

# De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal

FREYA VANDER LAENEN<sup>a</sup>

*Panopticon*, 37 (4), 275-289  
© 2016 Maklu | ISSN 0771-1409 | Juli 2016

<sup>a</sup> Hoofddocent, IRCP, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Universiteit Gent (Corresp.: Freya.vanderlaenen@ugent.be).

## ABSTRACT

### The devolution of drug treatment in Belgium

Following the sixth reform of Belgian state and government institutions, responsibility for important aspects of drug treatment policy has been transferred from the federal state to the regions. The specialised drug treatment services subsidised by the Belgian National Health Insurance Institute (day centres, crisis intervention centres, medical-social care centres and therapeutic communities) are henceforth a regional responsibility. In response to this development, a policy note on addiction 'recovery' in Flanders has been formulated. In this contribution we describe the current situation arising from these reforms alongside the concept of recovery and how this has been interpreted and incorporated into the policy options set out in the recent policy note. We conclude with reflections on the future challenges for (Flemish) drug treatment policy.

**Keywords:** State reform, recovery, drug treatment, mental health care

**Kernwoorden:** staatshervorming, herstel drughulpverlening, geestelijke gezondheidszorg

## INLEIDING: HERSTEL ALS CENTRAAL CONCEPT IN DE VERSLAVINGSZORG

Verslaving aan psychoactieve middelen wordt, net als heel wat geestelijke gezondheidsproblemen, beschouwd als een chronische en complexe problematiek. Herval is een realiteit bij verslaving (DENNIS *et al.*, 2005). Verslaving is daarenboven geassocieerd met ernstige moeilijkheden op verschillende levensdomeinen zoals een slechte gezondheid, een beperkt sociaal netwerk, werkloosheid, een moeilijke financiële situatie en, zeker in het geval van verslaving aan illegale drugs, contacten met politie en justitie (LAUDET & WHITE, 2010).

Jarenlang was abstinentie in de geestelijke gezondheidszorg en in de drughulpverlening de ultieme doelstelling van de verslavingszorg. Bovendien werd vooral gefocust op professionele interventies bij verslavingsproblemen. De laatste jaren wordt deze dominantie steeds meer in vraag gesteld. 'Herstel' wordt in toenemende mate de doelstelling van de verslavingszorg en van het verslavingszorgbeleid. De consensus groeit dat herstel een proces is, eerder dan een moment of een eindresultaat (BEST & LAUDET, 2010). Herstel in de verslavingszorg is echter een containerbegrip dat een verschillende invulling krijgt; in de zorg en in beleidsdocumenten. In de drugbeleidsnota van 2010 in het Verenigd Koninkrijk staat herstel centraal. Toch wordt herstel in de verslavingszorg vooral ingevuld als klinisch herstel, waarbij de focus blijft liggen op abstinentie (HM GOVERNMENT, 2010). Deze enge invulling krijgt daarom heel wat kritiek (zie bijv. MCKEGANY, 2014; NEALE *et al.*, 2015). In de Nederlandse

visienota op verslavingszorg van 2013 wordt herstel veeleer gezien als een complex concept dat uit vier dimensies bestaat (GGZ NEDERLAND, 2013). De Nederlandse visienota verwijst expliciet naar de conceptualisering van herstel door VAN DER STEL (2013). VAN DER STEL (2013) onderscheidt vier vormen van herstel: klinisch herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel. Klinisch herstel is het verminderen of het verdwijnen van symptomen (bij verslavingsproblematiek is dit laatste abstinentie). De interventie door de hulpverlening neemt hier een centrale plaats in. Functioneel herstel is het herstel van lichamelijke, psychische en sociale functies. Maatschappelijk herstel slaat op de verbetering van de positie van de persoon in de maatschappij (onder meer op het gebied van wonen, werk, inkomen en sociale relaties) en op de vermindering van stigma, discriminatie en sociale uitsluiting. Persoonlijk herstel tenslotte gaat om het greep krijgen op het eigen leven, het stellen van doelen, het vormen van een (nieuwe) identiteit en de oriëntatie op persoonlijke en in de gemeenschap belangrijk geachte waarden. Bij persoonlijk herstel speelt de persoon zelf een centrale rol.

Ondanks de verschillende invullingen die aan herstel worden gegeven, is de multi-dimensionale, breed ingevulde vorm van het begrip 'herstel' richtinggevend in de zorgvernieuwing. Deze brede invulling van herstel wordt in de literatuur omschreven als een paradigmashift (STOLLENGA, DE HAAN & DE GOEDE, 2013). Dit is een evolutie die heel wat kansen biedt. Ten eerste wordt de focus niet langer alleen gelegd op interventies door professionelen als de enige weg tot herstel. De focus op individuele motieven voor verandering van een persoon, ook los van interventies, vinden we ook terug in desistance-literatuur (Mc NEIL, 2012). De aandacht voor persoonlijk herstel geeft een plaats aan ervaringsdeskundigheid, naast professionele kennis en wetenschappelijke kennis (VAN DER STEL, 2013). Ten tweede worden de capaciteiten en mogelijkheden van een individu als het uitgangspunt genomen, veeleer dan zijn of haar tekortkomingen (AGA & VANDERPLASSCHEN, 2016). Ten derde laat de aandacht voor persoonlijk herstel, de invulling die de persoon zelf geeft aan zijn/haar herstel, ruimte voor die persoon om zelf doelstellingen te bepalen die voor hem/haar belangrijk zijn. Het focussen op wat voor mensen zelf belangrijk is in hun leven, is een aspect dat sterk aansluit bij het Good Lives Model dat door Tony WARD werd ontwikkeld (WARD & BROWN, 2004). Deze elementen zorgen ervoor dat herstel past binnen een sterktegerichte benadering. Voor druggebruikers die in contact komen met politie en justitie vormt de brede invulling van herstel een noodzakelijke aanvulling op een op risico's gerichte benadering die (louter) vanuit een Risk-Need-Responsivity-model vertrekt (VAN DER BEKEN *et al.*, 2016).

Ook in Vlaanderen staat herstel centraal in de recente '*Visienotie: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met verslavingsprobleem*' (VANDEURZEN, 2015). Deze visienota is ontwikkeld door een groep experts uit de gespecialiseerde drughulpverlening en uit de geestelijke gezondheidszorg. De aanleiding voor het ontwikkelen ervan is de communautarisering van de gespecialiseerde drughulpverlening van het federale naar het Vlaamse niveau. In deze visienota worden de belangrijkste uitgangspunten voor de verslavingszorg in Vlaanderen voor de komende jaren besproken. De vraag is of deze visienota aansluit bij het brede herstelconcept zoals het hierboven werd beschreven.

Deze bijdrage bestaat uit drie delen. In het eerste deel wordt een technische beschrijving gegeven van de communautarisering van de drughulpverlening. In het tweede deel wordt de Vlaamse visienota rond herstelgerichte verslavingszorg tegen het licht gehouden van de hierboven beschreven evoluties rond het herstelgerichte denken. In het laatste deel worden de belangrijkste uitdagingen voor het drughulpverleningsbeleid besproken.

