

Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek
--

1. INLEIDING	7
1.1. EEN FEDERALE NOTA	7
1.2. UITGANGSPUNTEN	7
2. UITGANGSPUNTEN EN AANBEVELINGEN VAN DE PARLEMENTAIRE WERKGROEP DRUGS . 8	8
2.1. UITGANGSPUNTEN	8
2.2. EEN GEÏNTEGREERDE, GLOBALE BENADERING	9
2.2.1. <i>Algemeen</i>	9
2.2.2. <i>Verticale beleidsafstemming</i>	9
2.2.3. <i>Horizontale beleidsafstemming</i>	9
2.2.4. <i>Financiering</i>	10
2.3. EPIDEMIOLOGIE / EVALUATIE	10
2.4. PREVENTIE	10
2.4.1. <i>Algemeen</i>	10
2.4.2. <i>Jongeren</i>	11
2.4.3. <i>Psychoactieve geneesmiddelen</i>	11
2.4.4. <i>Smart drugs</i>	11
2.4.5. <i>Invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag</i>	11
2.5. ZORGVERLENING, RISICOBEPERKING EN HERINTEGRATIE	11
2.5.1. <i>Algemeen</i>	11
2.5.2. <i>Risicobeperking</i>	12
2.6. REPRESSIE	12
2.6.1. <i>De drugproductie en de drughandel</i>	13
➤ De drugproductie	13
➤ De drughandel	13
2.6.2. <i>Strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers, druggerelateerde criminaliteit en drughandel</i>	13
➤ Opsporing en vervolging	13
➤ Straftoemeting	14
2.6.3. <i>Penitentiair beleid</i>	14
3. STAND VAN ZAKEN	14
3.1. EEN GEÏNTEGREERDE, GLOBALE BENADERING	14
3.1.1. <i>Algemeen</i>	15
3.1.2. <i>Verticale beleidsafstemming</i>	15
3.1.3. <i>Horizontale beleidsafstemming</i>	15
3.1.4. <i>Financiering</i>	15
3.2. EVALUATIE / EPIDEMIOLOGIE	17
3.3. PREVENTIE, SENSIBILISERING EN RISICOBEBEERSING	18
3.3.1. <i>Algemeen</i>	18
3.3.2. <i>Jongeren</i>	19
3.3.3. <i>Psychoactieve geneesmiddelen</i>	19
3.3.4. <i>Smart drugs</i>	20
3.3.5. <i>Invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag</i>	20
3.4. ZORGVERLENING, RISICOBEPERKING EN HERINTEGRATIE	20
3.4.1. <i>Algemeen</i>	20
3.4.2. <i>Harm-reduction</i>	22
3.5. REPRESSIE	23
3.5.1. <i>De drugproductie en de drughandel</i>	23
➤ De drugproductie	23
➤ De drughandel	24
3.5.2. <i>Strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers, druggerelateerde criminaliteit en drughandel</i>	25
➤ Inleiding	25
➤ De parketten	25

