaalde voorwaarden in vrijheid worden gesteld. Deze voorwaarden omvatten regelmatig het volgen van een behandeling bij de drughulpverlening.

De dienst **Justitieel Welzijnswerk Turnhout (CAW Kempen)** behoort niet tot de justitiële sector. Naast organisatieondersteuning, werken in de gevangenis van Turnhout trajectbegeleiders. De taak van deze begeleiders is om in samenspraak met de gedetineerde problemen (bv. rond huisvesting) in kaart te brengen en te bekijken welke

---

<sup>6</sup> Zie <http://www.arktos.be>

oplossingen voorhanden zijn. Naast praktische problemen krijgen trajectbegeleiders ook vragen rond drughulpverlening.

#### Instrument: leidraad

De *sleutelfiguren* werden via een diepte-interview bevraagd. In eerste instantie was het de bedoeling om elke sleutelfiguur individueel te spreken. Individuele afspraken hebben als voordeel dat de beïnvloeding tussen *sleutelfiguren* minimaal is. Maar deze methode bleek zeer tijdsintensief. Om een zo breed mogelijk aantal visies te integreren binnen de monitor werd voor een tussenoplossing gekozen. In drie sectoren (politie, justitie en CGG Kempen) werd een groepsgesprek georganiseerd met meerdere mensen die een gelijkaardige taak binnen de specifieke organisatie uitoefenen.

De leidraad van het interview (zie **bijlage 7.3**) omvatte dezelfde thema's waarrond ook de *veldwerkers* informatie verzamelden: de kenmerken van de druggebruiker, druggebruik in het algemeen, gevolgen van druggebruik, markt en aanbod, en hulpvraag/hulpbehoefte. Door alle thema's te bespreken met de gebruikers zowel als met de *sleutelfiguren* kunnen de bevindingen beter worden vergeleken.

# 1 Algemene kenmerken van gebruikspatronen

## 1.1 Geïntegreerde versus gemarginaliseerde gebruikers

De *veldwerkers* en *sleutelfiguren* beschrijven drie groepen druggebruikers in Turnhout: *geïntegreerde gebruikers*, *gemarginaliseerde gebruikers* en een *tussengroep*. Deze drie groepen vinden we onder GHB-, speed- en cocaïnegebruikers terug.

De groep *geïntegreerde gebruikers* van GHB, cocaïne of speed bestaat uit twee subgroepen. De eerste subgroep omvat geïntegreerde gebruikers die frequent gebruiken maar van wie het gebruik volledig in hun maatschappelijk leven is ingebed. Een tweede subgroep bestaat uit experimenterende gebruikers. Beide groepen hebben een sociaal netwerk dat zowel gebruikers als niet-gebruikers omvat.

De eerste subgroep van geïntegreerde gebruikers – *de frequente gebruikers* – zijn meestal tussen de 30 en de 50 jaar. De meesten hebben een middelbare of hogere opleiding afgerond. De werk- en woonsituatie van deze groep geïntegreerde gebruikers is vaak lange periodes stabiel. Toch gebruiken velen van deze groep dagelijks GHB, speed en/of cocaïne. Volgens sommige *sleutelfiguren* bevinden cocaïnegebruikers zich vooral in deze groep. Zowel *veldwerkers* als *sleutelfiguren* situeren hier bijvoorbeeld ook een groep mensen die dagelijks, en de hele dag door, speed of GHB gebruiken maar die er, voor lange tijd, in slagen daarbij voltijds te werken. Ze hebben ook een vaste woonplaats. Deze groep speedgebruikers werkt doorgaans in de bouw of de horecasector.

De tweede subgroep geïntegreerde gebruikers – *de experimenterende gebruikers* – omvat vooral jongere gebruikers (jonger dan 25 jaar). Deze jongeren gebruiken vooral tijdens het uitgaan speed, GHB en cocaïne. De meesten van deze subgroep hebben een vaste woonplaats. Ze hebben veelal vast werk of volgen een middelbare of hogere opleiding. Het verschil met de vorige subgroep ligt vooral in hun jonge leeftijd en het experimenterende karakter van hun gebruik.

De groep *gemarginaliseerde gebruikers* varieert in leeftijd. Een groot aantal onder hen voltooide geen middelbare opleiding. Een kleine groep voltooide de middelbare school en sommigen volgden een hogere opleiding. Hun woon- en werksituatie is problematisch. Deze groep gebruikers is veelal dak- of thuisloos en wordt door andere gebruikers opgevangen. De meesten zijn werkloos en leven van een leefloon, een

invaliditeitsuitkering of worden door de ouders of de partner financieel gesteund. Een deel van deze groep vergaart een inkomen door de aanmaak en verkoop van GHB of het verkopen van speed en/of cocaïne. Ze belanden daardoor geregeld in de gevangenis. Gemarginaliseerde gebruikers verschillen van geïntegreerde gebruikers op het vlak van hun woon- en werksituatie, opleidingsniveau en hun detentie-ervaring. De meeste *gemarginaliseerde gebruikers* staan enkel nog in contact met andere gebruikers of leven volledig geïsoleerd. Ook het contact met de familie is vaak verwaterd.

De *tussengroep* bestaat uit gebruikers wiens gebruikscarrière sterk in beweging is. Hier zien we zowel gebruikers die een gemengde vriendenkring hebben als gebruikers met hoofdzakelijk vrienden die ook gebruiken. Ook het contact met de familie is goed. De jongere gebruikers in deze groep gebruiken frequenter dan de experimenterende gebruikers. Dit gebruik veroorzaakt langzaamaan meer problemen op het vlak van tewerkstelling en lichamelijke en psychische gezondheid. We omschrijven deze gebruikers verder als gebruikers in een *neerwaartse beweging*. De oudere gebruikers in deze groep hebben een verleden van excessief gebruik, maar evolueren in richting van een stabiel gebruik. De meesten leven van een uitkering en wonen in een sociale woning. Velen ondervinden nog lichamelijke of psychische problemen in de nasleep van hun lange gebruikscarrière. Deze specifieke gebruikers worden verder omschreven als gebruikers in een *opwaartse beweging*.

### **Good practice: Housing first en wooncoaching (OCMW Gent)**

In het kader van het **project Housing First Belgium** focust OCMW Gent op de personen bij wie de herhuisvesting niet op structurele wijze slaagt ondanks intensieve wooncoaching. De oorzaak van dit “niet slagen” is niet éénduidig, maar kent verschillende dimensies (bv. ernstige psychiatrische en/of verslavingsproblematiek, problematiek gelinkt aan de Bijzondere jeugdzorg). Het project wordt op 9 juni 2016 tijdens een conferentie geëvalueerd.

Aanvragers van een sociale woning ten behoeve van daklozen dienen zich niet te verbinden tot een vorm van behandeling of begeleiding voor ze de woning kunnen huren. Indien aanvragers in het traject van de ‘versnelde toewijs’ wensen in te stappen wordt op voorhand wel besproken dat een wooncoach hen zal begeleiden met het oog op het behoud van de verkregen woning. Aan de aanvrager wordt een duidelijke uitleg gegeven over deze begeleiding, bijvoorbeeld over het feit dat de begeleiding alle soorten zorg kan inhouden en dat de doelstelling “het behoud van de woning” centraal staat. Doorheen de begeleiding worden huurders tot niets verplicht. De wooncoaches proberen wel om huurders zoveel mogelijk te ondersteunen en te motiveren. De daklozen wordt een volledig zelfstandige (sociale) wooneenheid aangeboden, verspreid over Gent, afhankelijk van het patrimonium van de betreffende sociale huisvestingsmaatschappij welke voldoet aan de rationele bezetting. Voor verdere informatie zie: [http://www.housingfirstbelgium.be/nl/paginas/zes-  
implementaties/gent.html](http://www.housingfirstbelgium.be/nl/paginas/zes-implementaties/gent.html)

De dienst **Wooncoaching** van OCMW Gent wil via een intensieve wooncoaching bij de cliënten thuis een structurele oplossing bieden voor hun problematische huisvestingssituatie. OCMW Gent probeert dus via de wooncoaching én samen met de huurder een antwoord te formuleren op de centrale vraag wat zij nodig hebben om hun woning te behouden. Gezien een “thuis” ook verbonden is met veiligheid, het hebben van sociale netwerken, gezondheid, een vrijetijdsbesteding, activering en dergelijke meer worden in de wooncoaching naast het aspect wooncultuur en huisvesting ook de andere levensdomeinen opgenomen. In eerste instantie doen we dit vanuit de visie dat een destabilisering van een bepaald levensdomein, bv. instabiele sociale netwerken eveneens een destabilisering van de huisvestingssituatie met zich kunnen meebrengen.

In tweede instantie bieden we een integrale begeleiding met het oog op sociale reactivering. Een integratie in de buurt, het opnieuw in orde brengen van de sociaal – financiële administratie, het vinden van een vrijetijdsbesteding en het (opnieuw) aanhalen van sociale banden. Deze verschillende domeinen zorgen ervoor dat onze cliënten mogelijks meer sociaal verankerd geraken in de maatschappij. Dit kan uiteindelijk leiden tot een reactivering door middel van opleiding en/of tewerkstelling.

## 1.2 Gebruik

Volgens de *veldwerkers* wordt het roken van cannabis door alle groepen gebruikers als normaal beschouwd. Gebruikers van GHB, speed en cocaïne vinden we in alle groepen terug.

### Product en frequentie

*Geïntegreerde, frequente gebruikers* hebben na een periode van experimenteren een voorkeur ontwikkeld voor een aantal roesmiddelen. Veelal gebruikt men speed of cocaïne tijdens het weekend. Sommigen gebruiken speed tijdens de week om alerter te zijn op het werk. Een deel van deze gebruikers neemt 's avonds of tijdens het weekend GHB om terug tot rust te komen of om zich te amuseren tijdens het uitgaan. De groep *experimenterende gebruikers* heeft nog geen voorkeur voor een bepaald roesmiddel ontwikkeld. De meesten gebruiken naast speed ook andere oppeppende middelen (bv. XTC, research chemicals).<sup>7</sup> Cocaïne wordt door hen als iets speciaals gezien omdat het duur is. De meesten experimenteerden ook met GHB. Sommigen doen dit voor een langere periode, anderen stoppen na één of twee keer omdat ze de effecten niet leuk vinden.

*Gemarginaliseerde gebruikers* gebruiken alles wat hen wordt aangeboden. Een grote groep GHB-gebruikers gebruikt de hele dag door. GHB wordt daarbij vaak met speed afgewisseld. Een deel van deze gebruikers staat heel weigerachtig ten aanzien van GHB.

---

<sup>7</sup> De term *research chemicals* verwijst naar experimentele chemische stoffen die andere drugs zoals amfetamines of psychoactieve drugs nabootsen. Ze worden ook *designer drugs* of *legal highs* genoemd. Ze zijn vaak nog legaal te verkrijgen omdat ze zich in een grijze zone bevinden. Het is heel moeilijk om in te schatten wat het effect of de bijwerkingen zullen zijn. Het nemen van deze type drugs wordt daarom als heel risicovol beschouwd.



Deze groep gebruikt vooral speed. Cocaïne is te duur en wordt als een luxeproduct beschouwd.

De oudere gebruikers in de *tussengroep* hebben vaak een verleden van excessief gebruik van speed en GHB. Velen onder hen stopten met het gebruik van GHB, en slagen erin om hun gebruik van speed en cocaïne lange tijd stabiel te houden. De jongere gebruikers in deze groep evolueren van experimenteel gebruik van GHB of speed naar dagelijks gebruik.

Volgens de *veldwerkers* beschouwen sommige gebruikers het gebruik van GHB als iets 'marginaals'. Deze gebruikers behoren niet tot een specifieke groep. Zowel *geïntegreerde* als *gemarginaliseerde* gebruikers blijven soms bewust weg van GHB. Sommige gebruikers hebben GHB getest en gebruiken het niet meer. Ze gebruiken wel nog speed of cocaïne. Sommige kregen een afkeer van het product omdat ze getuige waren van of verhalen hoorden over hoe GHB als *rape drug* wordt gebruikt. Anderen werden door het ongecontroleerde gedrag van vrienden onder invloed (bv. spastische bewegingen) of door het risico op bewustzijnsverlies afgeschrikt. *Sleutelfiguren* uit de drughulpverlening merken hetzelfde op. Binnen hun werking merken ze dat gebruikers GHB soms als iets marginaals of als 'een stapje verder dan speed of cocaïne' zien.

### Wijze en dosering

GHB wordt bijna altijd gedronken. De standaardhoeveelheid is een 'dopke'. De dosering is cruciaal in het voorkomen van 'knock gaan'.<sup>8</sup> Een groep *gemarginaliseerde gebruikers* gebruikt GHB de hele dag door. Dit betekent dat ze om de twee uur iets drinken. De dosis varieert naargelang de ervaring van de gebruiker (2ml tot 15ml per keer). De *veldwerkers* geven aan dat sommige *gemarginaliseerde gebruikers* GHB injecteren omdat dit volgens hen het risico op psychoses zou verminderen.

Speed wordt in alle groepen meestal gesnoven of geslikt ('bommekes'). De groep *gemarginaliseerde gebruikers* die de hele dag door GHB innemen, combineren dit vaak met speed. Op die manier wordt het moment waarop je het bewustzijn verliest uitgesteld. Speed wordt in Turnhout weinig gespoten. *Geïntegreerde gebruikers* uit de

---

<sup>8</sup> *Knock gaan* verwijst naar het bewustzijnsverlies dat optreedt wanneer iemand te veel GHB in één keer drinkt. De persoon in kwestie gaat gedurende een paar uren in een comateuze toestand. Vaak weet men achteraf niet meer wat er tijdens deze periode gebeurde.

eerste groep gebruiken dagelijks speed. De hoeveelheid varieert volgens de *veldwerkers* van 3 gram tot 15 gram per dag.

Cocaïne ten slotte wordt eveneens meestal gesnoven. Gebruikers uit alle groepen gebruiken vaak zowel cocaïne als speed. Sommige gebruikers van de *tussengroep* of *gemarginaliseerde gebruikers* basen of injecteren cocaïne.<sup>9</sup> De frequentie van gebruik van cocaïne hangt af van de financiële situatie van de gebruiker. Men gebruikt cocaïne als men geld heeft. De financiële middelen bepalen ook de wijze van gebruik. Sommige *experimenterende gebruikers* geven aan dat cocaïne basen een heftiger effect creëert dan cocaïne snuiven. Dit effect is echter van kortere duur dan bij snuiven. Omwille van deze korte roes, basen deze gebruikers meerdere grammen cocaïne op één avond. Dit is een dure aangelegenheid voor deze gebruikers. Ze beschouwen dit dan ook als een speciaal moment waarvoor ze specifiek geld opzijleggen.

### Gebruikssetting

De *veldwerkers* en *sleutelfiguren* beschrijven verschillende gebruikssettings. Deze setting evolueert doorheen de gebruikscarrière, maar verandert ook naar aanleiding van politieacties.

*Geïntegreerde gebruikers* die vooral experimenteren gebruiken vooral tijdens het uitgaan (bv. underground feestjes). De groep *geïntegreerde, frequente gebruikers* gebruikt vooral thuis of in sommige gevallen ook op het werk. In de *tussengroep* vinden we een groep gebruikers die vooral tijdens feestjes gebruikt. Tegelijkertijd wordt er bij de groep in een *neerwaartse beweging* ook meer en meer thuis gebruikt. *Gemarginaliseerde gebruikers* gebruiken hoofdzakelijk thuis of bij vrienden thuis. Volgens de *veldwerkers* gebruiken deze gebruikers ook veel alleen. De woonplaatsen van sommige *gemarginaliseerde gebruikers* worden door de *veldwerkers* als ‘gebruikerskoten’ omschreven. Dit zijn plaatsen waar gebruikers, vooral speed en GHB, samenkomen. Volgens hen zijn er nu meer van deze ‘gebruikerskoten’ sinds de politie specifiek acties ondernam tegen de overlast van druggebruikers op openbare plaatsen.

---

<sup>9</sup> *Basen* is het roken van basecoke of crack. Cocaïne wordt eerst gekookt of *gecleand*. Daarna blijft er een klontje over dat je kan roken met een (base) pijp.

*Veldwerkers* en sommige *sleutelfiguren* beschrijven de gebruiksetting ook in regionale termen. Ze associëren gemeentes in de omgeving van Turnhout met specifieke drugs (bv. Beerse, Ravels, Mol (cocaïne), Balen (speed en GHB), Herentals, Antwerpen, Vorselaar (speed), Arendonk). Ze merken hierbij op dat nadat bepaalde cafés of discotheken de deuren sloten, gebruikers nu meer in een thuisomgeving of op andere locaties (bv. pleintjes, andere cafés) gebruiken.

### **1.3 Motivatie van gebruik**

#### Waarom beginnen?

*“Hij [een bevriend cocaïne gebruiker] heeft een zware jeugd gehad. Hij heeft zich altijd onderdanig opgesteld. Hij werd door een groep jongens gepest. Hij werd in een andere groep aanvaard toen hij voor zich op begon te komen. Hij startte met gebruiken om erbij te horen, en op den duur begon hij bepaalde drugs heel lekker te vinden. Uiteindelijk minderde hij pas met gebruiken toen zijn dochter werd geboren (gesprek veldwerker 15 december 2015)”.*

De meeste gebruikers leerden GHB, speed en/of cocaïne kennen tijdens het samen experimenteren met vrienden. Vrienden of kennissen boden het aan tijdens het uitgaan. Velen geven aan dat ze startten met gebruik omwille van nieuwsgierigheid, om stoer te doen tegenover vrienden of om het gevoel te hebben erbij te horen.

*Geïntegreerde gebruikers* geven deze reden als hoofdreden aan. *Gemarginaliseerde gebruikers* en gebruikers uit de *tussengroep* gebruiken daarnaast ook GHB, speed of cocaïne om aan de realiteit te ontsnappen. Sommige GHB-gebruikers in deze groep zien bewustzijnsverlies dan ook als het doel van hun gebruik. Volgens de *veldwerkers* start het gebruik niet om die reden, maar lijkt hun motivatie naarmate ze omwille van hun gebruik meer problemen ervaren op andere levensgebieden te evolueren. Mensen uit de *tussengroep* die in een *neerwaartse beweging* zitten en *gemarginaliseerde gebruikers* spreken vaak over het ‘wegdrukken van negatieve ervaringen’, ‘vluchtgedrag’ of ‘gebruiken uit verveling’. Gebruikers uit de *tussengroep* die in een *opwaartse beweging* zitten, zeggen dat ze ‘vroeger’ een gelijkaardige motivatie hadden.

Het valt op dat sommige gebruikers een heel andere motivatie vermelden om speed te gebruiken. Een groep, vooral *gemarginaliseerde*, gebruikers gebruikt speed ter vervanging van medicatie die wordt voorgeschreven bij ADHD. Sommigen onder hen werden met ADHD gediagnosticeerd en kregen *Rilatine* voorgeschreven. Het nemen van

*Rilatine* veroorzaakt, naar hun eigen zeggen, veel negatieve bijwerkingen. Het alternatieve medicijn, *Concerta*, wordt niet door de mutualiteit terugbetaald. Omdat ze de financiële middelen niet hebben om deze medicatie te betalen, doen ze aan zelfmedicatie. Ze nemen speed om zich beter op activiteiten te kunnen concentreren en om hun impulsiviteit onder controle te krijgen. Ook *sleutelfiguren* zien in hun dagdagelijkse werk veel personen die speed gebruiken als een vorm van zelfmedicatie bij ADHD. Vaak wordt bij deze mensen pas op latere leeftijd ADHD vastgesteld. Deze gebruikers beginnen vaak heel jong en maken een intens begeleidingstraject door.

Onder de groep *geïntegreerde gebruikers* ten slotte, vinden we een aantal speedgebruikers die dagelijks speed snuiven om op deze manier beter op het werk te presteren. Op die manier blijven ze langer alert en kunnen ze langer doorwerken. Sommige onder hen drinken 's avonds of in het weekend GHB om zich te kunnen ontspannen. Anderen roken 's avonds een joint om te kunnen slapen. Naast deze groep gebruikers vermelden sommige *sleutelfiguren* dat sommige *geïntegreerde gebruikers* cocaïne als pijnstiller gebruiken. Omdat ze het budget hebben om cocaïne te gebruiken, kunnen ze dit gebruik lang onder controle houden.

De *veldwerkers* hadden moeite om verdere informatie over de initiële motivatie voor het gebruik van speed, cocaïne en GHB te verzamelen. *Sleutelfiguren* geven aan dat de motivatie voor gebruik evolueert doorheen de gebruikscarrière. Drughulpverlening geeft daarnaast ook aan dat GHB-gebruikers het moeilijk hebben om uit te leggen waarom ze specifiek GHB begonnen te gebruiken. *Sleutelfiguren* krijgen de indruk dat GHB-gebruikers lange periodes, langer dan bijvoorbeeld speedgebruikers, blijven zeggen dat ze vooral GHB gebruiken omdat het 'plezant' is. De onderliggende problematieken komen bij hen moeilijker naar boven tijdens individuele gesprekken.

Volgens de *sleutelfiguren* starten weinig mensen met druggebruik om hun problemen te vergeten. Naast 'vergeten van problemen', 'voor de kick' of 'om erbij te horen', wijzen *sleutelfiguren* op een traumatische gebeurtenis als mogelijke onderliggende problematiek. Zo wordt er naar pestgedrag en seksueel misbruik verwezen. Dit werd door de *veldwerkers* ook opgemerkt. Sommige gebruikers beginnen te gebruiken omdat ze als kind zwaar gepest werden. Ze raakten geïsoleerd en kwamen in contact met jongeren die bv. speed of GHB gebruikten. Daar kregen ze het gevoel van 'ik hoor erbij'. Door meteen veel te gebruiken creëerden ze een bepaald imago. Andere gebruikers

waren op heel jonge leeftijd het slachtoffer van seksueel misbruik. Omdat ze er niet in slagen om dit trauma te verwerken zoeken ze hun vlucht in bv. GHB of speedgebruik. Dit gebruik escaleert snel.

*Sleutelfiguren* associëren deze traumatische gebeurtenis met een bredere algemene kwetsbaarheid die ervoor zorgt dat het gebruik snel naar problematisch gebruik evolueert. Deze gebruikers starten vaak op jonge leeftijd en zetten snel de stap naar speed, GHB en cocaïne. Naast een kwetsbaarheid van de persoon zelf wijzen *sleutelfiguren* ook op de kwetsbaarheid van de familie (bv. ouders gebruiken ook speed, GHB of cocaïne).

Sommige speedgebruikers in de drughulpverlening zijn ouder bij de start van hun gebruik. Volgens *sleutelfiguren* ligt daar soms een relatiebreuk aan de basis. Deze, voornamelijk mannelijke, gebruikers zoeken na het beëindigen van hun relatie terug de leefwereld van toen ze een tiener waren op. Volgens deze *sleutelfiguren* komt deze groep gebruikers tijdens het uitgaan (terug) in contact met die personen die op latere leeftijd ook nog steeds in dit wereldje zitten, en die GHB, speed of cocaïne gebruiken.