## 1. DE COMMUNAUTARISERING VAN DE DRUGHULPVERLENING

In dit deel wordt ingegaan op de communautarisering van de drughulpverlening: welke vormen van drughulpverlening zijn nu de bevoegdheid van de Vlaamse gemeenschap? Omdat problematische druggebruikers in Vlaanderen ook in de geestelijke gezondheidszorg worden geholpen, wordt stilgestaan bij de communautarisering van de geestelijke gezondheidszorg. Tenslotte wordt in dit deel aandacht besteed aan wie bevoegd is voor de hulpverlening aan druggebruikers die zijn doorverwezen door politie of justitie of die gedetineerd zijn.

### 1.1. Het beleids- en juridisch kader

Het institutioneel akkoord rond de zesde staatshervorming van 11 oktober 2011 hevelde een aantal bevoegdheden rond de drughulpverlening over van het federale niveau naar de gemeenschappen. Het institutioneel akkoord bepaalt dat revalidatieovereenkomsten voor verslaafden overgeheveld worden naar de gemeenschappen. Daarenboven worden delen van de geestelijke gezondheidszorg naar de gemeenschappen overgeheveld, met name de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen (FEDERALE REGERING, 2011).

Deze overheveling wordt beschreven in artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 2014 rond tot de zesde staatshervorming.<sup>1</sup>

De communautarisering van de drughulpverlening is nog niet afgerond (cf. *infra*). Sommige onderdelen zijn begin 2016 reeds volledig afgerond, voor andere, belangrijke, delen bevinden we ons nog in een overgangperiode die pas tegen 31 december 2017 zal zijn afgerond. Om de overgangperiode op het vlak van de volksgezondheid en de gezondheidszorg te regelen werd op 15 mei 2014 een protocol ondertekend tussen de federale overheid en de deelstaten (hierna Overgangsprotocol).<sup>2</sup>

### 1.2. Gespecialiseerde drughulpverlening met een RIZIV-conventie Vlaamse bevoegdheid

Het belangrijkste stuk van de communautarisering voor de gespecialiseerde drughulpverlening is de overdracht naar Vlaanderen van de bevoegdheden van de centra met een RIZIV-conventie verslaafden (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) (art. 5, §1, I, 5° BWHI). Alle organisaties binnen de drughulpverlening met een RIZIV-conventie worden hierdoor Vlaamse bevoegdheid. Het gaat concreet om de gespecialiseerde dagcentra, de medisch-sociale opvangcentra, de crisisinterventiecentra en de therapeutische gemeenschappen.

Van 1 juli 2014 tot 31 december 2017 geldt een overgangperiode. Het federale niveau blijft instaan voor de financiering en het beheer van de conventies (OVERGANGSPROTOCOL, 2014). De Vlaamse gemeenschap heeft wel al vertegenwoordigers in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en in het College van Geneesheren Directeurs van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

<sup>1</sup> Bijzondere wet 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, BS 31 januari 2014. Dit artikel wijzigt art. 5§1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen (BWHI) op het onderdeel gezondheidsbeleid.

<sup>2</sup> Daaraan werd op 19 oktober 2015 een aanhangsel toegevoegd waarin de overgangperiode van het patiëntenoverleg, tabaksontwenning en de eerstelijnszorg, geïntegreerde diensten voor thuisverzorging verlengd werd van 31 december 2015 tot 31 december 2017. Opvallend genoeg is het belangrijke overgangsprotocol online niet terug te vinden, het aanhangsel is dat wel.

In het overgangsprotocol wordt eveneens de transitie geregeld van een registratieproject dat belangrijk is voor de drughulpverlening: de Treatment Demand Indicator (TDI). Het doel van de TDI is het in kaart brengen van het aantal en het profiel van nieuwe cliënten in de (drug)hulpverlening in functie van zorg op maat. De verwerking gebeurt door het federale Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Ook voor de TDI loopt de overgangsperiode van 1 juli 2014 tot 31 december 2017 (OVERGANGSPROTOCOL, 2014). Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid zal deze verwerking blijven uitvoeren, tot de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid met de deelstaten afspreekt dat de deelstaten zelf de TDI-registratie zullen opnemen (OVERGANGSPROTOCOL, 2014).

### 1.3. Geestelijke gezondheidszorg deel Vlaams, deels Federaal

Drughulpverlening wordt niet enkel aangeboden in gespecialiseerde drughulpverleningsvoorzieningen, maar ook in psychiatrische (afdelingen van algemene) ziekenhuizen. Bovendien verblijven een aantal druggebruikers in een psychiatrisch verzorgingstehuis of in een initiatief beschut wonen.<sup>3</sup> Daarom wordt stilgestaan bij de belangrijkste wijzigingen voor de geestelijke gezondheidszorg na de staatshervorming.

Delen van de geestelijke gezondheidszorg worden gecommunautariseerd. Ten eerste worden de gemeenschappen bevoegd om de *erkenning*snormen te definiëren waaraan de (psychiatrische) ziekenhuizen moeten beantwoorden (art. 5, §1, I, 1° BWHI). De Vlaamse gemeenschap was al bevoegd voor de erkenning en inspectie van ziekenhuizen. De federale overheid blijft bevoegd voor het grootste deel van de financiering van de ziekenhuizen, en wel voor die delen van de *financiering* die via de ziekte- en invaliditeitsverzekering verlopen (VAN NIEUWENHOVE, 2014).

Ten tweede wordt de Vlaamse gemeenschap volledig bevoegd voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen (art. 5, §1, I, 2° BWHI). Van 1 juli 2014 tot 31 december 2017 geldt ook hier een overgangsperiode. In deze periode staat de continuïteit van de zorg centraal en blijven de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, 'in nauwe betrokkenheid met de deelstaten' (OVERGANGSPROTOCOL, 2014: 67; 75) hun werk verder zetten.<sup>4</sup>

Tenslotte zijn de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg sinds januari 2015 volledig naar de deelstaten overgeheveld. Deze overlegplatforms hebben de opdracht de samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg te stimuleren en de ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg te organiseren.<sup>5</sup> Om de werking van de overlegplatforms te continueren, werden convenanten afgesloten met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Deze convenanten lopen van 1 januari 2015 tot 31 december 2016. Het is de bedoeling dat de Vlaamse overheid tegen eind 2016 een eigen visie en kader voor de toekomstige rol en opdracht van de platforms ontwikkelt.

Het lijkt eenvoudig te zijn, Vlaanderen wordt volledig bevoegd voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen en voor de erkenningnormen van

<sup>3</sup> Een PVT biedt begeleiding en verzorging aan mensen met langdurige en gestabiliseerde psychische problemen. Beschut wonen is een woonvorm voor mensen met psychiatrische problemen die geen ziekenhuisbehandeling meer nodig hebben.

<sup>4</sup> Niet onbelangrijk hierbij is dat de overeenkomsten rond geïnterneerden die in een PVT of een IBW verblijven federale bevoegdheid blijven (OVERGANGSPROTOCOL, 2014). Hoe voor geïnterneerden en andere patiënten in een PVT of een IBW een eenvormig beleid zal ontwikkeld worden, valt nog af te wachten.

<sup>5</sup> De juridische basis voor de overlegplatforms is het KB 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, BS 26 juli 1990.

Binnen de overlegplatforms wordt overleg georganiseerd tussen psychiatrische zorgvoorzieningen en voorzieningen met een RIZIV-conventie met een specifiek aanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg (waaronder drugspecifieke voorzieningen).

de (psychiatrische) ziekenhuizen. Over art. 5, §1, I, 1° BWHI is echter al heel wat inkt gevloeid (zie voor meer informatie over de technische onduidelijkheden: HANNES, 2014; VAN NIEUWENHOVE, 2014). Bovendien zal heel wat overleg noodzakelijk blijven tussen het federale en het Vlaamse niveau, zeker wanneer het om de financiering gaat. Twee voorbeelden kunnen dit illustreren. Ten eerst mag een aanpassing van de erkenningsnormen op Vlaams niveau geen negatieve impact hebben op het federale budget. Daardoor moet elk wetgevend initiatief van de Vlaamse overheid aan het Rekenhof worden voorgelegd, net om na te gaan wat de financiële gevolgen hiervan zijn op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid (HANNES, 2014). Wanneer blijkt dat een initiatief van een gemeenschap een negatieve impact heeft op het federale budget, dan moet de federale minister van Volksgezondheid zijn/haar akkoord geven (VAN NIEUWENHOVE, 2014).

Een tweede voorbeeld is te situeren binnen de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. De gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg wordt immers uitgebouwd en het residentiële GGZ-aanbod wordt afgebouwd. Dit gebeurt via de reconversie van bedden naar een niet residentieel gedifferentieerd zorgaanbod (<http://www.psy107.be>). Dit proces wordt geregeld in het zogenaamde 'artikel 107'.<sup>6</sup> Opvallend is dat net de artikel 107-projecten niet zijn overgedragen aan de gemeenschappen (HANNES, 2014). Hierdoor zal de bevoegde Vlaamse minister, die van de vermaatschappelijking van de (geestelijke gezondheids)zorg een speerpunt van zijn beleid heeft gemaakt (VLAAMS PARLEMENT, 2015), afhankelijk blijven van de federale overheid om dit beleid ook te kunnen waarmaken.

#### **1.4. Justitiecliënten: wie is bevoegd?**

De drugsector is een sector die gekenmerkt wordt door een versnipperde financiering en door financiering op projectbasis (VAD, 2014).<sup>7</sup> Dat is zeker het geval voor de financiering van drughulpverlening aan druggebruikers die zijn doorverwezen vanuit justitie op de verschillende echelons van de strafrechtsbedeling. Deze vormen van drughulpverlening zijn echter niet gecommunautariseerd. De onduidelijkheid en onzekerheid over hun voortbestaan is dan ook groot in de drugsector. Dit wordt duidelijk bij de bespreking van de gerechtelijke alternatieve maatregelen en de drughulpverlening in de gevangenis.

#### *Gerechtelijke Alternatieve Maatregelen*

Voor justitiecliënten die worden doorverwezen vanuit justitie naar de drughulpverlening bestaan specifieke financieringskanalen op de verschillende echelons van de strafrechtsbedeling. Hieronder vallen de Nationale en de Globale Plan projecten. De zogenaamde 'betoolagde opdrachten' (projecten binnen het Nationaal Plan, zoals Slachtoffer in Beeld, Dader in Zicht, Leerproject daders seksueel geweld en Sugnomé) worden overgeheveld van Justitie naar de gemeenschappen (FEDERALE REGERING, 2011). Geen van deze projecten richt zich echter specifiek naar druggebruikers. Anders is het voor de Globaal Plan projecten. Hierbij financiert Justitie sinds 1996 een aantal projecten die zich exclusief richten naar drugge-

<sup>6</sup> Gecoördineerde wet 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008.

<sup>7</sup> Hierbij dient aangestipt dat de financiële druk op een aantal initiatieven rond drugpreventie, drughulpverlening en schadebeperking de laatste jaren is toegenomen vanuit een accentverschuiving binnen de strategische veiligheids- en preventieplannen (SVPP). Via de SVPP werden steden en gemeenten gesubsidieerd voor projecten rond drugpreventie, (laagdrempelige) drughulpverlening en schadebeperking. In 2013 bepaalde een ministeriële omzendbrief echter expliciet dat deze plannen zich vanaf 1 januari 2014 exclusief dienden te richten op criminaliteitspreventie en de aanpak van overlast. Het gevolg is een verlies aan subsidies voor een aantal initiatieven, voor zover de steden of gemeenten de subsidiëring niet hebben overgenomen (VANDER LAENEN, 2014).

bruikers die in contact komen met justitie. Hiermee wordt personeel aangeworven in de drughulpverlening. Deze projecten blijven echter federale materie (VVBV, 2013). Hetzelfde geldt voor het project de drugbehandelingskamer in Gent; ook dit wordt gefinancierd (buiten het GAM-kader), alvast tot eind november 2016, door justitie. Deze projecten worden uitgevoerd in de drughulpverleningsorganisaties met een RIZIV-conventie. Daarom zou het logisch geweest zijn mochten ook deze projecten overgeheveld zijn naar de gemeenschappen. Een bijkomend argument daarvoor is dat de controle op alternatieve straffen en maatregelen, via de communautarisering van de justitiehuisen, ook werd overgeheveld (FEDERALE REGERING, 2011). Dit had de mogelijkheid gegeven om de onzekere financiering van deze projecten, die al jaren wordt aangeklaagd (VAD, 2014; VVBV, 2013), structureel te verankeren en het beleid van drughulpverlening onder druk van justitie te stroomlijnen binnen het Vlaamse drugbeleid.

### *Drughulpverlening in de gevangenis*

Hetzelfde geldt voor de centrale aanmeldingspunten drugs (CAP) in de gevangenissen. Sinds 2011 financiert justitie deze projecten in bijna alle Vlaamse gevangenissen. Ook de CAP-werking werd niet overgedragen naar de gemeenschappen. De FOD justitie gaf reeds te kennen dat zij, gezien de budgettaire krapte, niet langer bereid zijn de financiering van de CAP te dragen. Officieel luidt het dat Vlaanderen geen budgettaire ruimte heeft om de subsidiëring van de CAP over te nemen. De Vlaamse gemeenschap is nochtans bevoegd voor de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Daarom zou het beleidsmatig logisch zijn mochten ook de CAP onder de bevoegdheid van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vallen.