#### Waarom (niet) stoppen?

*Geïntegreerde gebruikers* geven vaak aan dat ze niet willen stoppen omdat ze bijkomende problemen ervaren. Ze gebruiken vooral om zich te ontspannen en denken te weten hoever ze kunnen gaan. Toch gaan ze ervan uit dat ze op een bepaald moment in hun leven toch zullen stoppen. *Experimenterende gebruikers* bijvoorbeeld beschouwen hun gebruik als een levensfase waar ze over een aantal jaar uit zullen groeien (bv. wanneer ze kinderen krijgen).

*Gemarginaliseerde gebruikers* hebben vaak het gevoel dat ze niet 'kunnen' stoppen. Ze geven aan 'te verslaafd' te zijn. Ze gebruiken vooral om aan de problemen die ze ervaren op verschillende levensdomeinen (bv. geen woning, geen contact meer met familie, moeite om werk te vinden) te ontvluchten en zijn niet klaar om met deze realiteit om te gaan.

Daarnaast geven veel *gemarginaliseerde GHB-gebruikers* ook aan dat ze schrik hebben om af te kicken van GHB. Als iemand plots stopt met het veelvuldig gebruiken van GHB kan dit namelijk leiden tot zware afkickverschijnselen (bv. hartritmestoornissen). *Sleutelfiguren* bevestigen dat het stoppen met GHB medisch gezien soms onverantwoord

is. Het abrupt stoppen met GHB leidt tot een overstimulatie van de hersenen. Dit kan bijvoorbeeld psychoses veroorzaken. Vaak worden gebruikers heel onrustig en angstig of agressief. De verhalen over wat mensen soms doen tijdens deze periode (bv. geweldpleging), zorgen er volgens deze *sleutelfiguren* voor dat specifiek GHB-gebruikers inderdaad schrik hebben om af te kicken. Ze voelen zich goed onder invloed van GHB, en vinden het makkelijker om het te blijven drinken dan de stap te zetten naar wat zij beschouwen als een zeer zware afkick.

Veel van deze GHB-gebruikers geven bovendien aan dat stoppen voor hen alleen maar kan als ze niet meer in aanraking komen met GHB. De enige optie is volgens hen om met al hun vrienden te breken en uit Turnhout te verhuizen.

*“Ik gebruik nu nog zelden GHB, en ik wil het ook niet meer gebruiken. Maar zet een dopke voor mijn neus en ik zal het pakken, dat weet ik zeker (gesprek veldwerker 7 januari 2016)”.*

*Sleutelfiguren* geven aan dat deze gebruikers vaak enkel vrienden hebben die ook gebruiken en dus in een gesloten netwerk van medegebruikers zitten. Sommige schamen zich over hun gebruik en schuwen contacten met niet-gebruikers. Anderen houden wel contact met niet-gebruikers maar zien deze veel minder dan gebruikers. Toch vinden veel gebruikers het moeilijk om te breken met de vrienden die ook gebruiken. Velen zien in dat dit zou helpen om te stoppen met bijvoorbeeld GHB-gebruik, maar geven tegelijk aan dat deze vrienden er wel altijd voor hen zijn geweest (bv. door hen niet te verklikken bij de politie, door hen uit de nood te helpen als ze zelf geen GHB hadden, door hen een woonplaats te geven). Dit draagt er volgens *sleutelfiguren* toe bij dat heel veel GHB-gebruikers na de afloop van een hulpverleningstraject snel hervallen.

Bij gebruikers uit de *tussengroep* zien we gelijkaardige redenen voor gebruik. Gebruikers in een *neerwaartse beweging* geven aan dat ze vooral gebruiken omdat ze hun problemen willen vergeten. Cocaïnegebruikers, en in zeker mate ook speedgebruikers, willen de depressieve gevoelens vermijden die deel uitmaken van de ‘terugval’ na het gebruik van speed en cocaïne. Ze willen niet stoppen met het gebruiken van cocaïne of speed. Gebruikers van speed, GHB en cocaïne die in een *opwaartse beweging* zitten, geven aan dat hun motivatie voor gebruik evolueerde van ‘omdat het leuk is’ naar ‘ik heb het nodig om normaal te functioneren’. Deze groep gebruikers geeft

verschillende redenen aan om de frequentie van hun gebruik te minderen: het krijgen van kinderen, problemen op vlak van werk en familie en het besef dat de effecten van sommige drugs 'niet meer leuk waren'. Het valt op dat velen in deze fase stoppen met één of meerdere specifieke roesmiddelen, vaak GHB, maar andere middelen, bv. speed, blijven gebruiken omdat het gebruik van deze roesmiddelen volgens hen geen invloed heeft op hun dagelijks leven.

Sommige gebruikers, die we in alle groepen terugvinden, geven aan dat het voor hen moeilijk is om structuur in hun dagelijks leven te krijgen. Een partner die zelf niet gebruikt of kinderen kunnen volgens *sleutelfiguren* een externe motivatie zijn om hun gebruik te minderen. Deze gebruikers slagen erin om rond hun partner en kinderen een zinvol bestaan op te bouwen. Ze voelen zich bijvoorbeeld verantwoordelijk om voor hen te zorgen (bv. elke middag samen eten). Tegelijk geven zowel *sleutelfiguren* als *veldwerkers* aan dat deze partner (bv. als deze wel GHB speed of cocaïne gebruikt) of kinderen het net moeilijker kan maken om het gebruik van GHB, cocaïne of speed af te bouwen. Vooral wat vrouwelijke gebruikers betreft, geven *sleutelfiguren* aan dat het idee het contact met de kinderen te verliezen, kan leiden tot het afhaken in de hulpverlening. Deze gebruikers hebben schrik dat wanneer ze de stap naar de drughulpverlening zetten, een rechter zal beslissen om hun kind(eren) in een instelling te plaatsen. Dit willen ze te allen tijde voorkomen. Deze groep gebruikers heeft vaak wel een hulpvraag maar durft ze niet te stellen. Tegelijkertijd slagen ze er niet in om zelfstandig hun gebruik te minderen.

Het niet kunnen stoppen hangt volgens *sleutelfiguren* eveneens samen met dezelfde kwetsbaarheid die een aanleiding voor het starten met druggebruik was. Zo merken drughulpverleners op dat hoewel veel jongeren experimenteren met drugs, degenen die een problematisch gebruik ontwikkelen vaak maatschappelijk al wat zwakker waren.

*Sleutelfiguren* binnen en buiten de drughulpverlening geven aan dat veel gebruikers hun gebruik niet afbouwen omdat ze op andere levensdomeinen (bv. werk, woning, sociale contacten) geen stabiliteit hebben. Zo hebben ze bijvoorbeeld geen werk, zitten ze de hele dag thuis en gebruiken ze uit verveling. Hulpverleners zien dit vaak terugkomen bij speedgebruikers. Zij hebben het gevoel dat ze onder invloed van speed als het ware elke minuut van de dag bezig kunnen zijn (bv. een groot aantal keer een computer uit elkaar halen en opnieuw in elkaar steken). Velen van hen behouden deze drang naar continu

bezig zijn nadat ze met het gebruik van speed stopten. Deze gebruikers kunnen moeilijk met rustige momenten omgaan.

Gebruikers met weinig sociale contacten zijn vaak eenzaam en gebruiken om even weg te zijn van deze eenzaamheid. Die eenzaamheid vinden *sleutelfiguren* bijvoorbeeld bij *gemarginaliseerde GHB-gebruikers* terug. Deze groep gebruikers heeft geen gestructureerde dagindeling meer en verloor ook het contact met familie en/of vrienden.

Volgens sommige *sleutelfiguren* speelt de perceptie van een onrechtvaardige behandeling door zowel hulpverleningsinstanties als politie en justitie ook een rol. Gebruikers verwijzen bijvoorbeeld naar hulpverleners die tegen collega's opscheppen over hun alcoholgebruik tijdens het weekend maar die gebruikers na het gebruik van 'één pintje' meteen maatregelen opleggen. Dit gevoel van dubbelzinnigheid vormt een excuus om hun eigen gebruik goed te praten. Als 'anderen niet rechtlijnig zijn' in hun handelen dan is het namelijk niet nodig om dat zelf te doen. Dit gevoel van onrechtvaardigheid is volgens *sleutelfiguren* vaak niet meteen de oorzaak van het gebruik, maar wordt doorheen de gebruikscarrière een motivatie om te blijven gebruiken.

Tot slot geven sommige *sleutelfiguren* aan dat het voor gebruikers moeilijk is om zichzelf als 'niet-gebruiker' te zien. Door de buitenwereld worden ze herhaaldelijk als gebruiker beschouwd. Dit merken ze bijvoorbeeld in hun contacten met het OCMW of de politie. Deze *sleutelfiguren* merken dat sommige gebruikers denken dat niemand hen ooit anders zal zien als een gebruiker. Of ze nu stoppen of minderen met gebruik of niet, dit zal volgens deze gebruikers niet helpen om op lange termijn problemen op andere levensdomeinen (bv. wonen, werk) op te lossen.



## 2 Markt en aanbod

### 2.1 Beschikbaarheid, prijs en kwaliteit

#### Beschikbaarheid

De vraag of GHB, speed en cocaïne in Turnhout gemakkelijk te verkrijgen zijn, werd volmondig positief beantwoord. Sommigen geven zelfs aan dat het té gemakkelijk is. Alles hangt van connecties af; dit staat los van het type drug. Ook indien er een aantal dealers worden gearresteerd, blijkt er nog voldoende aanbod te zijn.

Speed en GHB wordt meestal in Turnhout zelf gekocht, hoewel sommigen ook de grens oversteken naar Nederland. Cocaïne wordt dan weer vaker in Antwerpen gekocht. Gebruikers verwijzen hierbij naar Turnhout als grensstad, in het midden tussen Antwerpen en Tilburg. Sinds de ingrediënten om GHB te maken in België strikter geregeld worden, kopen gebruikers GHB in Turnhout meer als afgewerkt product. Gebruikers geven hierbij telkens aan dat de vraag naar GHB niet is gedaald, ondanks politieacties om het aanbod terug te dringen.

#### Prijs

De prijs van de producten hangt nauw samen met de sterkte van de sociale relatie tussen gebruiker en dealer. Algemeen geven de gebruikers aan dat de prijs van cocaïne stabiel blijft. Sommigen geven aan de prijs voor hen is gedaald omdat ze doorheen de jaren steeds 'dichter bij de bron' komen. Tijdens hun gebruikscarrière bouwen ze een vertrouwensrelatie met hun dealer op of beginnen ze zelf GHB, speed of cocaïne te verkopen. Op die manier drukken ze de financiële kosten van hun eigen gebruik. Anderen geven aan dat de prijzen zijn gestegen. Deze groep oudere *gemarginaliseerde gebruikers* vergelijkt de prijzen van nu met die van ruwweg 20 jaar geleden.

De *veldwerkers* maakten volgende ruwe schatting van de prijzen per product. Deze schatting komt overeen met deze van de *sleutelfiguren*:

- Cocaïne: 30 – 60 EUR per gram
- Speed: 3 – 8 EUR per gram
- GHB: ongeveer 7 EUR voor een *dopke* (5 ml), 15 EUR voor een *flügel* (15 ml), 30 EUR voor een *kabouter* (40 ml) en 40 EUR voor een halve liter

## Kwaliteit

Gebruikers geven aan dat door de jaren heen de kwaliteit van de producten is afgenomen. Gebruikers geven daarbij aan dat speed de laatste tijd meer en meer met cafeïne wordt versneden. Volgens hen ligt dit vooral aan de verkopers die op zoek zijn naar grotere winsten. Door speed met veel goedkopere cafeïne te mengen, kopen gebruikers niet één gram speed maar bijvoorbeeld slechts .8 gram. Deze versneden speed is volgens gebruikers ook goedkoper wat maakt dat veel gebruikers toch deze versneden speed kopen.

De kwaliteit van cocaïne schommelt dan weer van week tot week, zelfs als men bij dezelfde dealer gaat. Ook bij cocaïne zien *veldwerkers* dat de dealers cocaïne versnijden en mengen met andere producten (bv. speed, cafeïne). Andere dealers vragen 50 EUR voor 'één gram' cocaïne maar geven eigenlijk slechts .9 of .8 gram. Gebruikers die een 'echte' gram cocaïne willen, betalen meer (bv. 60 EUR in plaats van 50 EUR).

De kwaliteit van GHB is moeilijk in te schatten. Veel gebruikers kennen de grondstoffen maar hebben geen zicht op de uiteindelijke sterkte van het product. GHB is moeilijk te doseren. Men balanceert constant tussen het bereiken van de gewenste effecten en het bewustzijn verliezen. Hoewel sommige gebruikers dit bewustzijnsverlies als doel van het gebruik zien, proberen de meesten dit zo lang mogelijk uit te stellen (bv. door speed te gebruiken).

Sommige gebruikers geven aan dat er recentelijk een andere vorm van GHB op de markt is gebracht. Volgens hen heeft dit te maken met het feit dat GBL moeilijker te verkrijgen is en dus duurder is geworden. Omdat de vraag naar GHB groot blijft, zoeken dealers volgens hen naar goedkopere basisproducten. Deze variant bevat volgens hen zeven in plaats van de drie normale ingrediënten (GBL, 'gootsteenontstopper' en gedestilleerd water).<sup>10</sup> De *veldwerkers* wisten niet welke extra ingrediënten werden toegevoegd. Bovendien moet deze variant volgens hen op een gasvuur worden gekookt, iets wat normaal ook niet nodig is. GHB is namelijk het resultaat van een chemische reactie die plaatsvindt zonder dat het product moet worden opgewarmd. Het is onduidelijk in

---

<sup>10</sup> GHB bevat natriumhydroxide. Dit is terug te vinden in gootsteenontstopper.

welke mate deze variant bestaat, en wat de exacte samenstelling en dus ook de kwaliteit ervan is. Dit maakt het voor gebruikers moeilijk om potentiële risico's in te schatten.

## 2.2 Verkoopsetting

Alle gebruikers geven aan dat er in Turnhout weinig op straat wordt verkocht. Men verwijst hierbij naar de acties van de politie waarbij hard werd opgetreden in het geval van overlast. Ook de acties waarbij zendingen GBL<sup>11</sup> werden getraceerd, zorgden ervoor dat het dealen nu veel vaker in een besloten omgeving gebeurt.

Zowel GHB, speed als cocaïne worden vaak verkregen via een dealer die men met de gsm bereikt. Een plaats van ontmoeting wordt afgesproken. Dit is meestal niet in het huis van de dealer, noch van de gebruiker. In sommige gevallen komt de dealer met de auto. Hij pikt dan de gebruiker op en ze rijden een blokje om. Als de transactie heeft plaatsgevonden, stapt de gebruiker terug uit.

Daarnaast geven alle gebruikers ook aan dat ze alle producten makkelijk via vrienden thuis of tijdens het uitgaan kunnen verkrijgen. In dat geval wordt niet steeds betaald voor het product. GHB wordt bijvoorbeeld vaak geruild voor een ander product, en sommige gebruikers ruilen luxeartikelen (bv. merkschoenen, TV, radio) voor cocaïne. De meesten geven wel aan dat de netwerken waarbinnen de producten worden verkregen heel gesloten zijn. Eens je de connecties hebt, dan raak je makkelijk overal aan. Maar het opbouwen van die connecties kost tijd.

Gebruikers maken wél een onderscheid tussen de profielen van de dealers. GHB- en speeddealers worden vaak als *user-dealers* omschreven. De meeste van deze dealers zijn namelijk zelf *gemarginaliseerde gebruikers* die GHB zelf aanmaken en/of verkopen om hun eigen gebruik te bekostigen. Deze dealers verkopen ook vaak speed. Cocaïnedealers, en in minder mate ook speeddealers, worden eerder omschreven als niet-gebruikers. Deze personen maken enorme winsten met de verkoop van cocaïne en behoren tot een goed georganiseerd netwerk.

---

<sup>11</sup> GBL (gamma-butyrolacton) is een industrieel schoonmaakmiddel. Het vormt samen met natriumhydroxide (gootsteenontstopper) en gedestilleerd water de basisgrondstof voor de aanmaak van GHB.

## 3 Probleemgebieden

### 3.1 Problematisch gebruik

Alle gebruikers zijn zich bewust van de (gezondheids)risico's die met het gebruik samenhangen. De meesten zijn op de hoogte van deze mogelijke risico's via ervaringen van vrienden, informatie die ze op het internet vinden en preventiecampagnes op school. Het probleem is dat gebruikers vaak moeilijk beseffen of en in welke mate ze de controle hebben verloren. Veel gebruikers ervaren hun gebruik niet als problematisch, ze beweren alle risico's te kennen en zijn ervan overtuigd dat dit genoeg is.

*Geïntegreerde gebruikers* vinden dat er geen probleem is omdat ze hun gebruik volgens hen onder controle hebben. Ze slagen erin om enkel op specifieke momenten te gebruiken en ondervinden geen problemen op andere levensdomeinen. *Gemarginaliseerde gebruikers* vinden hun gebruik soms problematisch. Ze merken dat ze niet zonder GHB, speed of cocaïne kunnen. Een andere groep vindt dat zolang ze niemand kwaad doen, en ze kunnen functioneren, er ook geen probleem is. Functioneren omvat voor hen bv. eten en een dak boven hun hoofd hebben. In de *tussengroep* zien we dat waar gebruikers in de *neerwaartse beweging* nog een gevoel van controle hebben, deze in een *opwaartse beweging* aangeven dat ze deze controle op een bepaald moment zijn verloren en die nu proberen terug te krijgen.

*Sleutelfiguren* geven aan dat vooral gebruikers van GHB het gevoel hebben dat ze alle risico's kennen. Zoals ze zelf ook aangeven, kunnen gebruikers vaak niet beschrijven hoe het voelt om onder invloed van GHB te zijn. Sommigen voelen zich tijdelijk beschaamd om wat ze onder invloed van GHB hebben gedaan, maar dit gevoel blijft niet hangen. Dit maakt het heel moeilijk om als hulpverlening aanrakingspunten te vinden.

### 3.2 Lichamelijke en psychische gezondheid

Dit thema doelt op informatie over de gezondheidsproblemen (infectieziekten, lichamelijke, emotionele en psychische klachten) die aan de wijze of frequentie van gebruik zijn gerelateerd. De *veldwerkers* werd gevraagd na te gaan welke de meest acute gezondheidsklachten onder de gebruikers waren.

## Lichamelijke gezondheid

*Geïntegreerde gebruikers* noemen slechts sporadisch acute lichamelijke klachten (zie volgende paragrafen voor voorbeelden). Zo geven bijvoorbeeld *experimenterende gebruikers* aan dat ze door het gebruik van speed vermageren, hartproblemen ervaren, een verstopte neus krijgen en last hebben van slapeloosheid op momenten dat ze speed gebruiken. De *tussengroep* omvat enerzijds mensen die langzaamaan meer en meer acute lichamelijke klachten ondervinden. Anderzijds hoort hier ook een groep gebruikers die lichamelijke klachten overhouden aan hun langdurig intensief gebruik van cocaïne, speed en/of GHB. Deze mensen kampen vaak met dezelfde problemen als *gemarginaliseerde gebruikers*.

De speedgebruikers in deze groepen kampen met chronische maagproblemen, afbrokkelende tanden, concentratiestoornissen, overmatig zweten, verzuurde spieren en slapeloosheid. Cocaïne wordt dan weer geassocieerd met tandproblemen, neusproblemen en maagproblemen. Sommige lichamelijke klachten zijn verbonden met de wijze van gebruik. Gebruikers die basen hebben vaak last van hun stem of hebben longproblemen. Dit komt volgens de *veldwerkers* omdat ze de cocaïne onvoldoende cleanen alvorens het op te roken.

GHB-gebruikers geven vaak aan dat ze onder invloed last krijgen van spasmen of stuip trekkingen. Deze spasmen zijn acuut maar worden soms chronisch. In dat geval blijven de spasmen ook na het gebruik verder duren. Bewustzijnsverlies is de meest vermelde lichamelijke klacht. Alle GHB-gebruikers, ook de *experimenterende gebruikers*, vermelden dit. 'Knock gaan' wordt door hen omschreven als een soort van acute comateuze toestand waarin het lijkt alsof ze slapen. Deze toestand kan lang aanhouden (tot 8u). De meesten weten niet meer wat er tijdens deze periode is gebeurd. Sommigen geven aan dat ze achteraf vaag nog herinneringen hebben aan wat er is gebeurd. Velen voelen niet aan wanneer ze exact het bewustzijn zullen verliezen. Dit leidt ertoe dat sommigen het bewustzijn verliezen op openbare plaatsen of op plaatsen waar ze risico op zware lichamelijke letsels lopen of om te overlijden (bv. in bad, tijdens het rijden met een brommer).

Aanvullend geven *sleutelfiguren* aan dat de gevolgen van GHB-gebruik op lange termijn nu pas gekend worden (bv. blaasproblemen bij mannen).

## Psychische gezondheid

In welke mate hebben druggebruikers last van psychische klachten of zelfs stoornissen? *Veldwerkers* geven aan dat ze vrij veel GHB-, speed of cocaïnegebruikers kennen waarvan ze vermoeden dat ze een dubbele diagnose hebben (= de combinatie druggebruik en psychische problematiek). Maar het blijft moeilijk om uit te maken of de psychische klachten door het gebruik zijn veroorzaakt of al bestonden voorafgaand aan het gebruik.

Zowel *gemarginaliseerde gebruikers* als deze uit de *tussengroep* geven aan dat ze zich na het gebruiken van cocaïne depressief voelen. Dit gevoel kan twee tot drie dagen aanhouden. Sommigen geven ook aan dat ze onder invloed van cocaïne prikkelbaar zijn, opvliegend worden of zich opeens heel erg (on)zeker beginnen te voelen. Onder invloed van speed voelen sommigen zich paranoïde of wantrouwig. GHB leidde bij sommigen ook tot paranoïde gevoelens terwijl anderen net heel erg zeker van zichzelf werden. Veel gebruikers geven aan dat GHB een emotieversterker is. Zo beschrijven *veldwerkers* dat iemand die blij is op het moment van gebruik, euforisch wordt. Maar iemand die zich op het moment van gebruik niet goed voelt, voelt zich volgens hen onder invloed nog slechter.

### **3.3 Wonen en werken**

#### Wonen

*Gemarginaliseerde gebruikers* huren in sommige gevallen een **sociale woning** via het Sociaal Verhuurkantoor. De wachtlijsten voor een sociale woning zijn echter zeer lang. Andere woningen zijn, wanneer men van een uitkering leeft, bijna niet te betalen.

Een aantal *gemarginaliseerde gebruikers* kunnen nergens terecht en belanden op regelmatige basis in het crisisopvangcentrum van het CAW De Kempen (CRC) of langdurige daklozenopvang (bv. Huize Zevendonk). Gebruikers die hier terecht komen krijgen te maken met specifieke regels omtrent druggebruik. Zo geldt er bijvoorbeeld een nultolerantie voor druggebruik. Sommige gebruikers zien zich daarom genooddaakt om te liegen over hun eigenlijke gebruik tijdens het intakegesprek. Op deze manier hopen ze toch onderdak te krijgen. Het crisisopvangcentrum biedt opvang gedurende drie weken. Sommige gebruikers geven aan dat deze periode te kort is om aansluitend te verhuizen naar een sociale woning of een opvangcentrum waar men langer kan blijven.