Meer fundamenteel is van een uitgebouwde drughulpverlening in de gevangenissen geen sprake (VANHEX *et al.*, 2014). De noodzaak van een betere organisatie van de drughulpverlening in de gevangenis is opgenomen in de beleidsnota sociale zaken en gezondheidszorg van de federale minister van Volksgezondheid (BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS, 2015).<sup>8</sup> In het Vlaams Strategisch Plan Hulp- en Dienstverlening aan gedetineerden 2015-2020 (STRAP) zijn niet toevallig drie (van de 20) prioriteiten gericht op de drugproblematiek in detentie.<sup>9</sup> Het ligt voor de hand dat de Vlaamse gemeenschap financieel zal moeten investeren in drughulpverlening in de gevangenis. Men kan moeilijk verwachten dat de reguliere (gespecialiseerde) hulpverlening, bovenop de bestaande opdrachten, de drughulpverlening in de gevangenis opneemt. De vrees werd reeds geuit dat de nu al overbevraagde centra voor geestelijke gezondheidszorg zullen ingezet worden om ook voor deze problematiek hulpverlening te voorzien (CLAES & BROSENS, 2015).

<sup>8</sup> Deze nota vermeldt dat de resultaten van een onderzoek voor het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg naar de (financiering van de) penitentiaire gezondheidszorg worden afgewacht (voorzien tegen eind 2016), en dat zolang vanuit volksgezondheid 'nog geen stappen genomen zullen worden' (BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS, 2015: 56).

<sup>9</sup> Twee prioriteiten zijn direct gelinkt aan de communautarisering. Zo wordt bepaald dat de Vlaamse administratie op bovenlokaal niveau in kaart zal brengen welke mogelijkheden zich aandienen door de overheveling van bevoegdheden rond de gespecialiseerde drughulpverlening en rond delen van de geestelijke gezondheidszorg voor een toekomstig drugbeleid in de gevangenis en een post-penitentiair beleid. Hoe de financiering zal verlopen wordt niet concreet gemaakt (VLAAMSE REGERING, 2015). Een concreter actiepoint is het 'streven naar continuïteit van de zorg'; zij het dat dit actiepoint enkel geldt voor kortgestraften die al gekend zijn in de drughulpverlening en dat de realisatie ervan pas tegen eind 2020 is voorzien.



## 2. DE VLAAMSE VISIENOTA HERSTELGERICHTE VERSLAVINGSZORG

Elk aspect van de drughulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg dat de bevoegdheid geworden is van de Vlaamse gemeenschap valt binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het is de bevoegdheid van één Minister, de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Minister VANDEURZEN is zo niet alleen bevoegd voor preventie en gezondheidspromotie, maar ook voor detectie, vroeghulp, hulpverlening en schadebeperking. Deze keuze kan alleen maar toegejuicht worden omdat dit toelaat een duidelijke visie en een geïntegreerd Vlaams beleid te ontwikkelen.

In dit deel wordt dan ook de inhoud van de Vlaamse visienota herstelgerichte verslavingszorg van eind 2015 tegen het licht gehouden van de evoluties rond het herstelgerichte denken uit de inleiding. Bevat deze visienota inderdaad de bouwstenen voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg?

### 2.1. De concrete aanleiding voor de visienota

In het Groenboek staats hervorming<sup>10</sup> van de Vlaamse Regering stond de optie om, bij de communautarisering, de gespecialiseerde drughulpverlening 'te integreren' in de geestelijke gezondheidszorg (VLAAMSE REGERING, 2013). Deze optie zorgde voor onrust en discussie binnen de drughulpverlening en tussen de gespecialiseerde drughulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg. Het grootste deel van de gespecialiseerde drughulpverlening wenste haar autonomie, onafhankelijk van de geestelijke gezondheidszorg, te behouden en te benadrukken (VAD, 2014). Een aantal belangrijke actoren wenste zich toch in te schakelen in de geestelijke gezondheidszorg (ZORNET VLAANDEREN, 2014). Om uit deze impasse te raken, nam minister VANDEURZEN een strategische beslissing. De minister bracht in de zomer van 2015 immers een groep experts samen uit de gespecialiseerde drughulpverlening én de geestelijke gezondheidszorg om,<sup>11</sup> onder begeleiding van een extern bedrijf, een visienota op de verslavingszorg te ontwikkelen. De politieke keuze om de gespecialiseerde verslavingszorg 'te integreren' in de brede geestelijke gezondheidszorg was een gegevenheid die de minister van bij de start van de expertgroep expliciet stelde.

### 2.2. De visienota getoetst aan het concept 'herstel'

In de visienota staat 'herstel' zonder twijfel centraal. Positief is dat herstel een brede invulling krijgt en niet beperkt blijft tot klinisch herstel (gericht op de reductie van symptomen). Aandacht gaat naar de vier dimensies van herstel; naast klinisch herstel zijn functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel van belang. Hiermee wordt impliciet verwezen naar de conceptualisering van herstel van VAN DER STEL (2013). Het is echter een gemiste kans dat in de *definitie* van herstel in de nota, herstel toch wordt verengd tot een 'individueel proces' en tot persoonlijk herstel. Een (te) sterke focus op persoonlijk herstel is immers niet zonder gevaar. Persoonlijk herstel wordt door sommige auteurs gezien als '*de belangrijkste motor die andere vormen van herstel verbindt en laat interageren*' (AGA & VANDERPLASSCHEN, 2016: 154). Dit houdt een gevaar in dat de focus van de zorg en het beleid eenzijdig blijft liggen op het individuele niveau en op de individuele verantwoordelijkheid om te veranderen. VAN DER STEL (2013) stelt dan ook terecht dat de vier dimensies van herstel aspecten zijn die elkaar

<sup>10</sup> Het groenboek was een reflectie- en consultatiedocument met mogelijke beleidsopties naar aanleiding van de zesde staats hervorming.

<sup>11</sup> De groep bestond daarnaast uit vertegenwoordigers van belendende sectoren (zoals jeugdhulp, justitiehuisen, welzijn), gestabiliseerde verslaafden, familievertegenwoordigers en academici.

versterken en niet in een dwingende volgorde staan (de ene vorm van herstel hoeft niet gerealiseerd te zijn voor de andere vorm kan worden ingezet). Een te sterke focus op persoonlijk herstel leidt tenslotte tot het gevaar dat het belang van maatschappelijk herstel naar de achtergrond verdwijnt. Nochtans worden problematische druggebruikers en zeker druggebruikers die in contact zijn gekomen met politie en justitie, geconfronteerd met stigma en uitsluiting. In de niet gespecialiseerde zorg vormt (de perceptie van) 'het ontbreken van motivatie' bij een doorverwijzing vanuit politie en justitie nog steeds een drempel voor zorg (VANDERPLASSCHEN & VANDER LAENEN, 2011). Bovendien worden zeker druggebruikers met een strafblad en druggebruikers die gedetineerd waren, geconfronteerd met stigma en maatschappelijke uitsluiting op het vlak van werk, huisvesting, sociale relaties, ... Daarom dient een geïntegreerd beleid naar druggebruikers evenzeer gericht te zijn op sociale inclusie en op de aanpak van structurele barrières die leiden tot stigmatisering en discriminatie (SUMNALL & BROTHERHOOD, 2012; COLMAN & VANDER LAENEN, 2013).