Op die manier moeten ze een periode van een aantal weken of langer zien te overbruggen door bijvoorbeeld bij vrienden aan te kloppen en is men op dat moment ‘verborgen dakloos’.

Een groep *gemarginaliseerde gebruikers* is inderdaad ‘verborgen dakloos’.<sup>12</sup> Verborgen dakloosheid houdt in dat gebruikers een beroep doen op anderen om aan onderdak te raken. Op die manier lijkt het alsof ze niet dakloos zijn. Dakloze gebruikers hokken vaak samen bij andere gebruikers die, op dat moment, wél over een woning beschikken. In ruil voor een verblijfplaats, regelen ze drugs of brengen ze iets mee. Deze woningen worden al snel ‘hotspots’ van gebruik, waar iedereen samenzit.

Een laatste groep *gemarginaliseerde gebruikers* heeft een woonplaats, maar geen eigen woning. Deze groep gebruikers, vaak oudere GHB-gebruikers, woont bijvoorbeeld bij de ouders in, die hen onderhouden. Daardoor lijkt deze groep meer sociaal geïntegreerd dan dat ze in feite zijn. Deze groep leeft namelijk vaak van de maatschappij geïsoleerd, daar hun dagelijkse routine bestaat uit het drinken van ‘pottekes’ GHB.

De meeste gebruikers in de *tussengroep* hebben een woning. Soms zijn er ook op dit vlak al problemen die zich langzaam opbouwen (bv. moeite met het huis netjes houden, eens een maand geen huur kunnen betalen). Deze problemen zijn echter nog niet prangend, in die zin dat ze ertoe leiden dat men de woning verliest. Gebruikers die in een *opwaartse beweging* zitten, hebben vaak een verleden van dakloosheid of verborgen dakloosheid. Ze zien het verwerven van een woning als deel van het werken aan hun drugsprobleem.

*Veldwerkers* en *sleutelfiguren* merken op dat het drugbeleid binnen de daklozen- en thuislozenopvang onduidelijk is. Enerzijds wordt bij de intake gesteld dat er geen sprake mag zijn van een acute drugproblematiek. Anderzijds merken veel gebruikers op dat wanneer het tijdens de opvang duidelijk wordt dat er toch sprake is van een drugproblematiek, er wel degelijk ruimte is voor overleg. Volgens *veldwerkers* zorgt dit ervoor dat gebruikers geneigd zijn om te liegen over hun gebruik bij de intake.

---

<sup>12</sup> Barendregt, & Rodenburg. (2004). Een gebruiksruijnte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar? Tieberghien, J., & Decorte, T. (2008). *Antwerpse Drug- en Alcohol Monitor (ADAM), een lokale drugsceene in beeld* (Vol. 4). Leuven: Acco.

## Werken

*Gemarginaliseerde gebruikers* ontvangen vaak ofwel een leefloon via het OCMW of een werkloosheidsuitkering. Het valt op dat velen onder hen hun ervaringen met het OCMW als moeizaam beschrijven. Enerzijds krijgen ze het gevoel dat het personeel van het OCMW overbelast is. Anderzijds merken gebruikers op dat de deskundigheid ontbreekt om met druggebruikers om te gaan en krijgen ze het gevoel dat ze al snel het label van 'hopeloos geval' opgeplakt krijgen. In veel gevallen doen gebruikers beroep op hulpverleners om de eerste stap naar het OCMW te zetten. Dit helpt om het contact tussen het personeel en de gebruiker te verbeteren.

Sommige *gemarginaliseerde gebruikers* ontvangen een invaliditeitsuitkering. Sommigen ontvangen deze uitkering omwille van niet-druggerelateerde redenen (bv. werkongeval). Bij anderen veroorzaakte langdurig druggebruik dusdanig veel fysieke of psychische gezondheidsproblemen dat ze niet meer in staat zijn om te werken.

Het valt op dat een groep *gemarginaliseerde gebruikers* geen enkele vorm van uitkering (meer) ontvangt. Deze gebruikers leven vaak maatschappelijk geïsoleerd en zijn ambtelijk geschrapt. Anderen worden door hun partner of ouders financieel gesteund. Een aantal onder hen brengen geregeld tijd in de gevangenis door omdat ze GHB aanmaken of drugs verkopen, niet alleen om in hun eigen gebruik te voorzien, maar ook om levensmiddelen te kopen.

In tegenstelling tot hun woonsituatie, is de werksituatie van de *tussengroep* vaak zeer onstabiel. Men geeft aan dat in dit levensdomein zich vaak de eerste zichtbare problemen voordoen. Velen hebben succesvol een opleiding voltooid, soms zelfs een hogere opleiding. Toch slagen ze er niet in om voor een lange periode op één werkplaats te werken. Ze hebben moeite om op tijd naar het werk te komen, of om zich te concentreren. Volgens *veldwerkers* heeft dit gebrek aan tijdsbesef en concentratievermogen te maken met het gebruik van GHB, cocaïne en speed. Het gebruik van deze producten leidt volgens hen vaak tot slapeloosheid en vermoeidheid waardoor het moeilijk is om op tijd ergens aanwezig te zijn en zich de hele dag te concentreren. Als dit bijvoorbeeld meermaals voorvalt tijdens hun proefperiode gebeurt het dat ze hun werk verliezen. Ze ontvangen vaak nog een werkloosheidsuitkering of een leefloon.



De groep gebruikers uit de *tussengroep* die zich terug probeert te integreren in de samenleving heeft, naast een stabiele woonplaats, vaak ook terug werk. Het vinden van werk is voor hen cruciaal in het werken aan hun toekomst. Deze gebruikers geven echter eveneens aan dat dit proces moeizaam is omwille van hun zware verleden. Ze verwijzen hierbij naar de VDAB, en meer specifiek naar het Geïndividualiseerd Traject als iets heel positiefs. Dit traject laat toe om op hun eigen maat en tempo op zoek te gaan naar de meest gepaste werkplek.

## 4 Kwetsbare groepen

De meeste gebruikers denken dat iedereen hulp kan krijgen. Toch zijn er een aantal groepen waarvan ze vermoeden dat deze het extra moeilijk hebben om toegang tot de hulpverlening te krijgen. Deze groepen blijven dan ook vaak verborgen.

### 4.1 'Beschermd'

Een groep *gemarginaliseerde gebruikers* komt niet in aanraking met hulpverleningsinstanties omdat ze, volgens de *veldwerkers*, geen overlast veroorzaken in de maatschappij. De *veldwerkers* gaven hierbij aan dat sommige van deze gebruikers door hun familieleden worden 'beschermd'. Hun ouders of andere familieleden geven hen onderdak, regelen hun uitkeringen of kalmeren hen indien ze onder invloed van GHB of cocaïne agressief worden. Op deze manier brengen ze geen schade toe aan anderen. Deze groep van gebruikers blijft dan ook vaak onzichtbaar voor de drughulpverlening. Sommigen hebben wel een goed contact met het straathoekwerk.

### **Good practice: Buro Aktief (Free Clinic vzw, Antwerpen)**

Buro Aktief heeft als doel 'uitvallers' en/of 'afhakers' bij reguliere arbeidszorgprojecten een alternatief aan te bieden. De prioritaire doelgroep bestaat uit (ex-)druggebruikers en daklozen uit de omgeving van de Atheneumbuurt. Dit aanbod kadert binnen sociale activering en maatschappelijk herstel; en niet binnen tewerkstelling. Gasten die de wil en de capaciteiten hebben om te werken, krijgen de kans om hierin ervaringen op te doen. De eigen verantwoordelijkheid van gasten wordt daarbij nooit overgenomen. Er wordt zo drempelverlagend mogelijk gewerkt.

Deelnemers krijgen de tijd en ruimte om op eigen tempo te oefenen en te experimenteren met een aantal sociale vaardigheden en een toenemende verantwoordelijkheid. Zij kunnen deelnemen aan de nodige vormingen en vergaderingen (werkklunches) die gemiddeld tweemaandelijks plaatsvinden en waardoor hun kennis toeneemt. Het is de bedoeling dat zij deze informatie verder uitdragen naar hun lotgenoten. Het project op zich kan een einddoel zijn voor sommige gasten, maar kan ook een mogelijkheid bieden tot doorstroming naar de reguliere arbeidsprojecten.

Voor verdere info: <http://free-clinic.be/free-clinic/buro-atief/>

## **4.2 'Allochtonen'**

Een tweede groep die vaak geen toegang vinden tot de hulpverlening zijn gebruikers uit de *allochtone gemeenschap*. Ouders weten vaak niet hoe ze met het gebruik van hun kinderen moeten omgaan. Ze schermen de jongere van de buitenwereld af of nemen afstand van hen. Op die manier wordt het voor deze jongeren extra moeilijk om toegang tot de hulpverlening te krijgen. Deze groep gebruikers staat bijvoorbeeld vaak ook niet in contact met straathoekwerkers.

*Sleutelfiguren* geven aan dat ze in hun werking in de drughulpverlening of straathoekwerk weinig allochtone gebruikers tegenkomen. De *sleutelfiguren* weten niet zo goed waarom ze deze personen niet terugzien. Sommige *sleutelfiguren* geven aan dat het kan liggen aan een bewuste keuze van doelpubliek (bv. het straathoekwerk focust zich op dit moment niet op dit publiek).

Niet alleen in het kader van vrijwillige contacten, maar ook in het kader van een opgelegd traject zien De Meander of het Justitiehuis weinig gebruikers met allochtone afkomst. Dit in tegenstelling tot de grote aantallen allochtonen die volgens deze *sleutelfiguren* in de gevangenis zitten. De *sleutelfiguren* vragen zich dan ook af waarom deze groep gebruikers niet tot bij de hulpverlening raakt. Sommige *sleutelfiguren* suggereren dat deze groep gebruikers misschien meer voor einde straf kiest.

### **Good practice: Tuppercare project (De Kiem en (voormalig) vzw Eenmaking, Gent)**

Het project Tuppercare is een vorm van preventie die zich richt op vrouwen uit etnisch-culturele minderheden. Er worden vrouwelijke vrijwilligers van Turkse of Marokkaanse origine opgeleid tot preventiewerkers. Ze worden geschoold in de basiskennis en basisvaardigheden van drugs en druggebruik. Concreet betreft dit: productinformatie, signaalgedrag, drughulpverlening en opvoedingsondersteuning. Deze opgeleide vrouwen pogen vervolgens, via de tuppercare-methode, de doelgroep te bereiken. Deze methode is gebaseerd op het systeem van Tupperware. Dit houdt in dat men de geleerde informatie overbrengt bij een kleine groep van vrouwen die samenkomen bij één van hen thuis. Degene die haar huis openstelt voor een sessie noemen we de gastvrouw. Tuppercare is van en voor vrouwen, wat de toegang voor moeders vergemakkelijkt en daarnaast wordt de informatie bij hen thuis tijdens een gezellige bijeenkomst in een kleine groep overgebracht. Dit zijn noodzakelijke elementen voor een voldoende laagdrempelig karakter van het project. De doelgroep binnen het Tuppercare-project zijn Turkse en Marokkaanse vrouwen die minder actief zijn in het verenigingsleven en in de samenleving. Deze vrouwen worden nauwelijks bereikt via de traditionele preventiekanalen. Deze Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben over het algemeen echter wel veel contacten met andere vrouwen van dezelfde origine en ze komen dagelijks bij elkaar over de vloer.

### **Good practice: preventie via moskeeën (De Kiem, Agora, VOEM, ODICE en Forum Etnisch - Culturele minderheden)**

Preventie via moskeeën richt zich voornamelijk naar de mannen (vaders). Om zoveel mogelijk vaders te bereiken wordt samengewerkt met "Agora", "VOEM", "ODICE" en "Forum Etnisch-Culturele minderheden". Zij helpen ons in het leggen van contacten met Imams en andere verantwoordelijken van socioculturele verenigingen. Wanneer een preventiesessie kan doorgaan, vindt een voorbespreking plaats met de Imam of de verantwoordelijke. Daarin worden duidelijke afspraken gemaakt over de inhoud, tevens wordt aangegeven wie wanneer aan het woord komt. De Imam geeft een inleiding waarin de thema's religie, cultuur en traditie en de positie van drugs duidelijk naar voren worden gebracht. Na de inleiding wordt een voordracht gegeven door een

ervaringsdeskundige van “de Eenmaking”. Als ervaringsdeskundige vertelt hij zijn levensverhaal. Aansluitend daarop geeft hij informatie over de verschillende drugssoorten, signaalgedrag, hoe om te gaan met druggebruikers,... Een sessie duurt ongeveer anderhalf uur. In tegenstelling tot de tuppercare-methode bij moeders wordt men tijdens deze preventiesessies geconfronteerd met grote groepen vaders die in zekere zin ‘verplicht’ worden te luisteren. Tijdens een preventiesessie is er steeds een persoonlijk (anoniem) aanspreekpunt aanwezig om verdere (persoonlijke) vragen te beantwoorden. Op die manier worden vaders geïnformeerd en gesensibiliseerd ten aanzien van een eventuele drugproblematiek bij zoon of dochter.

### **4.3 Vrouwelijke gebruikers**

De twee vrouwelijke *veldwerkers* geven aan dat vrouwelijke GHB- en speedgebruikers vaak geslotener zijn over hun gebruik dan mannen. Volgens hen is dit omdat ze hun gebruik, meer nog dan mannen, verborgen willen houden (bv. uit angst om hun kinderen te verliezen). Vrouwelijke gebruikers gebruiken volgens hen ook vaker alleen, of in een besloten groep. Volgens de *veldwerkers* hebben velen ook een partner die hen voorziet van GHB en/of speed.

Volgens sommige *sleutelfiguren* krijgen vrouwen ook moeilijker toegang tot de (drug)hulpverlening dan mannen. Dit kan bijvoorbeeld komen omdat ze in het straatbeeld minder opvallen omdat ze minder overlast veroorzaken. Het straathoekwerk heeft op dit moment weinig zicht op vrouwelijke GHB-, speed- en cocaïnegebruiksters. *Sleutelfiguren* uit de drughulpverlening alsook de bredere hulpverlening geven aan dat ze opvallend weinig vrouwen in hun werking tegenkomen. Bovendien is het voor hen onduidelijk wat de oorzaak hiervan is. Sommigen suggereren dat er minder vrouwelijke gebruikers zijn, en daardoor ook minder vrouwen in de hulpverlening.

De toegang tot de hulpverlening voor vrouwen wordt soms moeilijker als ze een beschermende partner hebben. Sommige *sleutelfiguren* geven voorbeelden van een partner die de vrouw in bescherming neemt en wil controleren. Wanneer deze vrouw de stap naar de hulpverlening wil zetten, gaat dit volgens *sleutelfiguren* moeilijker omdat de partner dit proces wil controleren (bv. door te vragen om in het geval van opname de vrouw naar een residentieel opvangcentrum te brengen dat dicht bij Turnhout ligt) zonder hierbij met de wensen van de vrouw rekening te houden (bv. liefst zo ver

mogelijk van Turnhout in opname gaan om zo te kunnen breken met andere gebruikers).

Daartegenover staat dat als vrouwen de toegang tot de hulpverlening gevonden hebben, ze volgens de *sleutelfiguren* meer open staan voor deze hulpverlening dan mannen. Zo geven de *sleutelfiguren* van De Meander aan dat vrouwen vaak iets makkelijker dan mannen praten over de onderliggende problematiek. Dit kan verschillende redenen hebben (bv. het geslacht van de hulpverlener, karakteristieken van de gebruiker).

Wel valt het verschillende *sleutelfiguren* op dat vrouwen die uiteindelijk in de hulpverlening komen, vaak een 'zwaar verleden' hebben. In vergelijking met mannelijke gebruikers komt het volgens *sleutelfiguren* meer voor dat ze bijvoorbeeld meer trauma's opliepen op jonge leeftijd of zich prostitueerden in ruil voor GHB. Ze komen ook vaak later in hun gebruikscarrière in de hulpverlening. Waar experimenterende mannelijke gebruikers bijvoorbeeld omwille van eenmalig agressief gedrag onder invloed van cocaïne voorwaarden rond drughulpverlening opgelegd krijgen, zien *sleutelfiguren* dat vrouwen bij hun eerste contact met de hulpverlening vaak al regelmatige gebruikers zijn.

#### **Good practice: project OP+ (Adic vzw, Antwerpen)**

Project OP+ is een ontwenningprogramma voor druggebruikende ouders en hun kinderen. De "+" in de naam verwijst naar het feit dat een ouder samen met zijn of haar kinderen (tot een leeftijd van ongeveer 6 jaar) in het programma wordt opgenomen. Hoewel het vaak voorkomt dat beide ouders gebruiken, kan slechts één ouder in het OP+ terecht. De andere ouder kan zich in dat geval wel aanmelden in een regulier ontwenningprogramma. OP+ richt zich tot drugverslaafde moeders én vaders die zelf (kunnen) instaan voor de zorg van hun kinderen. Naast ontwenning is het ook de bedoeling om op korte termijn zicht te krijgen op de probleemsituatie waarin het gezin verkeert zodat deze situatie kan worden gestabiliseerd.

#### 4.4 Dubbeldiagnose

Zowel *veldwerkers* als *sleutelfiguren* geven aan dat ze een groot aantal GHB-, cocaïne- en speedgebruikers kennen waarvan ze vermoeden dat ze naast een drugproblematiek ook een psychiatrische problematiek hebben.

Net zoals de *veldwerkers*, merken veel *sleutelfiguren* op dat het aantal gebruikers met een dubbele diagnose nog sterk wordt onderschat. Volgens de *veldwerkers* blijven veel van deze gebruikers onzichtbaar voor de hulpverlening (bv. omdat ze beschermd worden door hun ouders). Anderzijds merken sommige *sleutelfiguren* op dat het heel moeilijk is om te definiëren wat een dubbeldiagnose inhoudt. Op deze manier is het volgens deze *sleutelfiguren* moeilijk om te bepalen welke hulp het best past bij de behoeften van gebruikers waarvan het vermoeden van dubbeldiagnose bestaat.

In Turnhout kunnen gebruikers met een dubbeldiagnose terecht in De Meander. In hun ambulante werking focust De Meander specifiek op deze problematiek. Alle vrijwillige aanmeldingen verlopen via een centraal aanmeldingspunt. De vraag overstijgt echter het aanbod waardoor er een lange wachtlijst is. De Meander begeleidt ook gebruikers die door de rechter naar hen doorverwezen worden. De wachtlijst is in dat geval veel korter.

Er is echter geen residentiële opvangmogelijkheid in Turnhout voor gebruikers met een dubbele diagnose. De *sleutelfiguren* hebben bovendien de indruk dat veel psychiatrische centra en ook therapeutische gemeenschappen uitsluitingscriteria hebben waardoor deze groep gebruikers tussen alles in valt. Psychiatrische centra nemen geen mensen met een acute drugproblematiek aan, therapeutische gemeenschappen staan weigerachtig tegenover gebruikers met een psychiatrische problematiek.

In de praktijk verloopt elke case ad hoc. Geval per geval wordt rondgebeld naar de verschillende residentiële centra (bv. Boechout, Katarsis, De Pelgrim). Sommige centra staan wel open voor deze gebruikers. Zo blijken sommige gebruikers met een dubbeldiagnose soms wel in ADIC of Katarsis terecht te kunnen. De *sleutelfiguren* van het Justitiehuis geven hierbij aan dat hun doelpubliek, dat ook een justitieel verleden heeft, nog moeilijker toegang krijgt (bv. omwille van veiligheidsoverwegingen) (zie ook verder).



### **Good practice: outreachend werken vanuit de psychiatrie: MOBIL (PC Gent-Sleidinge)**

MOBiL staat voor Mobiele Ondersteuning en Behandeling in de Leefomgeving. Het team focust op volwassenen (ouder dan 16 jaar) met langdurige zorgafhankelijkheid binnen de geestelijke gezondheidszorg die zich in de maatschappij kunnen handhaven (bv. cliënt met verdoken psychische problemen in de thuiszorg, de psychiatrische cliënt die na zijn ontslag uit het ziekenhuis of parallel met een ambulante behandeling, nog thuiszorg nodig heeft, mensen die zonder zorg een risico vormen voor zichzelf of voor anderen, doch die vanuit verschillende oorzaken er niet toe komen om behandeling of zorg te vragen of toe te laten).

Het team biedt ook bemoeizorg wanneer cliënten door hun ziektebeeld niet wilsbekwaam ('handelingsonbekwaam') zijn en zichzelf ernstig verwaarlozen of hun omgeving ernstig verstoren. Criteria om bemoeizorg op basis van hun psychiatrisch beeld te overwegen: geen aanvaarding of geen aansluiting meer bij de professionele zorg, mensen die een gevaar voor zichzelf of hun omgeving zijn.

#### **4.5 Minderjarige gebruikers**

Jonge gebruikers geven aan dat ze het moeilijk hebben met de overgang van de jeugdhulpverlening, waar alles voor hen wordt beslist, naar de volwassenen hulpverlening waar ze keuzevrijheid hebben. De stap naar de volwassen hulpverlening is voor hen moeilijk omdat ze niet goed weten waar ze naartoe kunnen gaan. Ze merken bijvoorbeeld op dat ze het belangrijk vinden om de Drughulp Eerstelijns ook als minderjarige te kunnen aanspreken. Op die manier kunnen ze, los van het feit of ze nu minder- of meerderjarig zijn, een vertrouwensrelatie opbouwen. Jongeren verwijzen nu vooral naar het straathoekwerk als eerste contactpunt om meer informatie over de mogelijkheden voor meerderjarige gebruikers in te winnen.

*Sleutelfiguren* geven aan dat deze groep vaak op jonge leeftijd al wantrouwig staat ten aanzien van de hulpverlening (bv. omdat informatie werd doorgegeven zonder dat zij daarvan op de hoogte werden gesteld). Dit zorgt ervoor dat ze later moeilijker aanhaken bij de beschikbare hulpverlening voor volwassenen. Verder geven *sleutelfiguren* aan dat het aanbod naar jongeren toe vooral werkt op basis van doorverwijzing door school,

ouders en bijzondere jeugdzorg. Hoewel het goed is dat dit gebeurt, merken *sleutelfiguren* op dat jongeren moeilijker vanuit zichzelf de weg vinden naar de drughulpverlening.

*Sleutelfiguren* die werken met jongeren merken op dat deze specifieke groep jongeren vaak moeite heeft om grenzen te stellen en daardoor makkelijk door vrienden wordt beïnvloed. Velen zijn kwetsbaar omdat ze op jonge leeftijd emotionele schade opliepen (bv. misbruikt). Daardoor hebben ze minder veerkracht, en minder copingmechanismen om met stress om te gaan. In veel gevallen gebruiken de ouders ook speed, GHB of cocaïne. De sleutelfiguur van de werking Begeleid Zelfstandig Wonen merkt daarbij ook op dat velen niet weten wat te doen met de vrije tijd die ze hebben omdat ze alleen wonen.

Wat betreft hulpverlening, is het volgens deze *sleutelfiguren* voor hen moeilijk om inzicht in hun eigen drugproblematiek te krijgen (bv. ze denken gecontroleerd te gebruiken maar kunnen geen dag zonder speed of GHB). Ze hebben ook weinig inzicht in de mogelijke effecten van het gebruik van GHB, speed en cocaïne op lange termijn. In hun begeleiding werken deze *sleutelfiguren* vaak rond het verwerven van dit inzicht.

Naast een gebrek aan inzicht, merken *sleutelfiguren* ook op dat deze jongeren op jonge leeftijd al 'begeleidingsmoe' zijn. Velen hebben bijvoorbeeld al een tijd in een jeugdinstelling doorgebracht. Toch vinden ze de drempel om naar de drughulpverlening te stappen te hoog. Volgens de *sleutelfiguren* zijn ze waarschijnlijk niet klaar om de realiteit van hun probleem in te zien. Vaker nog vinden ze het volgens de *sleutelfiguren* heel moeilijk om steeds opnieuw iemand te vertrouwen en hun verhaal te vertellen.

De *sleutelfiguren* geven dan ook aan dat een drugproblematiek zoveel mogelijk binnen de contextbegeleiding wordt opgenomen. Deze vorm van begeleiding laat toe te focussen op wat de jongere op dat moment nodig heeft. Daarnaast werken ze actief aan interne kennisopbouw via samenwerkingen met drughulpverlening (bv. MSOC).

De hulpvraag van jongeren is dan ook vaak niet rond drugs maar op andere levensdomeinen (bv. woning, werk, school). Eens deze levensdomeinen stabiel zijn, komt deze hulpvraag wel. In dat geval is de wachtlijst vaak spelbreker. De hulpvraag is bij deze jongeren vaak heel acuut. Als hij of zij een aantal weken moet wachten op hulp, haken ze snel af.

Tot slot merken deze *sleutelfiguren* op dat deze jongeren moeilijk aansluiting lijken te vinden bij hulpverlening bij de volwassenen. Volgens sommige *sleutelfiguren* kennen deze jongeren vaak bijvoorbeeld het straathoekwerk, maar zoeken ze geen contact.

#### **Good practice: sociale preventie: TOPspel (De Sleutel)**

TOPspel steunt op een lange lijst onderzoeken waaruit blijkt dat dit spel niet enkel storend en agressief gedrag vermindert, maar ook het taakgericht werken bevordert en het klasklimaat verbetert. Op langere termijn zorgt het voor betere studieresultaten, minder schoolverlaters, pestgedrag, criminaliteit, depressies en drugproblemen. TOPspel is géén extra lessenkast maar een methodiek die je flexibel kan integreren in de bestaande lessen. TOPspel kan gespeeld worden door zowel de klastitularis als de turnleerkracht, de godsdienstleerkracht... Het traint de vakoverschrijdende eindtermen van de sociale vaardigheden in de letterlijke zin van het woord. TOPspel gaat uit van de kracht van het positief ondersteunen van leerlingen, positieve groepsdruk, het negeren van negatief gedrag en het belonen van positief gedrag. Dit alles wordt in een duidelijke spelvorm gegoten, wat zeer motiverend is voor kinderen én leerkrachten. Het spel is eenvoudig, kort en krachtig, waardoor de instap erg laagdrempelig is. De eerste effecten van TOPspel zijn al na een aantal weken merkbaar: het verbeteren van de werkhouding, minder storen van de les, meer efficiënte lessen, een toffere klassfeer met gelukkige kinderen én een geëmpowerde leerkracht.

#### **4.6 Ex-gedetineerden en justitiecliënteel**

Ex-gedetineerde gebruikers vinden moeilijk toegang tot het hulpverleningscircuit. *Veldwerkers* en *sleutelfiguren* geven aan dat gebruikers die na een detentieperiode worden vrijgesteld, door (drug)hulpverlening lijken te worden gestigmatiseerd. *Veldwerkers* beschrijven bijvoorbeeld dat gebruikers mét een gevangenisverleden moeilijker toegang krijgen tot een woning en moeilijker werk vinden dan gebruikers zonder dit verleden. Werkgevers en eigenaars van huurwoningen zijn volgens de *veldwerkers* terughoudend om ex-gedetineerde gebruikers aan te nemen.

Volgens de *veldwerkers* krijgt wie in vrijheid wordt gesteld, weinig ondersteuning aangeboden. Ze geven aan het gevoel te hebben alleen te staan. Ex-gedetineerde gebruikers voelen zich volgens de *veldwerkers* nog meer gestigmatiseerd dan gebruikers

zonder detentieverleden. Ze vinden bijvoorbeeld dat maatschappelijke dienstverleningsinstanties hen een 'extra label', namelijk dat van 'justitie cliënteel', geven waardoor de gesprekken stroef verlopen. Sommigen onder hen worden (terug) 'verborgen' dakloos of thuisloos en komen in opvangcentra terecht.

Vaak hebben ex-gedetineerden het contact met de familie en niet-gebruikende vrienden verloren. Toch geven de *veldwerkers* aan dat een gevangenisverblijf net de eerste stap kan vormen naar een beter contact met de familie (vooral ouders, partner).

## 5 Verloop van de hulpverlening

Er is gewezen op de mate waarin de hulpverlening voor bepaalde groepen toegankelijk is. Het is eveneens belangrijk om na te gaan hoe mensen die in de hulpverlening terecht komen, die hulpverlening beoordelen. Wat zijn de noden en behoeftes qua aanbod? Waarin schiet het huidige aanbod tekort? De *veldwerkers* verzamelden informatie over de mate waarin het aanbod gekend is en de ervaringen met de hulpverlening. Zowel mensen van de *tussengroep* als *gemarginaliseerde gebruikers* komen, soms vaak, in contact met hulpverlening. Onderstaande paragrafen beschrijven hun subjectieve ervaringen. Veel gebruikers maakten verschillende trajecten door, die op twee manieren starten: vrijwillig of gedwongen.

### 5.1 De hulpvraag van GHB-, speed- en cocaïnegebruikers

De meeste *gemarginaliseerde gebruikers* geven aan dat iedereen die echt hulp wil ook hulp kan krijgen. Deze gebruikers vinden dan ook dat ze het zélf moeten doen. Alleen op die manier kunnen ze op lange termijn hun gebruik stabiliseren of verminderen. Het valt op dat sommigen wel hulp willen, maar de drempel om ook effectief actie te ondernemen toch te hoog is. Voor sommigen ligt de grootste drempel bij het gebrek aan kennis over de mogelijkheden. Anderen hebben in het verleden al een aantal negatieve ervaringen met (drug)hulpverlening gehad (bv. gevoel krijgen dat ze worden gestigmatiseerd, informatie die zonder hun toestemming wordt gedeeld). Deze ervaringen voeden het idee dat deze instanties niet te vertrouwen zijn of niet in staat zijn om hen te helpen. Deze groep gebruikers staat vaak wél in contact met de straathoekwerker.

*Geïntegreerde gebruikers* geven aan dat ze geen hulp willen. Ze vinden hun situatie niet problematisch. Ze zijn ervan overtuigd dat ze hun gebruik onder controle hebben. Sommige vinden dat iedereen zijn eigen plan moet trekken. Anderen wensen geen hulp uit angst voor de reacties van hun omgeving. Ze houden hun gebruik verborgen omdat ze vinden dat er nog steeds een groot taboe bestaat. Ze hebben schrik om een label als druggebruiker opgeplakt te krijgen en om de mogelijke gevolgen van hun gebruik op hun werksituatie (bv. verlies bewijs goed gedrag en zeden).

De *tussengroep* bestaat uit een gevarieerde groep gebruikers die in sommige gevallen geen hulp wenst, en in andere gevallen hulp wenst maar niet altijd krijgt. In deze groep

vinden we inderdaad ook mensen die, hoewel ze meer en meer problemen beginnen te ervaren op vlak van hun gezondheid of werk, geen hulp willen omdat ze denken dit niet nodig te hebben. Sommigen hebben reeds ervaring met de drughulpverlening, maar vinden dat ze dit niet nodig hebben op dit moment in hun leven. Anderen wensen wel hulp op het vlak van drugs. Hoewel sommigen er dan ook in slagen om effectief hulp te vinden, geven anderen aan dat ze niet goed weten waar ze terecht kunnen.

De wil om hulp te zoeken hangt nauw samen met de motivatie van gebruik. Gebruikers uit alle groepen geven aan dat kinderen een belangrijke rol kunnen spelen. Het herstellen van het contact met de eigen kinderen wordt door velen beschreven als de grootste motivator om hulp te zoeken. Anderzijds zien we dat een aantal vrouwelijke gebruikers hun gebruik zo lang mogelijk probeert te verstoppen uit angst dat ze hun kinderen zullen verliezen als ze naar de hulpverlening stappen. Daarnaast merken de *veldwerkers* op dat sommige gebruikers zichzelf helemaal verliezen in hun gebruik omdat ze het proces om terug contact te krijgen met hun kinderen als hopeloos zien. De kinderen van deze gebruikers worden door sociale instellingen opgevangen. Eén van de belangrijkste voorwaarden om het contact met het kind terug op te starten is het volledig stoppen met het gebruik van alle producten, inclusief cannabis. Veel gebruikers geven aan dat het stoppen met cannabisgebruik voor hen onmogelijk lijkt. Dit schrikt sommigen dusdanig af dat ze het opgeven en geen hulp meer aanvaarden. In andere gevallen schrikt het idee van deze voorwaarden zodanig af dat men geen hulp vraagt.

## **5.2 Eerste contacten : straathoekwerk, Drughulp Eerstelij**

Veel gebruikers, ook zij die geen drughulp zoeken, hebben een goed contact met het straathoekwerk. Zij zien de straathoekwerker als iemand die er voor hen is, maar die zelf geen drughulpverlener is. Hij wordt wel beschouwd als iemand die je met elk probleem kan helpen (bv. op vlak van wonen, werken). Daarbij beschrijven ze de straathoekwerker als iemand die altijd luistert, die hen verbindt met de rest van de maatschappij maar met wie het contact heel vrijblijvend is. Doorheen de jaren is het vertrouwen gegroeid. De straathoekwerker is volgens hen een belangrijk tussenpersoon omdat hij Turnhout vanbinnen en vanbuiten kent. De straathoekwerker is voor hen een belangrijke bron van informatie, ook wat drughulpverlening betreft. Ze hebben er ook vertrouwen in dat wat tijdens de gesprekken wordt gezegd, ook daadwerkelijk vertrouwelijk blijft. Tot slot, vonden ze het heel positief dat de straathoekwerker hen als

het ware bij de hand neemt en meeneemt naar verschillende hulpverleningscentra, bijvoorbeeld bij een eerste bezoek aan het OCMW.

Deze omschrijving komt overeen met hoe de straathoekwerker zijn taken omschrijft:

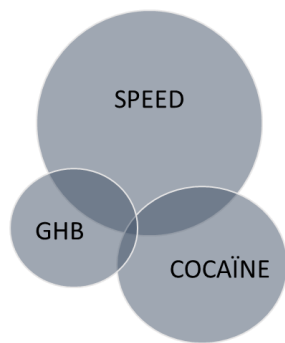
*“Ze kennen me als ‘de Nick’ van het JAC, er zijn er bij die niet weten dat ik SHW doe. Ik denk dat ze hem vooral zien als een vertrouwenspersoon, waar ze iets aan kunnen vertellen. Waar wel wat van mag, die niet altijd aan hunne kop zal zagen als ze iets niet doen. Bv. als ze willen praten maar niet over hun miserie praten, dan doen ze dat ook. Ook iemand waar (zij) van denken dat ook heel veel weet wat er in die onderwereld gebeurt. Zo de link tussen wat er in die onderwereld gebeurt en wat er boven gebeurt. Ik blijf benaderen dat ik geen vriend ben van heb, ik ben een vertegenwoordiging van de samenleving. Ik doe dit als mijn job, NIET omdat ik een vriend van je ben (gesprek straathoekwerker, 7 januari 2016).*

Het eerste vrijwillige contact met de drughulpverlening is meestal via de Drughulpverlening Eerstelijns van de Stad Turnhout. Deze hulpverleenster is alom gekend en gebruikers zien haar als dé persoon om naartoe te gaan met een hulpvraag rond drugs. Gebruikers associëren haar vaak met het Jongeren Advies Centrum omdat ze daar haar bureau heeft. De relatie met deze drughulpverleenster wordt heel positief beoordeeld. Gebruikers appreciëren vooral de laagdrempeligheid van deze hulpverlening. De hulpverleenster werkt volgens hen voldoende aanklampend zonder opdringerig te zijn. Hoewel velen wantrouwig staan tegenover wat ze ‘de’ sociale instanties noemen, hebben ze wel vertrouwen in de Drughulpverlening Eerstelijns. Tevens appreciëren ze de integrale aanpak. Er is ruimte om problemen op andere levensgebieden te bespreken. Gebruikers merken ook op dat deze hulpverleenster een belangrijke rol speelt bij de doorverwijzing naar verdere gespecialiseerde hulpverlening.

Sommige gebruikers kwamen in contact met drughulpverlening via hun huisarts. Sommigen zien de huisarts als vertrouwenspersoon, anderen vinden dat huisartsen niets met drughulpverlening te maken hebben en zich louter tot de medische aspecten (bv. opvolgen lichamelijke gezondheid) rond hun druggebruik beperken. Veel gebruikers van speed en GHB geven aan dat hun huisarts op de hoogte is van hun gebruik. Tegelijkertijd verwachten ze niet dat deze persoon als tussenpersoon optreedt in het begeleiden naar verdere hulpverlening. Deze groep gebruikers vindt dat de huisarts niet de juiste persoon is om andere dan puur lichamelijke problemen te behandelen. Ze gaan bijvoorbeeld wel naar de huisarts omdat ze niet goed kunnen

slapen (bv. omwille van speedgebruik), maar willen dat de arts hen medicatie voorschrijft zonder met hun druggebruik rekening te houden. Ze vinden dat er genoeg andere hulpverlening bestaat, de huisarts dient hier niet nog eens extra begeleiding te voorzien.

De *veldwerkers* hadden zelf geen ervaringen met het Medisch Sociaal Centrum (MSOC). Een hulpverlener van het MSOC komt elke vrijdag naar Turnhout. Het MSOC biedt medische, psychologische en sociale begeleiding aan gebruikers van illegale drugs die het gevoel hebben nergens meer terecht te kunnen voor hulp. Naar aanleiding van de monitor maakte een hulpverlener onderstaand overzicht over het aantal cliënten in de laatste vijf jaar die via het MSOC in het kader van cocaïne, speed of GHB worden begeleid. De meeste dossiers zijn binnen het jaar afgerond.



Product	Aantal cliënten (2010 - 2015)
SPEED	80
COCAÏNE	38
GHB	19
Speed & GHB	12
Speed & cocaïne	11
Cocaïne & GHB	2
Speed, cocaïne & GHB	2

Figuur 1 Registratiegegevens MSOC (GHB, speed en cocaïne) 2010 - 2015

Sommige *sleutelfiguren* buiten de drughulpverlening geven aan dat het moeilijk is om te weten met wie ze best contact opnemen indien ze mensen tegenkomen met een drugproblematiek. MSOC wordt vooral aan het methadonprogramma gelinkt, terwijl in principe iedereen er terecht kan. De Meander wordt dan weer aan die gebruikers met 'een' dubbeldiagnose gelinkt. Drughulp Eerstelijns tot slot wordt dan weer als gelijkaardig aan het MSOC omschreven, want 'iedereen' kan er terecht. Dit maakt dat het voor gebruikers of niet-druggerelateerde hulpverleners onduidelijk is met wie ze best contact opnemen.

### 5.3 Verdere doorverwijzing: ambulant en residentieel

Veel gebruikers worden vooral door de Drughulp Eerstelijns geholpen. Toch geeft een groot aantal aan dat ze op een bepaald moment in hun leven naar een meer gespecialiseerde dienst werden doorverwezen. Waar de Drughulp Eerstelijns een



constante vormt in hun hulpverleningstraject, zijn deze gespecialiseerde diensten eerder een intermezzo of een opstap naar een ander gebruikerspatroon. Drughulp Eerstelijns vormt, samen met de straathoekwerker, een belangrijke tussenpersoon in het doorverwijzen naar gespecialiseerde instanties.

Gebruikers verwijzen vaak naar dezelfde gespecialiseerde instanties. In Turnhout zelf is De Meander (CGG De Kempen) alom gekend. Buiten Turnhout wordt vooral over ADIC gepraat, alsook over De Sleutel en de therapeutische gemeenschappen Katarsis in Genk en de Evenaar in Zoersel. In mindere mate zijn ook De Spiegel in Kessel-Lo, De Kiem in regio Gent en Ter Dennen in Tienen gekend.

Over de concrete ervaringen bij De Meander werd weinig gesproken omdat een groot deel van de bereikte gebruikers op het moment van het onderzoek hier geen begeleiding kreeg. Dit kan te maken hebben met de omvang van hun specifieke doelpubliek, namelijk gebruikers met een psychiatrische problematiek. Algemeen valt op dat mensen die begeleiding krijgen, heel tevreden zijn. Wel werd meerdere keren opgemerkt dat er enorme wachtlijsten zijn wanneer je je vrijwillig aanmeldt. Dit zorgt ervoor dat het voor gebruikers moeilijk is om gemotiveerd te blijven. Via een opgelegde voorwaarde wordt de hulpverlening sneller opgestart. Hoewel gebruikers op dat moment misschien minder zijn gemotiveerd, kunnen deze gesprekken hen aanmoedigen om verdere begeleiding op te starten.

Het viel op dat een aantal gebruikers één of meerdere keren via ADIC begeleiding kregen. Ze namen hierbij deel aan een negen weken durend programma. Hoewel velen daarna hun gebruik niet afbouwden, geven sommige wél aan dat dit programma hielp om hun zelfvertrouwen op te krikken en om handvaten aan te reiken om hun gebruik onder controle te krijgen of om het gebruik van bepaalde drugs (bv. enkel GHB) sterk te minderen.

De therapeutische gemeenschappen werden door de meeste gebruikers als een rustpauze in hun gebruikscarrière gezien. Veel gebruikers, zonder er ooit te zijn geweest, zijn tegen een residentiële opname gekant. Ze beschouwen een opname als zeer stigmatiserend, en te dwangmatig. De meesten met concrete ervaringen in een therapeutische gemeenschap geven aan dat ze het programma niet voltooiden. Bovendien blijken velen al meermaals naar een therapeutische gemeenschap te zijn geweest. Deze gebruikers slagen er dan bijvoorbeeld in om tijdelijk geen GHB of speed

meer te gebruiken maar hervallen zodra ze terug in Turnhout zijn. Een bijkomend probleem hierbij lijkt het gebrek aan gespecialiseerde residentiële opvang in de regio. Hoewel de grote afstand tussen Turnhout en de dichtstbijzijnde residentiële centra sommigen afschrikt, geven veel GHB-gebruikers ook aan dat het voor hen heel goed was om even uit Turnhout weg te zijn. Op die manier werden ze volledig van hun netwerk in Turnhout afgescheiden.

*Sleutelfiguren* wijzen evenzeer op het gebrek aan een residentieel centrum in de regio Kempen. Sommigen geven aan dat een residentieel centrum in de buurt de drempel bij gebruikers om er naartoe te gaan kan verlagen. Ook binnen de drughulpverlening in een justitieel kader (zie verder) wordt opgemerkt dat de mogelijkheden om gedetineerden aan te melden bij een therapeutische gemeenschap bemoeilijkt worden omdat dit steeds in een andere regio dient te gebeuren. Vaak krijgt men het antwoord dat men in eigen regio een oplossing zou moeten zoeken.

Veel gebruikers beschrijven hun moeizame pad naar een oplossing op maat binnen de drughulpverlening. Daarbij merken ze vooral op dat er lange wachtlijsten zijn (bv. bij De Meander, therapeutische gemeenschap). Ze merken hierbij op dat ze hun motivatie verliezen omdat ze enerzijds niet goed weten wat ze ondertussen kunnen doen (bv. alvast ambulante hulpverlening). Anderzijds haken velen af als ze zich met een acute vraag aanmelden, en zien dat er een lange wachtrij is. Als gebruikers naar de hulpverlening stappen, is het veelal een kwestie van: 'waar kan ik het snelst terecht?', eerder dan 'waar kan ik best terecht?'.

Hierbij wijzen de *veldwerkers* erop dat je soms makkelijker hulp vindt als je je focust op een psychiatrische problematiek. In dat geval wordt er minder aan het druggebruik zelf gewerkt, maar wel aan de oorzaken ervan. Anderzijds blijkt dat de concrete ervaringen met de PAAZ Turnhout en het OPZ in Geel niet onverminderd positief zijn. Gebruikers geven aan dat het personeel weinig kennis heeft over hoe met gebruikers om te gaan. Ze geven wel aan dat in het geval van een middelenpsychose deze instanties wel degelijk kunnen helpen.

*Veldwerkers* en *sleutelfiguren* geven aan dat het specifiek voor het product GHB moeilijk is om een behandelingstraject uit te werken. *Veldwerkers* verwijzen hier vooral naar de aantrekkelijkheid van GHB (bv. niet duur, makkelijk te verkrijgen, sterk verslavende werking, makkelijk in te nemen). *Sleutelfiguren* geven aan dat het heel moeilijk is om op

deze groep vat te krijgen binnen een ambulante werking. Motiverende gesprekstechnieken die bij de behandeling van gebruikers van andere types drugs (bv. speed en cocaïne) worden gebruikt, lijken geen antwoord te bieden op de hulpvraag van de GHB-gebruiker.

*Sleutelfiguren* wijzen zelf vaak op de eigenschappen van het product GHB als mogelijke oorzaak. Volgens *sleutelfiguren* wordt de behandeling vaak bemoeilijkt omdat er geen stok achter de deur is. GHB blijft niet lang zichtbaar in het bloed of de urine. In het geval van een residentiële opname is het dus moeilijk om te controleren of iemand GHB heeft gebruikt. Ze merken bovendien op dat de langetermijneffecten van GHB te weinig zijn gekend. De gebruikers die ze in hun werking tegenkomen geven vaak aan dat ze alles onder controle hebben. Toch merken de *sleutelfiguren* dat het herval bij deze groep gebruikers heel erg hoog is. Zo wordt het voorbeeld gegeven van mensen die tot anderhalf jaar in een therapeutische gemeenschap verbleven maar die nadien meteen terug GHB beginnen te gebruiken.