De visienota trekt expliciet de kaart van de ervaringsdeskundigheid. Dit sluit aan bij een op sterktes gerichte benadering. De nota stelt zelfs expliciet *'Om de kwaliteit van zorg te garanderen, moet de verslavingszorg uitgaan van drie kennisbronnen: wetenschappelijke kennis (...), praktijkkennis van de zorgverlener én ervaringskennis van personen met een verslavingsprobleem en mensen uit hun omgeving.'* (VANDEURZEN, 2015: 12). Toch vragen wij ons, net als VAN DER STEL (2013), af wat de verhouding is tussen deze ervaringskennis en de professionele kennis en *'in hoeverre ervaringskennis er eigenlijk toe doet in het licht van de 'almachtige' wetenschappelijke kennis'* (VAN DER STEL, 2013: 9), zeker wanneer die ervaringskennis ingaat tegen de professionele of wetenschappelijke kennis. Uit onderzoek blijkt immers dat het professionele perspectief en de noden die de professionelen voorop stellen, niet steeds overeenstemmen met deze van de druggebruikers (DE MAEYER, DEKKERS, & VANDERPLASSCHEN, 2012; NEALE *et al.*, 2015).

Het is positief dat de doelstelling van herstel ingevuld wordt als een continuüm met verschillende streefdoelen, waarbij abstinentie niet de enige (zaligmakende) doelstelling is. Ook *'gecontroleerd of verminderd gebruik, of verminderen van de schadelijke gevolgen voor de persoon met een verslavingsprobleem en/of zijn omgeving'* passen binnen het continuüm (VANDEURZEN, 2015: 9-10). Kwaliteit van leven wordt hierbij expliciet genoemd. Toch past ook hier een kanttekening: de jarenlange beperkte financiering van schadebeperking mag er niet toe leiden dat in de feiten schadebeperking in Vlaanderen ook in de toekomst beperkt blijft tot spuitenuitruil en peer support in het uitgaansleven. Uit onderzoek in de stad Gent bijvoorbeeld blijkt dat zowel professionelen als druggebruikers het installeren van een gebruikersruimte als prioritair zien (VANDER LAENEN, FAVRIL & DECORTE, 2016).

Ook in de geestelijke gezondheidszorg neemt een brede invulling van herstel steeds meer een centrale plaats in. In die zin is de aansluiting van de Vlaamse verslavingszorg bij de geestelijke gezondheidszorg, nu meer dan vroeger, een logische stap. Deze aansluiting wordt door een deel van de categoriale zorg, wellicht terecht, met argwaan bekeken omdat men vreest dat dit zal leiden tot het opslorpen van die gespecialiseerde zorg door de geestelijke gezondheidszorg en tot het vergroten van de zorgdrempels voor (gemarginaliseerde) illegale druggebruikers. Uit de discussie en de nota is duidelijk geworden dat dit expliciet niet de bedoeling is, en deze aansluiting mee als betrachting heeft (naast een rationalisering van het zorgaanbod) de toegankelijkheid van de reguliere welzijns- en zorgsector te vergroten. De minister zelf ziet deze toegankelijkheid – terecht – als één van de centrale doelstellingen: *'toegankelijkheid veronderstelt ook dat alle medische zorglijnen, alle zorginstellingen en alle instellingen voor maatschappelijke dienstverlening openstaan voor mensen met een verslavingsprobleem en hun omgeving'* (COMMISSIE WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN, 15/12/2015). De



minister erkent dat verslavingsproblemen nog vaak een exclusie criterium vormen in het reguliere aanbod en net dat probleem wil hij aanpakken.

Eén belangrijk element dat ontbreekt in de visienota is de link tussen de verslavingszorg voor (illegale) druggebruikers en justitie (hoewel deze link wel in het ontwerp was opgenomen). Justitie wordt enkel nog als één van de 'belende sectoren' benoemd. Dit is een gemiste kans, net omdat justitie steeds meer druggebruikers doorverwijst naar de drughulpverlening. Opvallend genoeg benadrukt de minister zelf het belang van de samenwerking tussen de drughulpverlening en justitie (onder meer in zijn Beleidsbrief 2015-2016 (VLAAMS PARLEMENT, 2015) en tijdens het Gentse Drugscongres eind 2015).<sup>12</sup> Het concept herstel bij cliënten die vanuit politie of justitie zijn doorverwezen naar de hulpverlening kan immers niet zonder meer gelijk gesteld worden aan herstel in de algemene geestelijke gezondheidszorg. De herstelvisie in de algemene geestelijke gezondheidszorg is gericht op het leiden van een bevredigend, hoopvol leven, en op de zoektocht naar positieve elementen die een meerwaarde betekenen voor het individu. Persoonlijk herstel krijgt hierbij een centrale plaats. Bij druggebruikers van illegale drugs die in contact zijn gekomen met politie en justitie spelen echter niet alleen persoonlijke doelstellingen een rol. Voor deze druggebruikers, en bij uitbreiding voor alle justitiabelen, is herstel immers zowel een sociaal als een persoonlijk project (NcNEIL, 2012).

Bovendien is de gespecialiseerde drughulpverlening er, door een jarenlange ervaring in het werken met justitiecliënten, in geslaagd om een evenwichtige relatie uit te bouwen met de justitiële actoren, met duidelijkheid over de rollen en doelstellingen voor elke actor. Deze evenwichtige verhouding komt ook tot uiting in de afspraken rond informatie-uitwisseling en het beroepsgeheim. In de drughulpverlening heeft men hierover als sector een heldere visietekst uitgewerkt (VAD, 2012). Zeker in het licht van de toenemende druk op de hulpverleningssector om zich in te schakelen in vooral maatschappelijk relevante doelstellingen, kan de *modus vivendi* in de drughulpverlening tot inspiratie dienen voor andere sectoren binnen het forensisch welzijnswerk en de forensische geestelijke gezondheidszorg. Het zou dan ook een verarming betekenen van het hulpverleningsaanbod aan problematische druggebruikers mochten deze 'forensische' eigenheid en expertise verloren gaan.

Deze visienota is geen eindpunt; het wordt door de minister zelf 'een eerste belangrijke stap in de vormgeving van een Vlaams beleid inzake verslavingszorg' genoemd. De nota geeft alvast de krijtlijnen weer en geeft zicht op de uitdagingen voor de komende jaren.

### 3. DE TOEKOMST VAN HET GEÏNTEGREERDE DRUGHULPVERLENINGSBELEID

In dit deel wordt ingegaan op vijf belangrijke uitdagingen waarvoor het drughulpverleningsbeleid staat na de communautarisering (zie onder meer ook VVBV, 2013; VLAAMSE OVERHEID, 2013; VAD, 2014).

Het beleid staat de komende jaren voor een aantal stevige uitdagingen, of het nu het Vlaamse of het federale niveau betreft. Deze uitdagingen zijn niet nieuw, de communautarisering zal misschien wel de ruimte creëren om op deze vlakken een aantal stappen vooruit te zetten. Uit de tussenkomsten van de bevoegde Vlaamse minister, onder meer tijdens de voorbereiding van de visienota, tijdens het Gentse Drugcongres 2015 en naar aanleiding van recente parlementaire vragen, blijkt alvast zijn bereidheid om deze uitdagingen aan te gaan.