Drughulp Eerstelijns en MSOC werken met afbouwschema's voor GHB onder begeleiding van een arts. Daarbij is het de bedoeling dat gebruikers de grootte van hun dosissen langzaam afbouwen om vervolgens ook het aantal dosissen per dag te minderen. Sommige gebruikers slagen erin om op die manier hun gebruik, tijdelijk, beter onder controle te krijgen. Een andere behandelingsmethode houdt in dat gebruikers GHB door benzodiazepines vervangen. Via een afbouwschema voor deze benzodiazepines verminderen ze stapsgewijs hun gebruik. *Sleutelfiguren* merken op dat deze techniek wel meer wordt gebruikt. Er wordt wel gewezen op een mogelijk tegengesteld effect. Benzodiazepines geven namelijk niet hetzelfde effect als GHB, waardoor het risico bestaat dat een gebruiker toch nog op zoek gaat naar GHB. In die gevallen neemt een gebruiker in principe grotere hoeveelheden dan wat het afbouwschema voorschrijft. Volgens de *sleutelfiguren*, kan dit tot een verhoogde tolerantie voor GHB leiden.

### **GHB: belang gespecialiseerde hulp**

Coördinatiepunt Assessment en Monitoring Nieuwe Drugs (CAM, onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Nederland) bestudeerde het farmacologisch effect van GHB. GHB is een lichaamseigen stof die in zeer lage concentraties in (voornamelijk) de hersenen aangetroffen wordt. Lage doseringen remmen de afgifte van dopamine terwijl hoge doseringen dopamine-afgifte net gaan stimuleren. Daarnaast verhoogt GHB de serotonine- en acetylcholineafgifte. GHB heeft weinig effect op andere neurotransmittersystemen in de hersenen. De complexe interactie tussen GHB en dopamine is volgens het CAM mogelijks dé oorzaak van GHB misbruik, verslaving en ontwenningverschijnselen.

Ongeveer 5u na toediening is GHB nog in het plasma detecteerbaar, in urine 12u. Het CAM wijst erop dat dit de forensische opsporing bemoeilijkt. De testen die de meeste ziekenhuislaboratoria uitvoeren zijn bovendien vaak niet gevoelig genoeg om GHB te detecteren.

De halfwaardetijd bij GHB is heel kort (ca. 20 minuten tot 45 minuten bij hoge doseringen). De korte halfwaardetijd draagt volgens het CAM mogelijks bij tot het hoge verslavingspotentieel van GHB. De ontwenningverschijnselen zijn qua heftigheid weinig verschillend als deze van heroïne. De ontwenningssymptomen lijken op deze van alcohol en variëren van mild (agitatie, angst, rusteloosheid, slapeloosheid bezorgdheid, misselijkheid en braken) tot ernstig en levensbedreigend (tremoren, hartritmestoornissen en hoge bloeddruk, delier, hallucinaties, epileptische aanvallen). Dit maakt afkicken erg moeilijk en zelfs gevaarlijk. Afkicken gebeurt volgens het CAM dan ook best in een residentiële, medische omgeving.

*Bron:* Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (2011). *Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur* 2011. Geraadpleegd op [http://www.rivm.nl/Onderwerpen/C/Co%C3%B6rdinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs CAM](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/C/Co%C3%B6rdinatiepunt%20Assessment%20en%20Monitoring%20nieuwe%20drugs%20CAM)

## **5.4 Drughulpverlening in een politieel en justitieel kader**

Vooraf het interventieteam van de Lokale **Politie** Turnhout komt tijdens crisissituaties met GHB en speedgebruikers in contact. Het Team Drugs ziet deze gebruikers in

mindere mate in het kader van een onderzoek op vraag van het Parket. Waar er vroeger een doorverwijzing naar medische en drughulpverlening mogelijk was, wordt dit, na anderhalf jaar proberen, de dag van vandaag niet meer opgenomen. Gebruikers in een crisismoment doen vaak een hulpvraag. Ze zijn er op dat moment van overtuigd hulp nodig te hebben. Volgens de *sleutelfiguren* was het voor gebruikers heel moeilijk om de nodige documenten voor de aanvraag in orde te brengen. De hulpvraag verdwijnt volgens deze *sleutelfiguren* terug na het crisismoment waardoor deze gebruikers de stap naar hulpverlening uiteindelijk niet zetten. Hoewel in anderhalf jaar tijd geen enkele poging tot doorverwijzing succesvol was, gaan volgens de *sleutelfiguren* binnen het Team Drugs stemmen op om dit alsnog opnieuw op te starten om zo, naast een repressieve werking ook mee te werken aan het voorkomen van nieuwe druggerelateerde feiten.

Zowel de *sleutelfiguren* als de *veldwerkers* geven aan dat de werking van de politie in Turnhout vooral met repressie in het kader van overlast wordt geassocieerd. Team Drugs focust in zijn werking vooral op de overlast gecreëerd door het gebruik en de handel in drugs. Dit beeld maakt het volgens de *veldwerkers* moeilijk om de politie als mogelijke tussenpersoon in de toegang naar drughulpverlening te zien.

De gevangenis van Turnhout is een arresthuis en een tuchtgevangenis. Het grootste deel van de populatie bestaat dan ook uit beklaagden. Deze beklaagden verschijnen elke maand voor de Raadkamer, waar beslist wordt of ze worden vrijgelaten dan wel nog een maand langer in de gevangenis moeten blijven. Een klein aantal gedetineerden zijn veroordeelden. Onder hen bevinden zich ook gedetineerden die in Turnhout terecht kwamen nadat ze een tuchtstraf kregen in een andere gevangenis. De *veldwerkers* bereikten ook een groep GHB- en speedgebruikers die recentelijk als beklaagden in de gevangenis van Turnhout terecht kwamen. Omdat de meesten onder hen slechts een korte tijd in de gevangenis verbleven, werd vaak geen drughulpverlening opgestart.

Een aantal gebruikers krijgt drughulpverlening in de gevangenis. De meesten kennen naast de trajectbegeleiding door Justitieel Welzijnswerk Turnhout, die niet-druggerelateerd is, het individueel programma 'Drugs en verslaving' dat is uitgewerkt door De Meander en het Centraal Aanmeldingspunt (CAP). Via de *veldwerkers* werden een aantal mensen met recente ervaringen in de gevangenis bereikt. Uit hun verhaal blijkt dat de contacten met de trajectbegeleiding goed zijn. We konden via de

*veldwerkers* geen informatie verzamelen over de mate waarin ze via trajectbegeleiding naar de drughulpverlening worden doorverwezen. Het individueel programma van De Meander rond drugs en verslaving wordt positief beoordeeld. Over het Centraal Aanmeldingspunt is men niet onverdeeld positief. De gebruikers in kwestie zien hier de mogelijkheid om vanuit de gevangenis naar een therapeutische gemeenschap over te kunnen gaan. Op deze manier is er een continuïteit in de zorg. Maar het CAP werkt volgens hen te langzaam. Het duurt lang vooraleer men weet heeft van beslissingen of zicht krijgt op het verdere verloop van de hulp. Tot slot geven GHB-gebruikers met een gevangenisverleden aan dat het afkicken van GHB in de gevangenis heel zwaar is. Ze krijgen medische begeleiding hierbij. Er wordt gewerkt met vervangende kalmeermiddelen maar men geeft aan dat de gekregen dosissen niet hoog genoeg zijn. Ze beseffen dat dit te maken heeft met het inperken van het risico op handel in medicijnen maar geven tegelijk aan dat dit de handel in illegale middelen bevordert.

De sleutelfiguur van de trajectbegeleiding (Justitieel Welzijnswerk Turnhout) geeft aan dat de drughulpverlening in de gevangenis naar gebruikers toe, niet goed is gekend. Wanneer blijkt bij het onthaal van de gedetineerde dat er sprake is van een drugproblematiek, verwijst de Psychosociale Dienst (PSD) van de gevangenis deze persoon meteen naar het Centraal Aanmeldingspunt (CAP) of het individueel programma van De Meander door. De trajectbegeleiding kan dit ook doen indien een drugproblematiek pas na dit initiële gesprek naar voren komt. Daar waar de PSD behoort tot de FOD Justitie, behoren de trajectbegeleiders tot het Centrum Algemeen Welzijnswerk. Beide diensten werken onafhankelijk van elkaar maar delen wel dezelfde lokalen. Dit kan volgens de sleutelfiguur bij de gedetineerden zorgen voor verwarring.

Ook het CAP ondervindt moeilijkheden om gebruikers aan te melden bij residentiële hulpverlening. Bij gebrek aan een residentieel centrum in de regio de Kempen, moeten gedetineerden buiten de regio worden aangemeld. Daar krijgt het CAP met dezelfde problematieken te maken als bij andere doorverwijzingen. De gedetineerde komt dus evenzeer terecht op een wachtlijst. Veel gedetineerden zijn beklaagden, en dus onzeker over de totale duur van hun detentieverblijf. Het CAP kan dus moeilijk afspreken met het desbetreffende residentieel centrum op welk moment de begeleiding van start zou kunnen gaan. Dit bemoeilijkt de samenwerking met deze centra verder. Bovendien is de medewerker van het CAP slechts elke twee weken een halve dag aanwezig in de

gevangenis van Turnhout. Dit maakt dat gedetineerden vaak lange tijd moeten wachten op nieuws over hun aanvraag.

Indien het CAP iemand ambulante wil aanmelden, dient dit steeds via opgelegde voorwaarden te gebeuren. In dat geval dient het CAP te wachten tot de rechter over de eventuele voorwaarden beslist. Als één van deze voorwaarden een behandeling bij De Meander inhoudt, kan deze gedetineerde op het moment van invrijheidsstelling via het Justitiehuis bij het team Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen van De Meander worden aangemeld.

Een deel van de gebruikers komt in contact met de drughulpverlening via voorwaarden die in het kader van een probatie of voorwaardelijke invrijheidsstelling zijn opgesteld. Bij het volgen van dit traject worden ze begeleid door de justitieassistenten.

Sommige gebruikers zien deze voorwaarden vooral als een kans om snel uit de gevangenis te raken. Ze voltooien het hulpverleningstraject, maar zijn hierbij vooral gemotiveerd door het wegblijven uit de gevangenis. Velen onder hen slagen er dan ook niet in om op lange termijn hun gebruik te minderen of te stoppen. *Sleutelfiguren* merken hierbij op dat deze motivatie in sommige gevallen net wel genoeg kan zijn om een hulpverleningstraject uit te werken. Zo geven bijvoorbeeld de *sleutelfiguren* van De Meander aan dat de opgelegde gesprekken in het kader van Vrijheid Onder Voorwaarden regelmatig een basisvertrouwen helpen creëren tussen hulpverlener en gebruiker. Deze gebruikers kunnen op een later tijdstip gratis op vrijwillige basis de begeleiding verderzetten.

Onderstaande kader illustreert het profiel van GHB-, speed- en cocaïnegebruikers die in de periode 2012-2014 door de justitieassistenten in een hulpverleningstraject werden begeleid. Naast socio-demografische kenmerken, beschrijven we ook de vorm van ontvangen hulpverlening en het verloop van dit traject. De begeleiding door het Justitiehuis Turnhout wordt heel positief beoordeeld. Gebruikers waarderen de goede communicatie en betrokkenheid van de justitieassistenten. Dit helpt hen om hun voorwaarden te voltooien.

Focus: probatiedossiers Justitiehuis (2012-2014)

### Socio-demografische kenmerken

Probatiedossiers omtrent drugsfeiten met betrekking tot GHB blijken in bijna alle gevallen **mannen** te betreffen, slechts in 2 van de 28 cases gaat het om een vrouw. Deze verdeling zien we ook bij de dossiers die cocaïne en/of amfetaminen omvatten. (16 cases, 15 mannen & 1 vrouw). De meeste personen zijn tussen **25 en 35 jaar oud. Bijna de helft van de justitiabelen woont bij zijn (groot)ouder(s)**. Van de overige justitiabelen woont de helft alleen en de helft woont samen met zijn of haar partner. **Dit in tegenstelling tot de groep personen veroordeeld voor feiten i.v.m. cocaïne en/of amfetaminen. Hierbij woont de grootste groep alleen. De meesten zijn werkloos.**

### Motivatie om de feiten te plegen

Er komen uit de dossiers verschillende motivaties naar voor waarom men de feiten heeft gepleegd. Als het gaat om het *gebruiken van drugs* zijn er uiteenlopende motivaties die men aangeeft. Een motivatie die vaak voorkomt is dat men gebruikt om zijn/haar problemen te vergeten en zich goed te voelen. Relatieproblemen/relatiebreuk en verveling (is vooral gekoppeld aan periodes van werkloosheid) blijken vaak voorkomende redenen om drugs te gebruiken. Daarnaast worden vrienden of een partner die gebruik(en) als motivaties voor het druggebruik naar voren geschoven. Een minder voorkomende motivatie is het overlijden van een naaste.

Bij feiten met betrekking tot *handel in drugs* worden **winst en financiële problemen** het vaakst als motivatie aangehaald. Daarnaast worden ook vrienden en het eigen gebruik als redenen

gegeven. Bij feiten m.b.t. cocaïne en/of amfetaminen worden vrienden en financiële redenen aangehaald. Als we kijken naar het *produceren/aanmaken van drugs* is dit, in deze cases, **door het eigen gebruik** gemotiveerd.

### Motivatie om te minderen met gebruik

**Vaak lukt het niet om helemaal geen drugs meer te gebruiken.** Uit de dossiers kunnen we afleiden dat velen wel nog cannabis, alcohol en/of medicatie gebruiken.

Als belangrijkste redenen om niet te hervallen worden **de ouders en de partner** aangehaald. Ook belangrijk zijn: de zorg voor zijn/haar kind(eren), het vermijden van bepaalde personen en/of plaatsen en het hebben van een sport of hobby als uitlaatklep.

Familie, werk en studies worden minder frequent aangehaald als redenen om niet te hervallen. Slechts één persoon vermeldt een hulpverlener als steunfiguur als motivatie om niet te hervallen. Vrienden die steun bieden en een zinvolle dagbesteding worden ook slechts één maal vermeld. Dit in tegenstelling tot de feiten m.b.t. cocaïne en amfetaminen. Bij deze cases worden **vrienden als meest voorkomende motivatie** gegeven om niet te hervallen. Daarna volgen het hebben van een zinvolle dagbesteding en ouders die steun bieden.

### Uitspraak/vonnis

Vonnissen met betrekking tot drugsfeiten, meer specifiek feiten in verband met GHB, geven weer dat de vaakst uitgesproken straf in deze cases een **gevangenisstraf en een geldboete (geheel of gedeeltelijk) met uitstel** is (22 van de 28 cases). Dit geldt ook voor de cases m.b.t. cocaïne en amfetaminen. In verband met GHB werd in één geval een autonome werkstraf opgelegd.



De autonome werkstraf werd ook bij drie cases i.v.m. cocaïne/ amfetamines (van de 16) uitgesproken.

#### Voorwaarden - algemeen

De dossiers/cases hebben betrekking op de opvolging van de probatievoorwaarden. Opvallend is dat heel vaak dezelfde voorwaarden worden opgelegd. Dit geldt zowel voor de cases m.b.t. GHB als diegene m.b.t. cocaïne en/of amfetaminen. Meer specifiek; **samenwerken met de justitieassistent en de probatiecommissie** (in elke case), **adres- en/of verblijfplaatswijziging melden** (in elke case), zich onthouden van drugs en druggebruik, een vorm van hulpverlening volgen (zie verder) en werken of actief werk zoeken.

Vaak voorkomende voorwaarden zijn ook: een opleiding volgen, geen contact met het drugmilieu hebben en geen strafbare feiten plegen. Minder vaak voorkomend zijn: medische controles ondergaan (vaak urinetests), een vorm van budgetbeheer of het bespreekbaar stellen van zijn/haar financiële situatie met de justitieassistent en zorgen voor een zinvolle dagbesteding. Agressietraining en contactverbod (met een specifiek persoon) kwamen elk slechts één maal voor.

#### Hulpverlening - specifiek

Bij *de druggerelateerde hulpverlening* komen de volgende actoren voor: De Meander (15), Huisarts (4), De Pelgrim (3), Broeders Alexianen (3), De Sleutel (2), Het Witte Huis (1), Katarsis (1), MSOC (2), Tripsyco (1), Asster (1), JAC (1).

Uit de ervaringen met de hulpverlening blijkt dat de begeleiding bij **De Meander** vaak als positief wordt ervaren. Wel zijn er enkelen die aangeven dat deze begeleiding voor hen niet voldoende is. Wat ook blijkt is dat velen er niet in slagen een residentiële behandeling tot een goed einde te brengen/vol te houden. Vaak wil men er zelfs niet aan beginnen omwille van verschillende redenen. Een veel voorkomende reden is dat men bang is om zijn/haar job te verliezen. Ondanks de hulpverlening krijgt men zeer vaak zijn drugproblematiek niet helemaal onder controle en worden er nog steeds bepaalde middelen gebruikt. Vele begeleidingen verlopen dus met **ups en downs**.

Bij *de niet-druggerelateerde hulpverlening* komen volgende actoren voor: Budgetbeheer bij het OCMW (5), huisarts (3) en een Collectief schuldbemiddelaar (1). Opmerkelijk is dat zeer vaak de VDAB, voor het volgen van een opleiding of om hulp te bieden bij het vinden van een tewerkstelling, wordt ingeschakeld. De niet-druggerelateerde hulpverlening wordt in het algemeen als **positief** ervaren.

## 6 De 'ideale' hulpverlening?

De *veldwerkers* polsten bij *geïntegreerde* gebruikers, *gemarginaliseerde* gebruikers en gebruikers uit de *tussengroep* welke hulpverlening volgens hen dé ideale hulpverlening zou inhouden.

### 6.1 Drughulpverlening op maat van de gebruiker

*“In de praktijk is hulpverlening niet voor iedereen, mensen gaan uit zichzelf geen hulp niet vragen want de drempel is te hoog. Ze hebben angst voor de mening van anderen, angst om zwak te zijn of dat anderen hen zwak vinden. Dit is een gevoel van falen en mag absoluut niet in deze maatschappij. Hulp werkt alleen als mensen ervoor openstaan, zelfs bij moeilijker gevallen. Ik heb het gevoel dat er alleen wordt geluisterd tijdens de therapieessie, maar buiten de uren minder. Als ge daarna een crisis hebt is dat moeilijker. Dan zijn ze niet zo bereikbaar als zou moeten. Er moet meer permanentie zijn, meer steunpunten, de klok rond ( gesprek veldwerker, 17 december 2015 )”.*

Voor velen is de ideale vorm van hulpverlening **laagdrempelig en ambulante**. Men verwijst bijvoorbeeld naar de Drughulp Eerstelijns of naar het negen weken durende programma in ADIC. Wanneer het gebruik ‘te zwaar’ is, dan kan een residentieel verblijf een oplossing bieden. Waar de ene dit een concrete optie vindt, geven veel gebruikers aan dat de drempel om vrijwillig naar een therapeutische gemeenschap te gaan, heel hoog is. Ze hebben dan ook het gevoel dat deze vorm van hulpverlening sterk stigmatiserend werkt. Ze willen dan ook graag dit label vermijden. Laagdrempelige ambulante hulpverlening is volgens de gebruikers veel minder stigmatiserend.

Gebruikers die in contact staan met Drughulp Eerstelijns geven vaak aan dat deze dienst een groot potentieel publiek mist. De gebruikers geven aan dat ze vaak adviseren aan andere gebruikers om ook met deze hulpverleenster in contact te komen. Ze merken daarbij op dat wegens de grote werklust van deze hulpverleenster, slechts een deel van de mogelijke cliënten wordt bereikt.

Verschillende *sleutelfiguren* geven het signaal dat er meer *outreaching* naar kwetsbare groepen (bv. vrouwelijke gebruikers, allochtonen, jongeren) moet worden gewerkt. Binnen straathoekwerk wordt hierrond een project opgestart. Drughulp Eerstelijns geeft aan dat, hoewel jongeren de initiële doelgroep van deze dienst waren, het op dit moment niet mogelijk is om *outreaching* te werken wegens de extra werklust dat dit zou vragen. Ook de sleutelfiguur van Arktos gaf aan dat de vzw zijn focus niet alleen naar alle

jongeren in het middelbaar onderwijs uitbreidt, maar ook jongeren zal begeleiden tot de leeftijd van 25 jaar (in plaats van 18 jaar). Op deze manier proberen ze de overstap van minderjarigheid naar meerderjarigheid beter te begeleiden.

### **Good practice: Inloophuis De Steenhouwer (CAW Antwerpen)**

De Steenhouwer is een inloophuis voor mensen met verminderde welzijnskansen die vaak nergens terecht kunnen: dak- en thuislozen, generatiearmen, (ex-) psychiatrische patiënten, druggebruikers...

In de eerste plaats is het inloophuis een warme en beschutte ruimte. Zeker voor daklozen is alleen dat al van onschatbare waarde. Het inloophuis is ook een ontmoetingsplaats. Onze bezoekers worden er uitgenodigd om uit het isolement te treden en anderen te ontmoeten. Sociale netwerken worden er versterkt en heropgebouwd. Het aanbieden van maaltijden en drank is de belangrijkste vorm van materiële hulp in het Inloophuis. Om onze bezoekers meer fundamenteel verder te helpen, werken er twee maatschappelijk werkers in het centrum. Zij trachten een brug te slaan tussen onze bezoekers en de meer hoogdrempelige traditionele hulpverleningsinstanties. Een groot aantal van onze bezoekers kampt met gezondheidsproblemen waarvoor hij/zij geen adequate behandeling krijgt. Daarom houdt een verpleegkundige elke week een 8-tal uren consultatie in het centrum. Regelmatig worden er voor de bezoekers activiteiten georganiseerd: uitstappen, fietstochten, culturele activiteiten... Ook vormingsactiviteiten behoren tot het aanbod.

## **6.2 Mogelijkheid tot residentiële opname**

*Sleutelfiguren* hechten belang aan de mogelijkheid om gebruikers op basis van hun specifieke behoeften door te verwijzen. Daarbij is het van belang om een gedifferentieerd aanbod uit te werken. Er worden door *sleutelfiguren* verschillende suggesties gedaan. De meeste van deze suggesties maken deel uit van voorgaand overleg.

Zo wordt reeds jaren op het belang van een residentiële werking in de regio Turnhout gewezen. Volgens *sleutelfiguren* kan dit voor gebruikers de drempel verlagen om zich vrijwillig te laten opnemen. *Gemarginaliseerde gebruikers*, maar ook gebruikers uit de

*tussengroep*, geven aan dat dé ideale hulpverlening inhoudt dat men, op zijn minst tijdelijk, breekt met alle vrienden die ook GHB, speed of cocaïne gebruiken.

Het uitwerken van een residentiële opname is niet evident. Therapeutische gemeenschappen buiten de regio zijn niet altijd bereid om mensen uit Turnhout op te nemen. Psychiatrische centra hanteren een acute drugproblematiek als uitsluitingscriterium. Indien het wel lukt zijn er vaak lange wachtlijsten. Sommige *sleutelfiguren* suggereren om, in afwachting van de realisatie van dit centrum, binnen de werking van de bredere hulpverlening op een structurele manier op zoek te gaan naar manieren om een overbrugging te voorzien zodat mensen in afwachting van een opname al voorbereidende hulp kunnen krijgen. Het voorbeeld van een dagcentrum werd door meerdere personen gegeven. Op deze manier kunnen gebruikers toewerken naar een meer gestructureerde dagindeling.

#### **Good practice: Dagcentrum (De Sleutel, Mechelen)**

Dagcentrum: Dagcentrum De Sleutel Mechelen is een ambulant oriëntatie- en behandelcentrum, deskundig in het voorkomen en behandelen van drugproblemen. Vanuit het geloof in de meerwaarde van een drugvrij leven, begeleiden we de cliënt in de richting van een drugvrije maatschappelijke re-integratie. We kiezen ervoor om veranderinggericht te werken aan de hand van het trans-theoretisch fasemodel en de motiverende gespreksvoering. We richten ons bijgevolg tot mensen die illegale drugs (in mogelijke combinatie met alcohol of medicatie) gebruiken en die streven naar groei en verandering. Verwijzingen vanuit justitie worden in deze visie sterk verwelkomd. We leggen tevens een specifiek accent op de doelgroep van minderjarige.

Voor verdere informatie zie:

<http://www.desleutel.be/professionals/hulpverlening/ambulant/dagcentrum-mechelen>

### **6.3 Structurele samenwerking tussen verschillende sectoren**

Structureel overleg hoeft niet per se iets volledig nieuw of groots te zijn. Het kan ook groeien uit bestaande initiatieven. *Sleutelfiguren* geven voorbeelden van bestaande samenwerkingen die goed verlopen maar die op dit moment vooral ad hoc tot stand komen. Dit wordt erkend als een grote kracht van de hulpverlening. Veel *sleutelfiguren*

benadrukken hierbij het belang om bij een drugproblematiek rond verschillende levensdomeinen te kunnen werken. Bij de vraag naar suggesties voor de 'ideale hulpverlening' werd vooral de nadruk gelegd op het structureel maken van ad hoc initiatieven en het creëren van een algemene visie ten aanzien van drugs. Op deze manier kan de expertise van elke sector bijdragen tot het afstemmen van de (drug)hulpverlening op basis van de noden en behoeften van gebruikers. Onderstaande paragrafen focussen op sectoren die door gebruikers en *sleutelfiguren* met elkaar in verband worden gebracht.

### **6.3.1 Drughulpverlening – maatschappelijke dienstverlening**

Naast vrijwillig en ambulante merken veel gebruikers op dat de ideale hulpverlening er één op hun maat is. De gebruikers wensen een persoonlijke begeleiding en opvolging die op hun specifieke noden inspeelt. Hierbij benadrukken ze de nood om iemand te hebben die hen als het ware bij de hand neemt en meeneemt naar verschillende hulpverleningscentra, bijvoorbeeld in verband met uitkering bij het OCMW.

Bij dit maatwerk hoort volgens de gebruikers ook een goede samenwerking tussen verschillende sectoren in de hulpverlening (bv. OCMW, VDAB, drughulpverlening). Zo worden verschillende problematieken in één keer aangepakt. Veel gebruikers hebben nu het gevoel dat de kans op een goede samenwerking tussen diensten afhangt van de persoon met wie ze eerst in contact komen. Eén gebruiker verwijst expliciet naar het Dienst Ondersteuning Project. Dit project verenigde verschillende partijen op zoek naar een oplossing op maat van de gebruiker. Een sleutelfiguur gaf het voorbeeld van *casemanagers* om deze samenwerking meer gestructureerd te laten verlopen. Een *casemanager* begeleidt gebruikers doorheen heel hun hulpverleningstraject, ook tijdens de gevangenis en coördineert de verschillende vormen van hulpverlening.

*Sleutelfiguren* die vooral met minderjarigen in contact komen wijzen hier ook op. Ze stellen in hun werking de problemen van de jongere centraal. Op druggebruik wordt voornamelijk gefocust indien dit bij een specifieke jongere sterk naar voren komt. Hoewel deze organisaties zelf actief op zoek gaan naar kennis om hiermee om te gaan, geven sommigen ook aan dat ze vragende partij zijn om het contact met de drughulpverlening nauwer te maken (bv. door gezamenlijke intakes waar beide hulpverleners aanwezig zijn).

### **Good practice: trajectbegeleiding LOGiN (CAW Noord-West Vlaanderen)**

LOGiN is er voor jongeren tussen 15 en 25 jaar uit de Brugse regio met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbare cliënten. De doelgroep bestaat uit jongeren die de vraag stellen naar coördinatie van hulp- of dienstverlening, of die zoeken naar een aanbod die momenteel niet voorhanden lijkt te zijn, of die geen toegang krijgen tot de hulp- of dienstverlening. De jongere staat centraal bij LOGiN, maar daarnaast is er oog voor het volledige cliëntsysteem. LOGiN biedt vrijwillige hulpverlening en bouwt een langdurige relatie met de jongere op. LOGiN voorziet in continuïteit van de hulp- en dienstverlening door het coördineren en op elkaar afstemmen van de verschillende onderdelen van het hulpaanbod. De jongere wordt ook ondersteund in het verkrijgen van toegang tot de hulp- en dienstverlening. LOGiN werkt samen met jongeren die moeilijk contact leggen met de hulp- en/of dienstverlening en waar toegang noodzakelijk lijkt om de situatie verder aan te pakken. De toegang wordt veelal verhinderd door een gebrek aan vertrouwen in dienst- en/of hulpverlening. Het aanbod lijkt niet voorhanden, of er zijn mogelijke tegenindicaties. LOGiN probeert een antwoord te zoeken op een complexe vraag van een jongere. Deze vraag moet uitgezuiverd worden, vaak dieper dan een reguliere onthaaldienst op zich kan nemen. LOGiN zal, samen met de jongeren, onderhandelen over een mogelijk aanbod. LOGiN treedt op als een vertrouwensfiguur die het traject verder opvolgt samen met de jongere. LOGiN kan ook voorzien in coördinatie en afstemming van de hulp- en/of dienstverlening.

### **6.3.2 Drughulpverlening – medische hulpverlening**

Anderzijds zien we bij GHB-gebruikers een nood aan omkadering op maat. GHB-gebruikers hebben bijvoorbeeld schrik van de afkickverschijnselen die optreden bij het stoppen met GHB. Ze geven hierbij aan dat de juiste plek om af te kicken van GHB een medische omgeving is (bv. ziekenhuis). Velen onder hen belandden al wel eens op de spoedafdeling van het ziekenhuis (bv. als ze het bewustzijn verliezen op een openbare plek). Deze gebruikers geven aan dat ze het gevoel krijgen dat het verplegend personeel niet altijd weet wat aan te vangen met hen. De gebruikers proberen vaak zo snel mogelijk uit het ziekenhuis weg te raken. Toch geven sommigen aan dat dit net een moment kan zijn om met de drughulpverlening in contact te komen.

### **Good practice: crisisopvang zorgtrajectenovereenkomst spoed- en crisisopvang drugsverslaafden**

Het opvangen van patiënten in crisissituaties, met de bedoeling hen tot rust te brengen en zorgvuldig te inventariseren welke verwijzing er eventueel nodig is naar welke module en zorgeenheid. De crisisopvang wordt geregeld in de zorgtrajectovereenkomst spoed- en crisisopvang van drugverslaafden. De voorzieningen van het zorgtraject spoed- en crisisopvang engageren zich om bij crisisopvang specifieke aandacht te hebben voor de doelgroep dubbele diagnose en om het zorgtraject dubbele diagnose te benutten. Doelgroeppatiënten uit het zorgtraject spoed- en crisisopvang kunnen doorverwezen worden binnen dit zorgtraject dubbele diagnose. Een van de samenwerkingen binnen dit traject is met AZ Jan Palfijn (Gent). In het geval van een acute psychiatrische crisis zal de spoedopnamedienst de noodzakelijke eerste zorgen bieden en kan zij doorverwijzen naar de UPSIE van het Universitair Ziekenhuis Gent of Psychiatrisch Centrum Sleidinge. In dat geval zorgt zij voor een veilige en verantwoorde overdracht.

### **6.3.3 Drughulpverlening – justitie/politie**

De meeste gebruikers hechten veel belang aan de vrijwilligheid van de drughulpverlening. Ze zijn ervan overtuigd dat dit de enige manier is om op lange termijn aan hun gebruik te werken. Een andere groep gebruikers stelt echter het omgekeerde: als ze niet gedwongen worden, zal er aan hun gebruik nooit iets veranderen. Een aantal geeft bijvoorbeeld aan dat ze via opgelegde hulpverlening erin slaagden om te stoppen met GHB te gebruiken. Over deze laatste groep geven de *veldwerkers* mee dat ze de indruk hebben dat een gedwongen hulpverlening in veel gevallen leidt tot een tijdelijke verandering in hun gebruikerspatroon. Die verandering lijkt echter op te houden op het moment dat deze hulpverlening wordt stopgezet. Opnieuw wordt hier vooral naar GHB-gebruik verwezen. Veel gebruikers hebben veel moeite om niet opnieuw GHB te gebruiken eens ze terug in de samenleving terechtkomen.

*Sleutelfiguren* geven aan dat justitie en hulpverlening op dit vlak nauwer kunnen samenwerken. Ze suggereren bijvoorbeeld dat in het geval van een drugproblematiek een hulpverlener op de rechtbank aanwezig zou kunnen zijn. Zo krijgt de gebruiker

meteen een beeld van wie welke rol speelt. Er wordt hierbij naar de Drugbehandelingskamer in Gent verwezen.

Sommige GHB-gebruikers geven aan dat de ideale hulpverlening ook in de gevangenis kan worden opgestart. Zoals hierboven beschreven, beoordelen gebruikers in de gevangenis de gegeven drughulpverlening als iets positiefs. Ook het Centraal Aanmeldingspunt zien ze als een concrete mogelijkheid tot het opstarten van een hulpverleningstraject. Zoals daarnet vermeld, zorgen de lange wachtlijsten voor veel vertragingen in het traject.

Om continuïteit in de zorg te kunnen voorzien pleiten verschillende *sleutelfiguren* voor een structureel overleg tussen diensten die binnen en buiten de gevangenis werken. Een eerste stap in die richting was het overleg tussen Justitieel Welzijnswerk, het Justitiehuis en de Drughulp Eerstelij. Zo werd bekeken hoe hulpverleningstrajecten die vóór het verblijf in de gevangenis werden opgestart, makkelijker kunnen worden verdergezet wanneer er sprake is van voorwaarden rond hulpverlening. Op die manier kan de gebruiker sneller het hulverleningstraject vervolgen. Indien de doorverwijzing via het justitiehuis verloopt, zijn de wachtlijsten langer. Om het justitiecliënteel bij de verschillende hulpverleningssectoren wat meer gekend te maken, plant men bijvoorbeeld om een speeddate tussen professionele actoren en gedetineerden te organiseren.

Sinds kort werkt Justitieel Welzijnswerk ook meer rond de context van de gedetineerde. In dat kader probeert men ook de gedetineerden gedurende ongeveer een half jaar na hun detentieverblijf verder op te volgen. Op die manier kunnen problemen rond wonen en werk makkelijker worden opgevangen.

Vanuit de *sleutelfiguren* in het Team Drugs van de Politie van Turnhout kwam ook het voorstel om een mogelijke samenwerking met drughulpverlening te bekijken (bv. rond het doorverwijzen van GHB-gebruikers wanneer ze in een crisistoestand worden opgepakt).



### **Good practice: project justitieel casemanagement (CIC, Stad Antwerpen, parket en politie)**

Sinds 2011 loopt er onder impuls van de stad Antwerpen een project om verslaafde veelplegers beter op te volgen. Het project richt zich zowel tot justitie als tot het drughulpverleningsnetwerk. Veelplegers zijn chronische druggebruikers die misdrijven plegen gelieerd aan hun verslaving. Het doel van het project is het reduceren van druggerelateerde criminaliteit en te zorgen voor een haalbare re-integratie van de doelgroep in de maatschappij. Via het project wordt geprobeerd veelplegers op een adequate manier door te verwijzen naar de hulpverlening. In eerste instantie uit bezorgdheid voor hun eigen welzijn, maar ook om op die manier de druggerelateerde overlast in de stad te reduceren. Het project is een samenwerking tussen politie, justitie, de stad Antwerpen en het Crisisinterventiecentrum (CIC) van De Sleutel.

Omdat een druggebruiker in veel gevallen opgevolgd wordt door verschillende diensten en centra, gebeurt het al te vaak dat de betrokkene door de mazen van het hulpverleningsnet glipt en hervalt. Als reactie op deze trend faciliteerde het Antwerpse stadsbestuur de toeleiding naar de hulpverlening via de installatie van een casemanager die de brug slaat tussen hulpverlening en justitie. Op die manier kan men effectiever op individueel niveau werken aan de re-integratie in de maatschappij van deze overlastplegers. In de praktijk meldt het parket - afhankelijk van de ernst en de aard van de feiten - een veelpleger aan bij de casemanager. De taak van casemanager is het initiëren en opvolgen van individuele hulptrajecten. Het Crisisinterventiecentrum (CIC) De Sleutel is partner in dit verhaal en engageert zich om personen die voldoen aan de criteria, op te nemen in hun werking. Hiervoor wordt binnen het CIC 1 bed vrijgehouden zodat een opname snel en efficiënt kan geregeld worden.

### **Good practice**

Literatuur: project “NADROG” of Nazorg aan Druggebruikers, Ouders en Gezinsleden van de politiezone Pajottenland. Dit project houdt in dat wanneer een politieambtenaar in contact komt met een minderjarige druggebruiker/ dealer, de sociaal assistent van de politiezone via een formulier in kennis gesteld wordt van de problematiek. De persoon in kwestie en de ouders krijgen de melding dat de sociaal assistent met hen contact zal opnemen om problemen, die buiten het werkveld van de politie vallen, mee te helpen oplossen of bepaalde vragen te beantwoorden. De sociaal assistent stelt duidelijk dat er een wisselwerking is tussen de politie en zichzelf. De doorverwijzing van de druggebruiker/ dealer, ouders en andere gezinsleden is hier prioritair. De politie kan dan ook, na informatie van de sociaal assistent, aan het parket melden dat NADROG werd opgestart en naar wie er werd doorverwezen. Deze werkwijze kent positieve reacties. De politie zou bij de vaststelling van vaak voorkomende feiten deze moeten kunnen signaleren aan preventiediensten en hulpverleningsinstanties. Op grond daarvan kan men preventieve acties uitwerken zodat deze problemen afnemen. Maar een dergelijk signaalforum ontbreekt nog.

*Bron: Casselman, J., & Boon, K. (Eds.). (2010). Dossier politie & drugs. De rol van politie in de aanpak van drugproblemen. Leuven: Provincie Vlaams-Brabant*

## **6.4 Werken vanuit een gedeelde visie: kennisdeling**

*Sleutelfiguren* geven aan dat ze een gezamenlijke trekker voor de drughulp in de Kempen missen. Er zijn zeer veel initiatieven, maar het aanbod blijft enorm versnipperd. Een helicoptervisie van wat waar nodig is, lijkt te ontbreken. Daardoor blijven deze initiatieven niet steeds duren. Sommigen *sleutelfiguren* geven aan dat werkgroepen rond drugsbeleid aan een gezamenlijk beleid binnen een organisatie werken, maar dat het omzetten van dit beleid in de praktijk niet steeds lukt omdat afspraken moeilijk op elkaar raken afgestemd.

*Sleutelfiguren* suggereren dan ook om op een structurele manier een breed overleg te organiseren. Dit overleg dient alle sectoren te betrekken die met druggebruikers in aanraking komen, en gaat dus breder dan de drughulpverlening (bv. ook scholen, vrijetijdswerkingen). Op die manier kunnen bijvoorbeeld concrete ervaringen worden

uitgewisseld. Eén sleutelfiguur geeft hierbij het voorbeeld van netwerkdagen waarbij verschillende sectoren met elkaar in contact worden gebracht.

*Sleutelfiguren* geven daarbij aan dat dit soort overleg niet alleen kan helpen om kennis te delen over druggebruikers maar ook om andere hulpverleningssectoren te sensibiliseren rond druggebruik(ers). Deze sensibilisering kan ertoe leiden dat gebruikers zich in hun contacten met deze hulpverleners minder gestigmatiseerd voelen. Andere *sleutelfiguren* geven aan dat het hen op het vlak van GHB ontbreekt aan concrete informatie over bijvoorbeeld gesprekstechnieken en langetermijneffecten van GHB-gebruik. Bijkomend merken de *sleutelfiguren* uit de justitiële sector op dat het hen soms aan methodieken ontbreekt om druggebruikers te begeleiden. Tot slot geven sommige *sleutelfiguren* aan dat ze binnen hun eigen werking deze kennis willen opbouwen door bijvoorbeeld een eigen psycholoog of drughulpverlener binnen de eigen werking aan te nemen. Op deze manier kan snel op acute drugproblematieken worden ingespeeld.

### **Good practice: netwerkdagen Verslavingskoepel (regio De Kempen)**

Verslavingskoepel tracht vanuit gelijkwaardigheid bruggen te bouwen met zelfhulpnetwerken, professionelen en beleidsmakers. De koepel verenigt vrijwilligers uit diverse verslavingszelfhulpgroepen en ook andere geïnteresseerden die tot doel hebben onze persoonlijke ervaringen en kennis te delen met professionelen die daar belangstelling voor hebben. In Verslavingskoepel is er ruimte voor “verschillende visies” over: verslaving, de oorsprong ervan, schadereductie, behandeling en/of methodes van herstel. De valorisatie van ervaringskennis en -deskundigheid vereist dat zelfhulpgroepen samenwerkingsverbanden aangaan, ook met professionelen, binnen de grenzen van het beroepsgeheim. Ervaringsdeskundigheid zit immers niet zozeer vast aan de persoon van de ervaringsdeskundige zelf, maar aan door ervaringen gestuurde samenwerkingsverbanden van mensen met verschillende ervaringen, diverse soorten kennis en wisselende deskundigheden. In zelfhulpgroepen vind je mensen met ( heel veel) ervaringskennis; ervaringsdeskundigheid is schaarser.

### **Good practice: Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA, OCMW Antwerpen)**

SODA heeft vier taken: beleidsvoorbereidend werk, overleg, informatiekruispunt en ondersteuning werkveld.

Als eerste taak maakt SODA elke vier jaar een beleidsplan op, afgestemd op de bestaande noden en mogelijkheden en in overleg met beleidsmakers en interne en externe partners. Om op actuele ontwikkelingen in te spelen, worden de prioriteiten jaarlijks in een jaaractieplan geconcretiseerd. Op basis van wetenschappelijk onderzoek, signalen uit het werkveld en de eigen expertise, schrijft SODA regelmatig adviezen aan de beleidsmakers.

De tweede basistaak is het organiseren en mogelijk maken van overleg. Dit overleg moet de samenwerking en afstemming tussen alle betrokken partners bevorderen (bv. werk- en themagroepen, ad hoc overleg, Lokaal Intersectoraal Drugs Overleg (LIDO): Overlegplatform dat viermaal per jaar vertegenwoordigers uit verschillende sectoren (die in aanraking komen met het drugsthema) rond de tafel brengt, advies verleent over het stedelijk drugbeleid en informatie uitwisselt.

Ten derde is SODA een kruispunt voor informatie rond het drugs- en verslavingsthema

in Antwerpen. Enerzijds vangen wij signalen op van het werkveld en de bredere samenleving, anderzijds staan wij ook in voor de spreiding van informatie en kennis. Dit laatste doen we door onze SODA-fora en door thematische opleidingen te organiseren voor bijvoorbeeld OCMW-medewerkers of politie. SODA beantwoordt ook vragen van burgers of studenten en wisselt informatie uit met andere steden en gemeenten.

Ten vierde ondersteunt SODA de partners in het werkveld (bv. bij de opstart van projecten, het sluiten en opvolgen van samenwerkingsovereenkomsten en convenanten).

## 6.5 Preventie

De meeste organisaties binnen de (drug)hulpverlening werken rond hervalpreventie. *Veldwerkers* gaven aan dat preventie om initieel de stap naar druggebruik te zetten voor hen moeilijk in te schatten is. De meeste gebruikers spreken over het belang van juiste informatie om zo het taboe rond druggebruik te minderen. Ze pleiten voor het geven van genuanceerde informatie waarbij zowel de voor- en nadelen van druggebruik aan bod komen. Ze vertellen er wel meteen bij dat druggebruik niet mag worden geromantiseerd, en willen vooral meegeven dat louter shockeren niet werkt. Sommige gebruikers zijn ervan overtuigd dat shockeren wél werkt. Het valt op dat men hierbij vooral spreekt over wat men denkt dat preventief zal werken bij ándere gebruikers. Ze geven aan dat het hen in hun geval niet zou hebben afgeschrikt.

Niet alleen de juiste informatie is van belang, maar gebruikers vinden ook dat deze door de juiste persoon moet worden gegeven. Velen geven aan dat dit best door iemand die het drugsmilieu door en door kent wordt gedaan (bv. een ervaringsdeskundige). Sommige gebruikers voegen toe dat het belangrijk is om deze informatie op de juiste leeftijd te geven. Als de toehoorders té jong zijn, wekt dit net meer interesse op. Het ideale moment is volgens hen het eerste of tweede middelbaar.

Niet alleen vanuit de drughulpverlening, maar ook vanuit de *sleutelfiguren* die met minderjarigen werken, komt de suggestie om meer naar preventie van jongeren toe te werken. De schoolprojecten zien ze als een goed initiatief. Zoals hierboven aangehaald, geven zowel straathoekwerk als Drughulp Eerstelijns aan dat er naar deze groep meer *outreaching* zou moeten worden gewerkt. In lijn met de *veldwerkers*, geven

*sleutelfiguren* die werken met minderjarigen aan dat binnen hun werking individuele gesprekken met een ervaringsdeskundige waardevol blijken te zijn.

In hoofdstuk één worden de verschillende redenen waarom iemand begint of (niet) stopt met druggebruik omschreven. Doorheen de gesprekken wezen *sleutelfiguren* en *veldwerkers* op een onderliggende kwetsbaarheid (bv. ouders die drugs gebruiken, geen diploma, traumatische gebeurtenissen) die volgens hen mee verklaart waarom sommige jonge gebruikers een problematisch gebruikerspatroon ontwikkelen, en dus (ook) omwille van hun gebruik problemen op diverse levensgebieden ontwikkelen, en andere gebruikers erin lijken te slagen zonder hulp hun gebruik af te bouwen of te stoppen. Tijdens het klankbordoverleg van 10 maart 2016 werd gesuggereerd om ook in het kader van drugspreventie oog te hebben voor deze bredere kwetsbaarheid (bv. via overleg met partners uit (drug)hulpverlening over *outreaching* werken rond problemen op andere levensdomeinen zoals wonen en werk).