Een eerste uitdaging hangt samen met de integratie van de gespecialiseerde drughulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Zoals bij de bespreking van de visienota aan bod

<sup>12</sup> Drugcongres 2015 'Van Neerpelt naar Antwerpen: Drugbeleid op maat van de lokale noden', Politeia/IRCP, Het Pand, november 2015.

kwam, zal het zaak zijn waakzaam te blijven zodat ‘de opgebouwde expertise, het specifiek aanbod en de financiële middelen van huidige verslavingszorg [niet] te veel worden ‘verdund’ in de grotere GGZ, om in het slechtste geval uiteindelijk te verdwijnen.’ (VLAAMSE REGERING, 2013: 144).

Een tweede, centrale uitdaging is het beperken van de drempels binnen de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg, de welzijnssector (ook op de eerste lijn) en de dienstverlening voor mensen met een verslavingsproblematiek. Minister VANDEURZEN verwacht inzake verslavingsproblemen alvast meer inspanningen van de eerstelijnsactoren uit de reguliere zorg (COMMISSIE WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN, 15/12/2015). Dat hier een uitdaging ligt, wordt onder meer bevestigd in een recent Belspo-onderzoek bij huisartsen; daaruit blijkt de beperkte bereidheid van huisartsen om vooral met illegale druggebruikers aan de slag te gaan en blijkt een grote nood aan ondersteuning hierbij (VANMEERBEEK *et al.*, 2015).

Een derde uitdaging, zeker gezien de budgettaire beperkingen, wordt het uitbouwen van een geografisch gespreid en gedifferentieerd gespecialiseerd hulpverleningsaanbod (VVBV, 2014). Het zal heel wat politieke moed vergen in sommige regio's het geografisch scheefgegroeide aanbod te heroriënteren. De uitbreiding van de vermaatschappelijking van de zorg (via artikel 107) zal leiden tot een verdere differentiatie van het zorgaanbod. Dit zal niet alleen intensief overleg vergen binnen de geestelijke gezondheidszorgsector, maar ook tussen de Vlaamse en de federale overheid. Voor de gespecialiseerde drughulpverlening met een RIZIV-conventie (en bij uitbreiding voor de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen) is het maar de vraag of de huidige, op prestatie gerichte financiering, voldoende flexibiliteit toelaat volop in te zetten op deze differentiatie en of niet eerder moet gedacht worden aan een enveloppefinanciering dan wel een persoonsgerichte financiering (VLAAMSE REGERING, 2013). In die context is het van belang te vermelden dat de Vlaamse minister de bedoeling heeft om de ‘revalidatie’ (waaronder de gespecialiseerde voorzieningen met RIZIV-conventie vallen), beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen tegen eind 2018 een onderdeel te maken van het nieuwe decreet op de Vlaamse Sociale Bescherming. De bedoeling hiervan is het realiseren van vraaggestuurde zorg door een persoonsvolgende financiering (VLAAMS PARLEMENT, 2015). De effectieve uitvoering ervan zal stapsgewijs en vanaf 2019 gebeuren.

Ten vierde zal het noodzakelijk zijn om, na een grondige wetenschappelijke evaluatie van de projecten,<sup>13</sup> projecten die effectief blijken, structureel te financieren en projecten die niet werken te schrappen. De fundamentele vraag blijft ook hier waar de financiën vandaan zullen komen om deze structurele financiering te voorzien. In die context is (het debat rond) de financiering van drughulpverlening aan justitiecliënten weinig hoopgevend. Zo heeft in het voorjaar van 2016 de discussie over wie bevoegd is voor de financiering van de centrale aanmeldingspunten drugs geleid tot het (tijdelijk?) stopzetten van dit project. Daarnaast leeft de idee om de justitie assistenten de rol van de liaisons te laten opnemen bij een uitbreiding van de Gentse drughandelingskamer naar andere arrondissementen (VLAAMS PARLEMENT, 2015). Dit idee gaat bovendien in tegen de aanbevelingen van het wetenschappelijk evaluatieonderzoek terzake. Dit onderzoek heeft aangetoond dat de eigenheid van de liaison, die een hulpverlener is, met beroepsgeheim, een centrale bouwsteen is van deze gespecialiseerde kamer (VANDER LAENEN *et al.*, 2013). De besparingen zullen hoe dan ook het ontwikkelen van een geïntegreerd drug(hulpverlenings)beleid onder druk zetten de komende jaren. De algemene middelen die de Vlaamse overheid via de dotaties uit de bijzondere financieringswet krijgt en de bijdragen van de in de steigers staande Vlaamse sociale bescherming zullen wellicht niet volstaan om de uitdagingen voldoende te kunnen financieren.

<sup>13</sup> Een bekommernis die hierbij leeft is of het Onderzoekprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs van het Federaal Wetenschapsbeleid, dat al heel wat beleidsondersteunend drugonderzoek heeft gefinancierd, de besparingen zal overleven.

Tenslotte moet de inbreng van (familie)ervaringsdeskundigen in het ontwikkelen van het beleid verankerd en verdiept worden. Een zorgbeleid mag niet beperkt blijven tot het betrekken van gebruikers bij tevredenheidsonderzoek of bij de evaluatie van de kwaliteit van zorg. Essentieel is dat cliëntparticipatie een centrale plaats krijgt bij het ontwikkelen van beleid en van (de doelstellingen van) interventies (NEALE *et al.*, 2015). De inbreng van ervaringsdeskundigen mag ook niet beperkt blijven tot gestabiliseerde voormalige alcoholgebruikers. Net de meest gemarginaliseerde druggebruikers kunnen scherp hun noden en de tekortkomingen in het aanbod benoemen (VANDER LAENES, FAVRIL & DECORTE, 2016).

## CONCLUSIE

Met de zesde staatshervorming is het grootste deel van de gespecialiseerde hulpverlening voor druggebruikers overgegaan naar de Vlaamse gemeenschap. Zolang de deelstaten de federale wetgeving niet wijzigen, blijft deze wetgeving van toepassing. Bovendien zal pas de komende jaren blijken hoe de nieuw overgedragen bevoegdheden zullen worden uitgeoefend (HANNES, 2014). De communautarisering van de gespecialiseerde drughulpverlening biedt kansen. Hierdoor kan ten eerste in Vlaanderen een geïntegreerd drugbeleid worden ontwikkeld voor de vraagzijde. Hierbij maakt het centraal stellen van een brede invulling van herstel als doelstelling voor de verslavingszorg een meer sterktegerichte benadering mogelijk bij problematische druggebruikers. De focus op herstel zal er hopelijk eindelijk toe leiden dat de gezondheidszorg minstens evenwaardig zal zijn aan de handhaving in het beleid ten aanzien van illegale druggebruikers.<sup>14</sup> Ten tweede zouden de dwarsverbanden met andere belangrijke beleidsdomeinen die reeds Vlaamse bevoegdheid zijn (wonen, werk, opleiding, huisvesting, welzijn, armoede, ...) beter moeten kunnen gelegd worden (DEGADT, 2014). Ten derde dient zich een ongelooflijke opportuniteit aan om werk te maken van een geïntegreerd begeleidingsaanbod voor justitiecliënten. Nu ook de justitiehuzen gecommunautariseerd zijn, zijn de belangrijkste elementen voor dit beleid een Vlaamse bevoegdheid. Toch baren het gebrek aan financiële middelen ons grote zorgen. De conflicten die bestaan rond de financiering van projecten voor druggebruikers die in contact komen met politie en justitie leiden tot heel wat (financiële) onzekerheid en leggen een hypotheek op de uitbouw van een geïntegreerd Vlaams zorgbeleid. Twee duidelijke voorbeelden zijn de recente stopzetting van de financiering van de centrale aanmeldingspunten drugs en de plannen om de justitie-assistenten de functie van de liaisons in de drugbehandelingskamer te laten overnemen. Hierdoor dreigt net deze groep druggebruikers het kind van de (communautariserings)rekening te worden.