Daarnaast geven zowel *veldwerkers* als *sleutelfiguren* aan dat veel van deze gebruikers, bv. de gemarginaliseerde gebruikers, er niet meer in slagen om hun leven op een andere manier zin te geven dan door middel van GHB-, speed- of cocaïnegebruik. Doorheen de gesprekken valt op dat een brede sociale preventie, die inzet op de maatschappelijke activering van kwetsbare groepen (bv. minderjarige gebruikers, vrouwelijke gebruikers, allochtone gebruikers) op deze problematiek kan inspelen. Op deze manier kan zowel aan hervulpreventie als aan primaire preventie worden gewerkt.

### **Good practice: ervaringsdeskundige verslaafdenzorg (Brijder Verslavingszorg, Maastricht)**

Brijder Verslavingszorg wil herstelondersteunende zorg bieden en de inzet van ervaringsdeskundigen bevorderen en professionaliseren. Om dit doel te ondersteunen is de Vrijplaats opgericht. Het is een ontmoetingsplek met als doel: creëren van een maatschappelijk klimaat waar plaats is voor herstelondersteunende zorg en ervaringskennis en waarbij geen ruimte is voor stigmatisering; streven naar een organisatie waarbij ervaringsdeskundigheid wordt gezien als een derde kennisbron en gelijkwaardig wordt ingezet naast wetenschappelijke en professionele kennis; een bijdrage leveren aan de inhoudelijke ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid; fungeren als creatieve denktank; van Brijder een niet klachtgerichte maar krachtgerichte organisatie te maken. Ervaringsdeskundigen: Ervaringsdeskundigen zijn mensen die zelf cliënt zijn geweest en hun kennis willen inzetten om het herstel van andere cliënten te bevorderen. De ondersteuning is gebaseerd op herkenning, erkenning en begrip van 'binnenuit' en sluit aan op het principe van herstelondersteunende zorg. Binnen Brijder is ervaringskennis gelijk aan professionele en wetenschappelijke kennis. Ervaringsdeskundigen zijn een waardevolle aanvulling op de behandelingen. Zij weten vanuit hun eigen ervaring:

wat een verslaving is en hoe hiermee om te gaan;

wat het is om gestigmatiseerd te worden en hoe empowerment in te zetten;

welke steun belangrijk is;

hoe mensen met een verslaving weer een betekenisvol leven op kunnen bouwen.

om ervaringskennis binnen Brijder in te zetten is het bedoeling dat je de oriëntatietraining 'Inzet Ervaringskennis verslavingszorg' afrond. **(zie: <http://www.vrijplaatsbrijder.nl/>).**

### **Good practice: Safe 'n Sound (peer support-initiatief)**

Safe 'n Sound is er voor de bezoekers van evenementen, festivals en clubs in de elektronische dancescene. Op deze locaties vind je onze peers in de Safe 'n Sound-infostand. Je kan er terecht voor informatie over alcohol en andere partydrugs.

Safe 'n Sound is een peer support-initiatief. Peers geven in vertrouwen info over de

effecten, de risico's en veilig gebruik van partydrugs. Neutraal en objectief, zonder te veroordelen. Daarom is Safe 'n Sound een peer support-initiatief. Dat is een manier van werken waarbij je ondersteuning krijgt van peers, mensen met dezelfde interesses, levensstijl en ervaringen als jijzelf. Peers zijn getrainde vrijwilligers met dezelfde interesses, levensstijl en ervaringen als de andere feestvierders.

Safe 'n Sound werkt volgens het principe van 'harm reduction', letterlijk vertaald 'schadebeperking'. Dit wil zeggen dat Safe 'n Sound gezondheidsproblemen probeert te voorkomen zonder per se middelengebruik te willen vermijden. In de dancescene worden nu eenmaal legale en illegale drugs gebruikt. Dat gebruik brengt risico's met zich mee, zoals oververhitting, bad trips, *out gaan*, gehoorschade, enz. Door enkele voorzorgsmaatregelen kan je al heel wat problemen voorkomen. Het gaat om eenvoudige dingen, zoals niet combineren, correct doseren, een juiste hoeveelheid water drinken en genoeg rusten.



## **7 Prioriteitsbepaling**

### **7.1 Suggesties op basis van het onderzoek**

De noden die tijdens de gesprekken met gebruikers en/of professionele actoren aan bod kwamen, werden door de onderzoeksequipe vertaald naar suggesties voor het bepalen van de prioriteiten voor het lokale drugsbeleid in Turnhout. Deze suggesties zijn onder te brengen in vier thema's: preventie/hulpverlening/behandeling, justitie/politie, schadebeperkende maatregelen en structurele samenwerking.

#### **7.1.1 Preventie/hulpverlening/behandeling**

Een eerste reeks suggesties komt voort uit noden betreffende **preventie/hulpverlening/behandeling**.

Deze suggesties richten zich op de verschillende niveaus van hulpverlening (bv. outreach, dagcentrum, residentieel centrum, mobiele equipe dubbeldiagnose, inzetten van ervaringsdeskundigen). Daarbij horen ook suggesties tot verdere differentiatie van de focus van de huidige drughulpverlening niet alleen naar dubbeldiagnose gebruikers maar ook naar vrouwelijke, minderjarige en allochtone gebruikers. Tot slot, komen hier ook suggesties naar specifieke preventie voor deze groepen gebruikers alsook naar het inzetten van ervaringsdeskundigen in het kader van preventie.

##### **7.1.1.1 Preventie**

- Meer inzetten op specifieke preventie bij maatschappelijk kwetsbare groepen minderjarige druggebruikers
- Investeren in het uitwerken van een structuur en inschakelen van ervaringsdeskundigen Verslaafdenzorg binnen preventieprojecten

##### **7.1.1.2 Hulpverlening**

- Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de (drug)hulpverlening naar druggebruikers met een psychiatrische problematiek ('dubbeldiagnose')
- Meer investeren in outreachend werken naar minderjarige, allochtone, vrouwelijke en/of geïntegreerde druggebruikers toe
- Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de (drug)hulpverlening naar minderjarige druggebruikers

- Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de eerstelijns hulpverlening naar allochtone druggebruikers
- Creëren van connectie tussen straatwerk en vertrouwensfiguren voor etnisch culturele minderheden als brugfunctie naar harm reduction en/of drughulpverlening
- Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de (drug)hulpverlening naar vrouwelijke druggebruikers
- In het leven roepen van een centraal aanspreekpunt dat minderjarige gebruikers begeleidt bij de overgang van de (drug)hulpverlening die men als minderjarige gebruikers krijgt naar de (drug)hulpverlening die werkt rond meerderjarige gebruikers

### **7.1.1.3 Behandeling**

- Investeren in de uitbouw van een residentieel centrum voor de opvang van druggebruikers binnen de regio de Kempen
- Investeren in de uitbouw van een residentieel centrum voor druggebruikers met een psychiatrische problematiek in de regio de Kempen.
- Structuur uitwerken om structureel ambulante nazorg te voorzien na een residentiële opname in de drughulpverlening
- Investeren in het uitwerken van casemanagement vanuit de drughulpverlening om te zorgen voor een trajectbegeleiding op maat van druggebruikers
- In het leven roepen van een dagcentrum waar druggebruikers op een laagdrempelige manier in contact komen met ambulante (drug)hulpverlening
- Investeren in versterking van de aanwezigheid van vertrouwenspersonen voor druggebruikers (i.c. Drughulp Eerstelijns, straatwerk)
- In het leven roepen van een mobiele equipe psychiatrie die zich focust op thuisbegeleiding van druggebruikers met een psychiatrische aandoening die verdoken leven of die na hun ontslag uit een residentieel centrum verdere begeleiding nodig hebben, eventueel parallel met ambulante zorg.
- Investeren in het mogelijk maken van psychiatrische consulten voor druggebruikers die op de wachtlijst staan bij De Meander
- Investeren in aparte behandelingsmodaliteiten binnen de drughulpverlening voor GHB-verslaafden

- Inzetten van (ex)gebruikers als ervaringsdeskundigen binnen de drughulpverlening
- Uitbreiden capaciteit outreach werkers om zo meer te kunnen inzetten op outreachende initiatieven vanuit de (drug)hulpverlening naar gebruikers toe

### 7.1.2 Justitie/politie

Een tweede reeks suggesties gaat over noden rond de samenwerking tussen hulpverlening en **justitie/politie**. Hierbij horen een aantal suggesties om de zorgcontinuïteit voor, tijdens en na detentie te garanderen alsook een suggestie tot uitwerking van een standaardprotocol voor doorverwijzing door de politie.

- Inzetten op meer aanwezigheid van drughulpverlening in de rechtbank binnen het concept drugbehandelingskamer, in samenspraak met drughulpverlening binnen en buiten Turnhout
- Meer investeren in uitbouw Centraal Aanmeldingspunt in de gevangenis zodat beklaagden sneller aansluiting naar drughulpverlening vinden
- Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de (drug)hulpverlening naar druggebruikers tijdens en na een detentie
- Meer investeren in de samenwerking tussen Justitieel Welzijnswerk en (drug)hulpverlening in het creëren van zorgcontinuïteit na de gevangenis
- Meer inzetten op outreach in de gevangenis met focus op drugproblematiek in het kader van een uitbreiding van Drughulp Eerstelijns
- Structuur creëren voor justitieel casemanagement, waarbij de trajectbegeleider uit de gevangenis de gedetineerden achteraf kan opvolgen en doorverwijzen
- Meer inzetten op betrekken van hulpverleningsorganisaties in de gevangenis
- Uitwerken standaardprotocol voor doorverwijzing drughulpverlening door politie

### 7.1.3 Schadebeperking

Een derde thema omvat suggesties om noden rond **schadebeperking** te beantwoorden. De aandacht gaat hier vooral naar sociale preventie, woonbegeleiding, toeleiding naar werk en het activeren van jonge gebruikers. Daarbij hoort bijvoorbeeld ook een suggestie naar het actief betrekken van gebruikers bij het ontwikkelen van het lokale drugsbeleid.

- Investeren in de uitbouw van een apart laagdrempelig inloopcentrum waar druggebruikers aan een zinvolle dagbesteding kunnen werken, samen met een vrijblijvend hulp- en dienstverleningsaanbod (+ vrije tijdsbesteding)
- Investeren in een laagdrempelige, vrijblijvende locatie waar gebruikers de kwaliteit van hun drugs kunnen laten testen
- Meer inzetten op sociale preventie vanuit een structurele samenwerking tussen de Drughulp Eerstelij, Leerprojecten Drugs en Arktos vzw
- Investeren in een laagdrempelige residentiële voorziening voor gebruikers, met nadruk eerder op opvang dan op therapie
- Verder stimuleren uitwerken art. 60 begeleiding naar werk
- Inzetten op het begeleiden van druggebruikers bij het vinden van betaalbare huisvesting
- Investeren in intensieve woonbegeleiding van druggebruikers
- Investeren in het sociaal activeren van jonge druggebruikers via een activeringsproject
- Meer inzetten op peer support projecten onder gebruikers binnen de harm reduction initiatieven
- Actief betrekken van en inspraak bieden aan (ex-)gebruikers bij het uitwerken van het lokale drugsbeleid

#### **7.1.4 Structurele samenwerking**

Een laatste thema bundelt suggesties om de nood aan verdere **structurele samenwerkingen** aan te pakken. Hierbij komen informatiedeling, de creatie van een gemeenschappelijke visie binnen alle sectoren alsook concrete samenwerkingsinitiatieven aan bod.

- Inzetten op meer samenwerking en coördinatie op beleidsniveau tussen alle sectoren die betrokken zijn bij de begeleiding van druggebruikers om een versnippering van lokale initiatieven te beperken en te voorkomen
- Verder inzetten op het uitwerken van een structureel overlegorgaan tussen de aanwezige drughulpverleningsinstanties
- Structuur maken rond informatiedeling binnen de verschillende sectoren die met druggebruikers in contact komen (politie, justitie, (drug)hulpverlening)

- Meer inzetten op het uitwerken van één gedeelde visie op druggebruik die door zowel de mensen op de werkvloer als het beleid wordt gedragen en ondertekend
- Uitbouw samenwerking en afstemming tussen de drughulpverlening en harm reduction initiatieven om te zorgen dat druggebruikers een betere kennis van alle hulpverleningssectoren hebben (zowel druggerelateerd als niet-druggerelateerd)
- Investeren in het creëren van een draagvlak bij zowel professionele actoren (i.c. (drug)hulpverleners – justitie en politie) als druggebruikers om, binnen de grenzen van het beroepsgeheim, via cliëntoverleg informatie over een specifieke cliënt uit te wisselen
- Structurele samenwerking tussen politie en drughulpverlening uitwerken met respect voor het beroepsgeheim
- Samenwerking eerstelijns hulp met organisaties die op allochtone gemeenschappen focussen
- Meer investeren in bewustwording bij huisartsen via informatiesessies zodat niet iedereen naar specifieke artsen (moet) worden verwezen
- Structuur uitwerken voor samenwerking met residentiële centra buiten de regio Turnhout die een case-by-case benadering overstijgt
- Structuur creëren voor communicatie naar hulpverleners en druggebruikers toe, over de wachttijd tussen intake en de eigenlijke start van behandeling
- Uitwerken structureel overleg rond uitwisseling expertise niet-druggerelateerde hulpverlening en druggerelateerde hulpverlening
- In het leven roepen van netwerkdagen waar verschillende sectoren van hulpverlening, drughulpverlening, justitie, politie en zelfhulpgroepen expertise rond druggerelateerde thema's uitwisselen
- Meer inzetten op het creëren van een bredere openheid bij spoeddiensten via informatiesessies bij opvang druggebruikers
- Uitwerken standaardprotocol voor doorverwijzing drughulpverlening door spoeddiensten

## **7.2 Afbakening prioriteiten en uiteindelijke aanbevelingen**

In een tweede stap werd binnen de betrokken sectoren op basis van deze suggesties een reeks prioriteiten geselecteerd. Om deze prioriteiten af te bakenen werd van de *nominal*

*group technique* (NGT) gebruik gemaakt<sup>13</sup>. Concreet werden de professionele actoren gevraagd scores toe te kennen aan de noden waarvan men denkt dat ze het meest prioritair zijn bij de verdere uitbouw van het lokale drugsbeleid in Turnhout<sup>14</sup>.

Elke organisatie wikte en woog individueel alle suggesties en selecteerde tien noden die voor hen prioritair dienen te zijn. Deze individuele keuzes werden door de Preventiedienst Turnhout gebundeld. Tijdens een laatste samenkomst van de klankbordgroep werd dit uiteindelijke document verder bediscussieerd en genuanceerd. Op deze manier weerspiegelt de uiteindelijke lijst van prioriteiten een algemeen gedragen visie.

Als randbemerking bij de prioriteitenlijst willen alle organisaties aangeven dat elke organisatie de **nu reeds bestaande hulpverlening wil behouden en versterken**. Daarnaast willen de organisaties werk maken van de **7 prioriteiten** die hieronder beschreven staan:

**1. De uitbouw van een residentieel centrum voor de opvang van druggebruikers (ook dubbeldiagnose) binnen de regio Kempen.** Om de zorgcontinuïteit te garanderen is het hierbij noodzakelijk om ook structureel ambulante nazorg te voorzien na een residentiële opname in de hulpverlening.

Trekkers: MSOC (Anne Meeus), CAW (Lieve Hendrickx), CGG (Wim Wouters), Stad Turnhout (Bob Raets). We willen hier ook de NA in betrekken o.w.v. hun expertise in de nazorg.

**2. Uitbreiding van de capaciteit van de outreach werkers** om zo meer te kunnen inzetten op initiatieven van de (drug)hulpverlening naar de gebruikers toe. Deze initiatieven kunnen zich focussen op specifieke groepen (bv. minderjarigen) maar geven ook de mogelijkheid om

---

<sup>13</sup> De NGT is een sterk gestructureerde techniek ontwikkeld om in kleine groep prioriteiten te ontwikkelen op basis van de onderwerpen die door de deelnemers worden aangebracht. Voor meer informatie zie onder meer Vander Laenen, F. (2009). The Nominal Group Technique, a participative research technique holding great potential for criminology. In: Cools, M., De Kimpe, S., De Ruyver, B., Easton, M., Pauwels, L., Ponsaers, P., Vander Beken, T., Vander Laenen, F., Vande Walle, G., & Vermeulen, G. (eds.), *Contemporary issues in the empirical study of crime* (pp. 109-134). Antwerpen: Maklu.

<sup>14</sup> Zie onder meer ook Favril, L., Vander Laenen, F., & Decorte, T. (2015). *Schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent. Een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten*. Antwerpen: Maklu.

gebruikers langer actief op te volgen (bv. via doorverwijzing van oudere gebruikers vanuit het Straathoekwerk naar het MSOC).

Trekkers: MSOC (Anne Meeus), CAW (Lieve Hendrickx), dienst preventie Stad Turnhout (Bob Raets)

- 3. De uitbouw van een laagdrempelig inloopcentrum** waar druggebruikers kunnen werken aan een zinvolle dagbesteding en vrije tijdsbesteding aan de ene kant, maar aan de andere kant ook de gelegenheid krijgen om vrijblijvend op een laagdrempelige manier met de ambulante (drug)hulpverlening in contact te komen.

Trekkers: straathoekwerk, Arktos, CAW. Participatie door doelgroep vragen aan NA.

- 4. Investeren in het uitwerken van een alternatief voor het Centraal Aanmeldingspunt in de gevangenis** om een structurele link tussen de gevangenis en de drughulpverlening buiten de gevangenis te bestendigen. Het Centraal Aanmeldingspunt in de vorm zoals die bestond tijdens het onderzoek is stopgezet op 1 mei 2016.

Trekkers: justitiehuis, CAW justitieel welzijnswerk, CGG, drughulp, Vlaamse overheid (Joke Sannen)

- 5. Investeren in het uitwerken van casemanagement** binnen de (drug)hulpverlening en justitie om een zorg op maat van de gebruiker te kunnen uitwerken. Om dit initiatief te doen slagen moet er verder geïnvesteerd worden in een breed aanbod aan hulpverlening.

Trekker: casemanagement hulpverlening: OCMW (Sanne Janssens)

- 6. Inzetten op meer samenwerking en coördinatie op beleidsniveau** tussen alle sectoren die betrokken zijn bij de begeleiding van druggebruikers om een versnippering van lokale initiatieven te beperken en te voorkomen.

Trekker: Dienst preventie Stad Turnhout

- 7. Meer inzetten op initiatieven rond specifieke en sociale preventie naar minderjarigen toe.** Hierbij is het inzetten van een outreach werker naar minderjarigen toe cruciaal.

Trekkers: Arktos, straathoekwerk

## 8 Bijlages

### 8.1 Protocol

#### CONTRACT COMMUNITY FIELD WORKER

In het onderzoek naar de ontwikkeling van de Turnhoutse Drugmonitor zullen door het onderzoeksteam en aangestelde *veldwerkers* (CFW) gegevens worden verzameld, in de periode van 24 november 2015 tot en met 8 januari 2016.

*Veldwerkers* zijn mensen die vanuit hun eigen ervaring vertrouwd zijn met gedragingen, rituelen en sociale netwerken in gebruikersgroepen en die vertrouwen genieten van de druggebruikers. Zij hebben op die manier relatief gemakkelijk toegang tot plaatsen in de scène waar buitenstaanders niet of veel moeilijker kunnen komen.

#### Organisatie dataverzameling

- De *community fieldworker* wordt belast met het verzamelen van informatie uit gesprekken, observaties en ervaringen met de doelgroep. Deze worden in veldnotities vastgelegd met behulp van observatiefiches en/of schriftje , die worden aangeboden voor het verrichten van het veldonderzoek. Om deze opdracht te vervullen wordt de *community fieldworker* ongeveer 6 weken ingezet.
- De *community fieldworker* engageert zich om de veldnotities wekelijks op ..... te rapporteren en te bespreken met de onderzoeker. De wekelijkse bijeenkomst gaat door ...j ..... Het tijdstip wordt steeds bepaald na overleg met de onderzoeker.
- Wekelijks wordt de geldelijke vergoeding voor de geleverde prestaties uitbetaald onder de vorm van cash geld. Elke week ontvangt de *community fieldworker* op het einde van de bijeenkomst een bedrag van € 75. Een *community fieldworker* die niet komt opdagen voor de bijeenkomst ontvangt geen geldelijke vergoeding. Indien de *community fieldworker* tijdig verwittigt en een geldige reden kan voorleggen, kan een nieuwe afspraak worden gemaakt met de onderzoeker waarop de *community fieldworker* alsnog een vergoeding krijgt uitbetaald na de bespreking van de veldnotities.
- De *community fieldworker* neemt deel aan 1 trainingsmoment om op correcte wijze te leren omgaan met de onderzoeksinstrumenten. De training vindt plaats op 23 november 2015 of op 24 november 2015. De trainingssessie bestaat uit het verduidelijken van de



rol van de *community fieldworker* in het onderzoek, het bespreken van aandachtspunten die nuttig zijn bij de observaties, het nemen van goede veldnotities...

#### Uitvoering veldwerk

- Tijdens het uitvoeren van het veldwerk dient de *community fieldworker* het principe van 'informed consent' te respecteren. Dit betekent dat de individuen die deel uitmaken van het onderzoek op de hoogte dienen te zijn van het doel en de aard van de studie. Elke deelnemer moet vrijwillig deelnemen aan het onderzoek en heeft het recht zich op elk ogenblik terug te trekken uit het onderzoek.
- De *community fieldworker* verklaart dat hij/zij tijdens het uitvoeren van de veldwerkzaamheden de privacy en anonimiteit van de geobserveerde en aangesproken druggebruiker zal eerbiedigen. Dit onderzoek is gericht op het verkrijgen van indrukken en subjectieve gevoelens. Onvermijdelijk dringt men binnen in de levenssfeer van de participanten. De *community fieldworker* verbindt er zich toe in het kader van dit onderzoek de verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen en deze niet met anderen te delen.
- Ten behoeve van het verzamelen van onderzoeksgegevens zal de *community fieldworker* zich begeven op plaatsen waar drugs wordt verhandeld en gebruikt, en contact hebben met personen die met de handel en het gebruik van drugs betrokken zijn. Als lid van het onderzoeksteam mag de *community fieldworker* geen strafbare feiten plegen. Indien de *community fieldworker* strafbare feiten pleegt, geldt het statuut van *community fieldworker* en de medewerking aan dit onderzoek niet als verschoningsgrond en stelt de *community fieldworker* zich bloot aan het normale handhavingsbeleid van politie en justitie.
- Tijdens het uitvoeren van het veldwerk mag de *community fieldworker* zich uitsluitend profileren zoals wordt vooropgesteld in dit protocol. De *community fieldworker* is in de eerste plaats een veldwerker en geen hulpverlener, straathoekwerker of een andere professionele werker op het gebied van drugs.
- De *community fieldworker* verbindt er zich toe dat de promotor van het onderzoeksteam, Prof. dr. Tom Decorte, bij mogelijke onregelmatigheden (bv. gebrekkige of onvoldoende veldnotities), over de bevoegdheid beschikt de samenwerking onmiddellijk stop te zetten.