Uiteindelijk mag niet vergeten worden dat een belangrijk deel van de bevoegdheden voor de ziekenhuizen en voor de gezondheidszorg federale bevoegdheid zijn gebleven. Hetzelfde geldt voor politie en justitie. Centrale actoren en bouwstenen voor de uitbouw van een geïntegreerd beleid op zowel de vraag- als de aanbodzijde situeren zich nog steeds op het federale niveau. Daarom wordt ook op federaal niveau verder gewerkt aan een geïntegreerd Belgisch drugbeleid.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Zoals ook bepleit wordt door de Johns Hopkins-Lancet Commission on Drug Policy and Health (CSETE *et al.*, 2016).

<sup>15</sup> Zo werkt de Algemene Cel Drugs onder meer aan een voorstel voor een geactualiseerde Gemeenschappelijke Verklaring van de IMC Drugs van 25 januari 2010 (PERMANENTE COÖRDINATIE ALGEMENE CEL DRUGSBELEID, 2010); is het de bedoeling opnieuw werk te maken van het uitwerken van een globaal en geïntegreerd alcoholbeleid; zal eindelijk een uitvoeringsbesluit (bij de Wet 7 februari 2014 tot wijziging van de Drugwet van 1921, BS 10 maart 2014) worden opgesteld en gepubliceerd om het hoofd te bieden aan de problematiek van de nieuwe psychoactieve stoffen (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2015).

Het is alvast duidelijk geworden dat overleg en samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen, onder meer in Interministeriële Conferenties Drugs en Volksgezondheid, meer dan ooit noodzakelijk zal zijn. Dit overleg zal vooral noodzakelijk zijn voor elk initiatief dat een impact heeft op de federale begroting en dus op het hulpverleningsbeleid aan druggebruikers, of die nu in contact komen met politie en justitie of niet.

## DANKWOORD

Met dank aan Kurt Doms, Coördinator Cel Drugs, FOD Volksgezondheid; Marijs Geirnaert, directeur VAD; Tineke Oosterlinck, beleidsmedewerker GGZ Agentschap Zorg en Gezondheid; Hilde Rekkers, stafmedewerkster Vereniging Vlaamse provincies; Vincent Vandebussche, Coördinator PopovGGZ; en Alexander Witpas, Beleidsthema-beheerder algemene preventie Agentschap Zorg en Gezondheid, voor de informatie over de actuele stand van zaken.

## REFERENTIES

Aanhangsel 19 oktober 2015 bij het protocol gesloten op 15 mei 2014 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, het Waals Gewest, de Duitstalige Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, met betrekking tot de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de overgangperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming. Brussel. Gedownload op 10 januari 2016, van <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Interministerialconferences/Protocols/7468407#2014>.

AGA, N. & VANDERPLASSCHEN, W. (2016). De Schone en het Beest: persoonlijk herstel binnen een forensische context. In T. VANDER BEKEN, E. BROEKAERT, K. AUDENAERT, F. VANDER LAENEN, S. VANDELVELDE & W. VANDERPLASSCHEN (Eds.), *Sterktes van mensen. Sterktegerichte strategieën voor het ondersteunen van mensen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten pleegden*. Antwerpen: Maklu, 149-168.

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS (2015). Algemene beleidsnota sociale zaken en volksgezondheid, *Parl. St. Kamer*, 2015-2016, DOC 54 1428/007.

BEST, D. & LAUDET, A. (2010). *The potential of recovery capital*. London: RSA Peterborough Recovery Capital Project.

Bijzondere wet 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, *BS* 31 januari 2014.

CLAES, B. & BROSENS, D. (2015). Verdiepingen en verschuivingen in het hulp- en dienstverleningslandschap aan gedetineerden. Reflecties bij het nieuwe strategisch plan 2015-2020. *Panopticon*, 36(6), 519-534.

COLMAN, C. & VANDER LAENEN, F. (2012). 'Recovery came first': desistance versus recovery in the criminal careers of drug-using offenders. *The Scientific World journal*. 1-10

CSETE, J., KAMARULZAMAN, A., KAZATCHKINE, M., ALTICE, F., BALICKI, M., BUXTON, J., CEPEDA, J., COMFORT, M., GOOSBY, E., GOULÃO, J., HART, C., KERR, T., MADRAZO LAJOUS, A., LEWIS, S., MARTIN, N., MEJÍA, D., CAMACHO, A., MATHIESON, D., OBOT, I., OGUNROMBI, A., SHERMAN, S., STONE, J., VALLATH, N., VICKERMAN, P., ZÁBRANSKŮ, T. & BEYRER, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387, p1427-1480.

Decreet 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidzorgbeleid, *BS* 2 maart 2004.

- Decreet 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, BS 17 april 1999.
- DEGADT, P. (2014). De overdracht van de bevoegdheden gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn. Opportuniteiten voor het werkveld. In J. VELAERS, J. VANPRAET, Y. PEETERS & W. VANDENBRUWAENE (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*. Antwerpen: Intersentia, 401-417.
- DE MAEYER, J., DEKKERS, A. & VANDERPLASSCHEN, W. (2012). Kwaliteit van leven: 'onder invloed' van methadon. *Verslaving*, 8(3), 45-58.
- DENNIS, M., SCOTT, C., FUNK, R. & FOSS, M. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 51-62.
- FEDERALE REGERING (2011). *Een efficiëntere federale staat en meer autonomie voor de deelstaten, Institutioneel akkoord voor de zesde staatshervorming*. Gedownload op 10 januari 2016, van [https://www.bestuurszaken.be/sites/bz.vlaanderen.be/files/vlinderakkoord\\_o.pdf](https://www.bestuurszaken.be/sites/bz.vlaanderen.be/files/vlinderakkoord_o.pdf).
- GGZ NEDERLAND (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Gedownload op 30 april januari 2016, van [http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset\\_956849.pdf](http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_956849.pdf).
- Gecoördineerde wet 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008
- HANNES, P. (2014). Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?. In J. VELAERS, J. VANPRAET, Y. PEETERS & W. VANDENBRUWAENE (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*. Antwerpen: Intersentia, 367-399.
- HM GOVERNMENT (2010). *Drug Strategy 2010, Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery: Supporting People to Live a Drug Free Life*. Gedownload op 30 april 2016, van [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/98026/drug-strategy-2010.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/98026/drug-strategy-2010.pdf).
- KB 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, BS 26 juli 1990.
- LAUDET, A. & WHITE, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 51-59.
- MCKEGANY, N. (2014). Clear rhetoric and blurred reality: The development of a recovery focus in UK drug treatment policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, 25, 957-963.
- MCNEILL, F. (2012). Four forms of offender rehabilitation: Towards an interdisciplinary perspective. *Legal and Criminological Psychology*, 17, 18-36.
- Ministerieel besluit 24 december 2013 tot bepaling van de indienings-, opvolgings- en evaluatievoorwaarden en tot bepaling van de toekennings-, aanwendings- en controlevoorwaarden van de financiële toelage van de strategische veiligheids- en preventieplannen 2014-2017, BS 31 december 2013.
- NEALE, J., TOMPKINS, C., WHEELER, C., FINCH, E., MARSDEN, J., MITCHESON, L., ROSE, D., WYKES, T. & STRANG, J. (2015). 'You're going to hate the word 'recovery' by the end of this': Service users' views of measuring addiction recovery. *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 22, 26-34.
- PERMANENTE COÖRDINATIE ALGEMENE CEL DRUGSBELEID (2010). *Gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs, 2010*. Brussel: Permanente Coördinatie ACD.
- PROCESS AND OUTCOME STUDY OF PRISON-BASED REGISTRATION POINTS (PROSPER), Onderzoeksproject DR/70, 1/12/2014-31/10/2016. Gedownload op 10 januari 2016, van <https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR%2F70>.



- Protocol 1 april 2014 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie, en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie met betrekking tot de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de overgangperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming. Brussel. (ongepubliceerd document).
- STOLLENGA, M., DE HAAN, G. & DE GOEDE, J. (2013). Naar duurzaam herstel. Is De Skuul richtinggevend in de verslavingszorg? *Verslaving*, 9(4), 67-80.
- SUMNALL, H. & BROTHERHOOD, A. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- VANDER LAENEN, F. (2014). Challenges and opportunities, In PLETTINCKX, E., ANTOINE, J., BLANCKAERT, P., DE RIDDER, K., VANDER LAENEN, F., LAUDENS, F., CASERO, L. & GREMEAUX, L., *Belgian National Report on drugs 2014, New Developments and Trends*. WIVISP: Brussels, 26-28.
- VANDER LAENEN, F. & VANDERPLASSCHEN, W. (2011). De opschorting, uitstel en probatie. In DEBEN, L., DE GREVE, K., DELBROUCK, L., DE WAELE, H., LAMBRECHTS, M., MEESE, J., PLETS, I., ROGIERS, I., SERLIPPENS, A., VAN BESIEEN, L., VANDER LAENEN, F., VANDERPLASSCHEN, W., VAN HENDE, F., VAN LISHOUT, E., VAN MALDEREN, S. & VAN STEENBRUGGE, W. (eds), *Drugwetgeving 2011*. Larcier: Gent, Losbl. *st of legal and illegal drugs in Belgium*.
- VANDER LAENEN, F., FAVRIL, L. & DECORTE, T. (2016). Prioriteiten voor het lokale 'harm reduction'-beleid. *Verslaving*, 1-15, DOI: 10.1007/s12501-015-0047-5
- VANDER LAENEN, F., VANDERPLASSCHEN, W., WITTOUCK, C., DEKKERS, A., DE RUYVER, B., DE KEULENAER, S., & THOMAES, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: Een uitkomstenevaluatie*. Academia press: Gent.
- VAN DER STEL, J. (2013). Innovatie rond herstel, vragen en opgaven. *Verslaving*, 9(4), 5-18.
- VANDEURZEN, J. (2015). *Visienotie: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met verslavingsprobleem*, Brussel. Gedownload op 30 januari 2016, van <https://www.zorgen-gezondheid.be>.
- VANHEX, M., VANDELDELDE, D., STAS, L., & VANDER LAENEN, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie, aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 31(143), 19-22.
- VANMEERBEEK, M. MAIRIAUX, P., LEMAÎTRE, A., ANSSEAU, M., KETTERER, F., PIRENNE, D., VAN CASTEREN, V. BOFFIN, N., ANTOINE, J., DEMARET, I., REMMEN, R., PEREMANS, L., DOM, G., VAN ROYEN, K., SYMONS, L., GODDERIS, L., & MARIE-CLAIRE LAMBRECHTS, M.C. (2015). *'Up To Date'; Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATA retrieval, Final Report, Book 1*. Université de Liège, Universiteit Antwerpen, Katholieke Universiteit Leuven, WIV, VAD, s.l. Gedownload op 14 januari 2016, van <https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR%2F60>.
- VAN NIEUWENHOVE, J. (2014). De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg. In A. Alen, B. Dalle, K. Muylle, W. Pas, J. Van Nieuwenhove & W. Verrijdt (eds.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*. Brugge, Die Keure, 391-412.
- VLAAMSE OVERHEID (2013). *Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2: gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen*. Brussel. Gedownload op 10 januari 2016, van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/groenboek-zesde-staatshervorming>.
- VLAAMSE REGERING (2014). *Verbinden, Vertrouwen, Vooruitgaan, Regeerakkoord Vlaamse Regering 2014-2019*. Brussel. Gedownload op 12 januari 2016 van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/het-regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2014-2019>.
- VLAAMSE REGERING (2015). *Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: Strategisch plan 2015-2020*. Brussel. (Ongepubliceerd document).



- VLAAMSE REVALIDATIECENTRA VOOR DRUGVERSLAAFDEN (VVBV) (2013). *Memorandum VBVV 2014*. Gedownload op 10 januari 2016 van <http://www.verslaafdenzorg.be/index.php/8-over-vvbv/182-memorandum-vvbv-2014>.
- VLAAMS PARLEMENT (2015). Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016, *Parl. St.* 2015-2016, 506.
- VERENIGING VOOR ALCOHOL EN ANDERE DRUGPROBLEMEN (VAD) (2012). *Juridische handvaten voor de hulpverlener bij het rapporteren aan justitiële medewerkers bij doorverwijzingen van meerderjarige druggebruikers*. Brussel: VAD.
- VERENIGING VOOR ALCOHOL EN ANDERE DRUGPROBLEMEN (VAD) (2014). *Memorandum over de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen*. Brussel: VAD; Gedownload op 10 januari 2016 van <http://www.vad.be/media/1556654/memorandum%202014.pdf>.
- ZORGNET VLAANDEREN (2014). *Integratie verslavingszorg in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Voorstel in het kader van de zesde staatshervorming*. (Ongepubliceerd document).
- WARD, T. & BROWN, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.
- Wet 7 februari 2014 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, *BS* 10 maart 2014.