- Tijdens het uitvoeren van het veldwerk en op de wekelijkse bijeenkomst met de onderzoeker mogen de druggebruikers niet kennelijk onder invloed zijn van alcohol of andere drugs. Dit vormt een basisvoorwaarde voor een degelijk gesprek of observatie.
- Tijdens het uitvoeren van het veldwerk kan een *community fieldworker* geconfronteerd worden met ernstige situaties (bv. een sterfgeval wegens overdosis). Wanneer dit zich voordoet is een individueel gesprek mogelijk. De *community fieldworker* zal worden opgevangen en indien nodig, gericht worden doorverwezen.

#### Beheer onderzoeksregistratie

- Het beheer van en rechtstreekse toegang tot de onderzoeksresultaten is uitsluitend voorbehouden aan het onderzoeksinstituut. Alle onderzoeksgegevens (o.a. veldnotities van *community fieldworkers*) worden geanonimiseerd. Er worden enkel identificeerbare gegevens aan derden verstrekt, mits toestemming van het onderzoeksinstituut.

#### Verklaring:

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van het gedragsprotocol inzake het onderzoek naar de ontwikkeling van de Turnhoutse Drugmonitor, de inhoud daarvan heeft begrepen en zich dienovereenkomstig zal gedragen. Dit document geldt als legitimatiebewijs en vrijwilligerscontract.

In afschrift uitgereikt aan:

Naam	Datum	Handtekening
.....	.....	.....

## 8.2 Instrument: thema's observatiefiches

### THEMA 1: DRUGGEBRUIKERS (GHB/ SPEED, COCAINE)

- Man/vrouw
- Leeftijd
- Nationaliteit
- Heeft men een opleiding gevolgd? Welke?
- Waar en hoe woont men?
- Hoe verdient men geld?

### THEMA 2: DRUGGEBRUIK (GHB/ SPEED, COCAINE en eventueel andere producten)

- Welke product(en) worden er gebruikt?
- Waarom zijn ze de producten beginnen gebruiken?
- Op welke manier worden deze voornamelijk gebruikt?
- Hoe vaak wordt gebruikt en in welke dosissen?
- Waar wordt er gebruikt? (verschuivingen?)
- Waarom stoppen ze (niet) met gebruik?
- Waarom beschouwen ze hun gebruik (niet) als 'problematisch'?
- Welke risico's van het gebruik kennen ze?

### THEMA 3: MARKT EN AANBOD (GHB/SPEED en COCAINE)

- Hoe gemakkelijk/moeilijk is het om aan product(en) te geraken?
- Op welke manier worden de producten verkregen?
- Kwaliteit producten? (evolutie?)
- Prijzen producten? (evolutie?)
- Op welke plaatsen wordt er ge/verkocht? (verschuivingen? Waarom?)

### THEMA 4: PROBLEEMGEBIEDEN

- Wat zijn de voornaamste lichamelijke problemen?
- Zijn er ook psychische problemen? Zo ja, welke?
- Hoe zijn de contacten met familie? En met vrienden?
- Worden problemen ervaren op gebied van tewerkstelling?
- Zo ja, welke?
- Worden problemen ervaren op gebied van wonen? Zo ja, welke?

## THEMA 5: HULPVERLENING/DIENSTVERLENING

- Welke hulp krijgt men op vlak van wonen/werken?
- Wil men hulp? Waarom wel/niet?
- Wanneer zet men de stap?
- Welke vormen van hulpverlening ken je?<sup>15</sup>
- Lijst:
  - o OCMW, VDAB, justitiehuis
  - o JAC, eerstelijnsdrughulpverlening, straathoekwerk
  - o Huisarts, spoedafdeling ziekenhuis
  - o CGG (vrijwillig en opgelegd)
  - o Addic, De Sleutel, drughulpverlening in de gevangenis
  - o Residentiële hulpverlening (welke ken je?)
  - o Ken je nog andere?
- Welke van deze organisaties ooit bezocht? Indien de persoon organisaties bezocht heeft, vraag voor elke organisatie apart volgende dingen:
  - o Wanneer deed je dit? Vrijwillig?
  - o Door wie werd je doorverwezen? Ging dit makkelijk?
  - o Wat vond je van de wachttijd?
  - o Hoe gedroeg de hulpverlener zich naar jou toe?
  - o Was de organisatie makkelijk bereikbaar?
  - o Andere opmerkingen?
- Indien niet, vraag waarom ze dit niet doen (bv. te lastig, geen zin, te ver, ze bekijken me raar)
- Wat is de best mogelijke vorm van hulpverlening?
- Preventie: wat zou het best werken?

### 8.3 Instrument: interviewleidraad

#### Inleiding

- Context onderzoek (onderwerp, methode, motivatie voor keuze sleutelfiguur)

---

<sup>15</sup> Deze lijst werd toegevoegd na de tweede bijeenkomst met de *veldwerkers*. Uit de eerste twee samenkomsten was namelijk gebleken dat veel gebruikers moeite hadden met het beantwoorden van de algemene vraag "Heb je ooit contact gehad met (drug)hulpverlening?".

- Situering sleutelfiguur:
  - o Naam en functie
  - o Ervaring in huidige functie
  - o Breder werking en situering organisatie

## THEMA 1: PROFIEL DRUGGEBRUIKERS

De kenmerken van druggebruikers worden bevraagd aan de hand van algemene socio-demografische kenmerken enerzijds en de identificatie van subgroepen anderzijds.

- Kan u omschrijven met welke groep(en) druggebruikers (leeftijd, geslacht, nationaliteit, woonsituatie, werksituatie) u in contact komt?
  - o In welke mate komt u in contact met GHB/cocaïne/speed gebruikers?
  - o Op welke manier komt u met hen in contact?
  - o Zijn er op dit gebied het laatste jaar veranderingen opgetreden?
- Welke specifieke groepen van gebruikers zou je onderscheiden? Zijn er specifieke subgroepen GHB/cocaïne/speed gebruikers?

## THEMA 2: PATRONEN VAN GEBRUIK

Deze vragen hebben betrekking op het eigenlijk druggebruik. Het is de bedoeling zicht te krijgen op alle aspecten (welke producten, hoe gebruiken, frequentie gebruik, combinaties van producten,...) van GHB, speed en cocaïnegebruik alsook hoe het gebruik van deze producten zich verhoudt tot gebruik van andere producten.

- Welke producten worden gebruikt?
- Op welke manier worden GHB, cocaïne en speed voornamelijk gebruikt in Turnhout?
- Hoe vaak wordt GHB, cocaïne en speed gebruikt?
- Waarom gebruiken ze GHB/cocaïne/speed?
- In welke mate wordt gebruik van GHB/cocaïne en/of speed als problematisch beschreven door de mensen met wie u in contact komt?
- Heeft u het laatste jaar veranderingen in het gebruik van bepaalde drugs opgemerkt? Zo ja, over welke drugs heeft u het en wat is de trend?
- Heeft u zich op welke plaatsen GHB, cocaïne en speed meestal worden gebruikt?
- Op welke plekken ontmoeten gebruikers elkaar/leren ze elkaar kennen? Zijn dit dezelfde plekken als waar er ook gebruikt wordt?

### THEMA 3: GEVOLGEN VAN GEBRUIK

Het gebruik van drugs kan een impact hebben op andere levensdomeinen zoals werk, gezondheid, woonsituatie of sociaal netwerk. Deze vragen peilen naar dergelijke gevolgen van het druggebruik.

- Wat vindt u het voornaamste risico van gebruik voor een druggebruiker (bv. gezondheid, werk, wonen, sociaal netwerk)?
- Zijn er, volgens u, groepen die omwille van hun specifieke situatie extra kans hebben om in de problemen te komen (bv. huisvesting, werksituatie, gezondheidsproblemen)? Bv. ex-gedetineerden?
- In welke mate geven de gebruikers met wie u contact heeft aan dat ze gezondheidsrisico's kenden?
- Wat zijn volgens u de voornaamste problemen als gevolg van druggebruik? (bv. lichamelijke problemen (infectieziekten), sociale problemen (werk, wonen, sociaal netwerk), psychische problemen (depressie, schizofrenie).
- Wat is uw indruk van de gezondheidstoestand van de gebruikers?
  - o Welke lichamelijke klachten/ psychische klachten zijn er?
  - o Wat is het meeste acute gezondheidsprobleem onder de druggebruikers? Is dit veranderd het laatste jaar?
  - o Welke groep loopt het grootste risico op lichamelijke en psychische klachten?
  - o Zie je verschillen qua risico tussen GHB/cocaïne/speed als hoofdrug?
- Hoe zou u de woonsituatie van de meeste druggebruikers omschrijven? In welke mate komt dakloosheid voor? Is daar een evolutie in? Waarop baseert u zich?
- Hoe zou u de werksituatie van de meeste druggebruikers omschrijven? In welke mate komt dakloosheid voor? Is daar een evolutie in? Waarop baseert u zich?

### THEMA 4: MARKT en AANBOD

Kennis over de markt is essentieel voor het begrijpen van trends. De beschikbaarheid, de kwaliteit en de prijs van de producten hebben een impact op de hoeveelheid en de wijze van consumptie.

- Kunt u inschatten hoe makkelijk GHB, speed en cocaïne te verkrijgen is?

- In welke mate heeft u zicht op de verschillende manieren **waarop** het kan worden verkregen? (bv. bij mensen thuis, dealers die zelf komen aanbieden, zelf maken)?
- In welke mate heeft u zicht op de prijs en kwaliteit van GHB, speed en cocaïne?
- Zijn er het laatste jaar verschuivingen opgetreden van plaatsen waar drugs wordt verkocht of gebruikt?

#### THEMA 5: HULPBEHOEFTE- en AANBOD

Zoals werd aangegeven komt een deel druggebruikers in de hulpverlening terecht en een deel niet (d.i. de 'verborgen' populatie of '*hidden population*'). Deze vragen hebben betrekking op die 'verborgen' populatie. Meer specifiek willen deze vragen achterhalen hoe het komt dat een deel druggebruikers geen toegang heeft tot het (drug)hulpaanbod en wat mogelijke oplossingen hiervoor zijn.

- Beoordeling hulpaanbod drughulpverlening en signaleren van hiaten
- Beoordeling hulpverlening op vlak van wonen en werken
- Algemeen:
  - Is er volgens u voldoende hulp op vlak van wonen, werken of maatschappelijke dienstverlening?
  - Specifiek: Wat denkt u over het huidige aanbod van de drughulpverlening?
    - o Is dit volgens u voldoende toegankelijk voor elke druggebruiker?
    - o Kan iedereen met een hulpvraag ergens terecht? Wie kan er volgens u juist niet/wel terecht en waarom?
    - o Zijn er (het laatste jaar) veranderingen opgetreden?
- Beoordeling hulpverlening:
  - o Met welke vragen gaan mensen naar de hulpverlening?
  - o In welke mate was de hulpverlening afgestemd op specifiek product (GHB/cocaïne/speed)?
  - o Hoe verloopt de doorverwijzing?
  - o In welke mate worden familie/vrienden betrokken?
- Best mogelijke aanpak:
  - o Komt het beleid volgens u voldoende tussen op deze levensgebieden? Zo ja, waaraan denkt u dan?
  - o Wat zou de best mogelijke vorm van drughulpverlening zijn? Waarom?

- Op welke manier kan het bestaande hulpverleningsaanbod volgens gebruikers het best aangepast worden zodat het beter zou overeenstemmen met hun specifieke hulpvraag?

## THEMA 6: ACTUELE SITUATIE

Dit thema wil achterhalen wat de impact is van actuele ontwikkelingen (bv. beleidsbeslissingen) en de specificiteit van Turnhout als een grensstad is op de drugscene. Niet enkel druggebruikers maar ook het drugwerkveld zal deze veranderingen meer dan waarschijnlijk gewaar worden. Daarnaast is een vraag naar aanbevelingen belangrijk om te weten te komen wat *sleutelfiguren* nodig achten met oog op de toekomst.

- Politionele acties:
  - Welke?
  - Invloed op de gebruikssetting/verkoopssetting?
  - Wegvallen bepaalde locaties voor gebruik/verkoop?
  - Invloed op prijs/beschikbaarheid/kwaliteit?
- Feit dat Turnhout een grensstad is: invloed op de gebruiks/verkoopssetting? Beschikbaarheid? Woonsituatie? Werksituatie druggebruikers?
- Wat acht u in de toekomst noodzakelijk te Turnhout op vlak van druggebruik? Wat ontbreekt er? Hebt u aanbevelingen?
- Zijn er volgens u nog andere belangrijke aspecten met betrekking tot de lokale drugssituatie die nog niet aan bod zijn gekomen?



## 8.4 Prioriteitsbepaling: scores

### Beleidsaanbevelingen Drugmonitor Turnhout: prioriteitsbepaling

**Naam organisatie:** justitiehuis, CGG en Meander, CAW (straathoekwerk, drughulp, JWW, CAW), MSOC, Arktos, Joke Sannen, preventiedienst Stad Turnhout, parket, OCMW, Cirkant

Gelieve in de meest linkse kolom, tien noden die voor uw organisatie als prioritair zijn te scoren, waarbij de waarde 10 de grootste prioriteit is, 9 de tweede prioriteit, enzovoort. Elke waarde kan slechts éénmaal worden ingevuld!

Geef vervolgens bij deze tien prioritaire noden aan welke obstakels er zich volgens u of uw organisatie eventueel kunnen voordoen bij de praktische implementatie (meerdere mogelijk). De mogelijkheden zijn:

- POLitieke problemen: onvoldoende politiek draagvlak
- PROfessionele problemen: aanvaarding door professionelen in het veld
- WETtelijke problemen: wettelijk gezien moeilijk te implementeren
- FINanciële problemen: financiële kosten, gebrek aan financiële middelen
- ETHische problemen: ethische overwegingen

Geef tot slot in de uiterst rechtse kolom aan wie binnen uw organisatie bij het uitwerken van deze noden eventueel een voortrekkersrol wenst op te nemen. Indien iemand dit wenst te doen, gelieve de naam van deze persoon in het vakje te schrijven. Indien u het vakje leeg laat, betekent dit dat u of uw organisatie bij het uitwerken van deze aanbeveling geen voortrekkersrol wenst op te nemen.

*CGG en Meander geven een score 10 voor het blijven bestaan en uitbreiden van de bestaande ambulante drughulpverlening.*

Totaal	Score	Noden	pol	pro	wet	fin	eth	vt
69	7, 10, 5, 10, 7,10,10, 10	Investeren in de uitbouw van een residentieel centrum voor de opvang van druggebruikers binnen de regio de Kempen	x			xxxxx		

Totaal	Score	Noden	pol	pro	wet	fin	eth	vt
42	9,1,9 9,9,5	Uitbreiden capaciteit outreachwerkers om zo meer te kunnen inzetten op outreachende initiatieven vanuit de (drug)hulpverlening naar gebruikers toe				xxxxx		MSOC
34	2,6,7 6,1,8,4	Structuur uitwerken om structureel ambulante nazorg te voorzien na een residentiële opname in de drughulpverlening				xx		MSOC
33	8, 9, 2, 10,2,2	Investeren in de uitbouw van een residentieel centrum voor druggebruikers met een psychiatrische problematiek in de regio de Kempen	xx			xxxx		
32	10,6,7,9	Meer inzetten op specifieke preventie bij maatschappelijk kwetsbare groepen minderjarige druggebruikers				x		weerbaarheidsateliers Arktos
28	1,7,2,9,9	Investeren in het uitwerken van casemanagement vanuit de drughulpverlening om te zorgen voor een trajectbegeleiding op maat van druggebruikers		xx			x	
27	6,3,8,10	Investeren in de uitbouw van een apart laagdrempelig inloopcentrum waar druggebruikers aan een zinvolle dagbesteding kunnen werken, samen met een vrijblijvend hulp- en dienstverleningsaanbod (+ vrije tijdsbesteding)				xxxx		
27	10,8,5 4	In het leven roepen van een dagcentrum waar druggebruikers op een laagdrempelige manier in contact komen met ambulante (drug)hulpverlening	xx	xxx		xxx		
26	8,4,9 5	Meer investeren in uitbouw Centraal Aanmeldingspunt in de gevangenis zodat beklaagden sneller aansluiting naar drughulpverlening vinden	xxxx			xxxx		
21	5,6,6,4	Investeren in versterking van de aanwezigheid van vertrouwenspersonen voor druggebruikers (i.c. Drughulp Eerstelij, straathoekwerk)					xx	

Totaal	Score	Noden	pol	pro	wet	fin	eth	vt
17	5,5,7	Inzetten op meer samenwerking en coördinatie op beleidsniveau tussen alle sectoren die betrokken zijn bij de begeleiding van druggebruikers om een versnippering van lokale initiatieven te beperken en te voorkomen		x	x		x	voor GGZ via netwerk?
17	8,3,6	Meer inzetten op sociale preventie vanuit een structurele samenwerking tussen de Drughulp Eerstelij, Leerprojecten Drugs en Arktos vzw						
17	4,6,5,2	Verder inzetten op het uitwerken van een structureel overlegorgaan tussen de aanwezige drughulpverleningsinstanties		x	x		x	
16	8,8	Structuur maken rond informatiedeling binnen de verschillende sectoren die met druggebruikers in contact komen (politie, justitie, (drug)hulpverlening)		x	x		x	justitiehuis / coördinator
15	9,6	In het leven roepen van een mobiele equipe psychiatrie die zich focust op thuisbegeleiding van druggebruikers met een psychiatrische aandoening die verdoken leven of die na hun ontslag uit een residentiële centrum verdere begeleiding nodig hebben, eventueel parallel met ambulante zorg.				x		uitbreiding mobiele equipes vanuit GGZ
10	2,8	Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de (drug)hulpverlening naar druggebruikers met een psychiatrische problematiek ('dubbeldiagnose')		x	x			
10	4,3,3	Inzetten van (ex)gebruikers als ervaringsdeskundigen binnen de drughulpverlening		xx		x		MSOC
9	7,2	Investeren in een laagdrempelige residentiële voorziening voor gebruikers, met nadruk eerder op opvang dan op therapie		x		xx		

Totaal	Score	Noden	pol	pro	wet	fin	eth	vt
8	2,6	Meer inzetten op het uitwerken van één gedeelde visie op druggebruik die door zowel de mensen op de werkvloer als het beleid wordt gedragen en ondertekend						
8	8	Verder stimuleren uitwerken art. 60 begeleiding naar werk						
8	8	Meer investeren in outreachend werken naar minderjarige, allochtone, vrouwelijke en/of geïntegreerde druggebruikers toe				x		
7	7	Uitbouw samenwerking en afstemming tussen de drughulpverlening en harm reduction initiatieven om te zorgen dat druggebruikers een betere kennis van alle hulpverleningssectoren hebben (zowel druggerelateerd als niet-druggerelateerd)						
7	7	Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de (drug)hulpverlening naar druggebruikers tijdens en na een detentie						Joke Sannen
7	4,3	Investeren in het creëren van een draagvlak bij zowel professionele actoren (i.c. (drug)hulpverleners – justitie en politie) als druggebruikers om, binnen de grenzen van het beroepsgeheim, via cliëntoverleg informatie over een specifieke cliënt uit te wisselen		x		x	x	justitiehuis / coördinator
7	7	Creëren van connectie tussen straathoekwerk en vertrouwensfiguren voor etnisch culturele minderheden als brugfunctie naar harm reduction en/of drughulpverlening					x	
6	3,3	Meer investeren in de samenwerking tussen Justitieel Welzijnswerk en (drug)hulpverlening in het creëren van zorgcontinuïteit na de gevangenis					x	MSOC

Totaal	Score	Noden	pol	pro	wet	fin	eth	vt
5	5	Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de (drug)hulpverlening naar minderjarige druggebruikers						
5	4,1	Investeren in het sociaal activeren van jonge druggebruikers via een activeringsproject						
5	5	Structurele samenwerking tussen politie en drughulpverlening uitwerken met respect voor het beroepsgeheim						
5	2,3	Samenwerking eerstelijns hulp met organisaties die op allochtone gemeenschappen focussen						
4	4	Meer inzetten op outreach in de gevangenis met focus op drugproblematiek in het kader van een uitbreiding van Drughulp Eerstelijns						Joke Sannen
4	4	Structuur creëren voor justitieel casemanagement, waarbij de trajectbegeleider uit de gevangenis de gedetineerden achteraf kan opvolgen en doorverwijzen						
3	3	Investeren in het mogelijk maken van psychiatrische consulten voor druggebruikers die op de wachtlijst staan bij De Meander						
3	3	Meer investeren in bewustwording bij huisartsen via informatiesessies zodat niet iedereen naar specifieke artsen (moet) worden verwezen						eventueel via preventiewerking Meander
1	1	Structuur uitwerken voor samenwerking met residentiële centra buiten de regio Turnhout die een case-by-case benadering overstijgt						
1	1	Meer inzetten op betrekken van hulpverleningsorganisaties in de gevangenis						
1	1	Investeren in het uitwerken van een structuur en inschakelen van ervaringsdeskundigen Verslaafdenzorg						

Totaal	Score	Noden	pol	pro	wet	fin	eth	vt
		binnen preventieprojecten						
1	1	Investeren in een laagdrempelige, vrijblijvende locatie waar gebruikers de kwaliteit van hun drugs kunnen laten testen						
1	1	Uitwerken standaardprotocol voor doorverwijzing drughulpverlening door politie					x	
		Meer inzetten op peer support projecten onder gebruikers binnen de harm reduction initiatieven						
		Inzetten op het begeleiden van druggebruikers bij het vinden van betaalbare huisvesting						
		Structuur creëren voor communicatie naar hulpverleners en druggebruikers toe, over de wachttijd tussen intake en de eigenlijke start van behandeling						
		Actief betrekken van en inspraak bieden aan (ex-)gebruikers bij het uitwerken van het lokale drugsbeleid						
		Investeren in aparte behandelingsmodaliteiten binnen de drughulpverlening voor GHB-verslaafden						
		Inzetten op meer aanwezigheid van drughulpverlening in de rechtbank binnen het concept drugbehandelingskamer, in samenspraak met drughulpverlening binnen en buiten Turnhout						
		Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de eerstelijns hulpverlening naar allochtone druggebruikers						
		Meer inzetten op het differentiëren van de focus van de (drug)hulpverlening naar vrouwelijke druggebruikers						
		Uitwerken structureel overleg rond uitwisseling expertise niet-druggerelateerde hulpverlening en druggerelateerde						

Totaal	Score	Noden	pol	pro	wet	fin	eth	vt
		hulpverlening						
		Investeren in intensieve woonbegeleiding van druggebruikers						
		Meer inzetten op het creëren van een bredere openheid bij spoeddiensten via informatiesessies bij opvang druggebruikers						
		Uitwerken standaardprotocol voor doorverwijzing drughulpverlening door spoeddiensten						
		In het leven roepen van netwerkdagen waar verschillende sectoren van hulpverlening, drughulpverlening, justitie, politie en zelfhulpgroepen expertise rond druggerelateerde thema's uitwisselen						
		In het leven roepen van een centraal aanspreekpunt dat minderjarige gebruikers begeleidt bij de overgang van de (drug)hulpverlening die men als minderjarige gebruikers krijgt naar de (drug)hulpverlening die werkt rond meerderjarige gebruikers						