➤ De afhandelingsmodaliteiten.....	26
➤ De politiediensten.....	28
➤ De alternatieve afhandelingsmodaliteit in het kader van de Wet op de voorlopige hechtenis: de invrijheidstelling onder voorwaarden.....	29
➤ De straftoemeting.....	30
3.5.3. <i>Penitentiair beleid</i>	31
4. ACTIEPUNTEN.....	31
4.1. EEN GEÏNTEGREERDE, GLOBALE BENADERING.....	31
4.1.1. <i>Cel Drugbeleid / Interministeriële Conferentie Drugbeleid</i>	31
➤ Inhoud.....	31
➤ Verantwoordelijke minister.....	32
➤ Timing.....	32
➤ Geraamd budget.....	32
4.1.2. <i>Justitie - Hulpverlening: duidelijke afspraken</i>	33
➤ Inhoud.....	33
➤ Verantwoordelijke minister.....	34
➤ Timing.....	34
➤ Geraamd budget.....	34
4.1.3. <i>Het luik "drugs" van het globaal plan (contracten met de gemeenten)</i>	34
➤ Inhoud.....	34
➤ Verantwoordelijke minister.....	36
➤ Timing.....	36
➤ Geraamd budget.....	36
4.1.4. <i>Internationaal drugbeleid</i>	36
➤ Inhoud.....	36
➤ Verantwoordelijke ministers.....	37
4.2. EPIDEMIOLOGIE / EVALUATIE / ONDERZOEK.....	37
4.2.1. <i>Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving</i>	37
➤ Inhoud.....	37
➤ Verantwoordelijke minister.....	38
➤ Timing.....	38
➤ Geraamd budget.....	38
4.2.2. <i>Early warning</i>	39
➤ Inhoud.....	39
➤ Verantwoordelijke minister.....	39
➤ Timing.....	39
➤ Geraamd budget.....	39
4.2.3. <i>Evaluatie behandelingsmethoden, zorgvoorzieningen, zorgcircuits en preventietechnieken</i>	39
➤ Inhoud.....	39
➤ Verantwoordelijke minister.....	40
➤ Timing.....	40
➤ Geraamd budget.....	40
4.2.4. <i>Evaluatie MSOC's</i>	40
➤ Inhoud.....	40
➤ Verantwoordelijke minister.....	41
➤ Timing.....	41
➤ Geraamd budget.....	41
4.3. PREVENTIE.....	41
4.3.1. <i>Psychoactieve geneesmiddelen</i>	41
➤ Inhoud.....	41
➤ Verantwoordelijke minister.....	42
➤ Timing.....	42
➤ Geraamd budget.....	42
4.3.2. <i>Sturen onder invloed</i>	42
➤ Inhoud.....	42
➤ Verantwoordelijke minister.....	43
➤ Timing.....	43
➤ Geraamd budget.....	43
4.3.3. <i>Tabak en alcohol</i>	43
➤ Inhoud.....	43
➤ Verantwoordelijke minister.....	45

➤	Timing.....	45
➤	Geraamd budget.....	45
4.3.4.	<i>Uitbouw van de preventie</i>	45
➤	Inhoud	45
➤	Verantwoordelijke ministers.....	46
➤	Timing.....	46
➤	Geraamd budget.....	46
4.4.	ZORGVERLENING, RISICOBEPERKING EN (HER)INTEGRATIE.....	46
4.4.1.	<i>Organisatie van het zorgaanbod</i>	46
➤	Inhoud	46
➤	Verantwoordelijke minister	48
➤	Timing.....	48
➤	Geraamd budget.....	48
4.4.2.	<i>Financiering van de zorgverlening</i>	48
➤	Inhoud	48
➤	Verantwoordelijke minister	49
➤	Timing.....	49
➤	Geraamd budget.....	49
4.4.3.	<i>Verslavingszorgcasemanagement</i>	49
➤	Inhoud	49
➤	Verantwoordelijke minister	49
➤	Timing.....	50
➤	Geraamd budget.....	50
4.4.4.	<i>Druggebruik(st)ers met psychiatrische problemen (dubbele diagnostiek)</i>	50
➤	Inhoud	50
➤	Verantwoordelijke minister	51
➤	Timing.....	51
➤	Geraamd budget.....	51
4.4.5.	<i>Netwerk voor spoed- en crisisopvang</i>	51
➤	Inhoud	51
➤	Verantwoordelijke minister	52
➤	Timing.....	52
➤	Geraamd budget.....	52
4.4.6.	<i>Minderjarigen</i>	52
➤	Inhoud	52
➤	Verantwoordelijke minister	52
➤	Timing.....	52
➤	Geraamd budget.....	52
4.4.7.	<i>Nazorg</i>	53
➤	Inhoud	53
➤	Verantwoordelijke minister	53
➤	Timing.....	53
➤	Geraamd budget.....	53
4.4.8.	<i>Substitutiebehandelingen</i>	53
➤	Inhoud	53
➤	Verantwoordelijke minister	54
➤	Timing.....	54
➤	Geraamd budget.....	54
4.4.9.	<i>Spuitenruil</i>	54
➤	Inhoud	54
➤	Verantwoordelijke minister	54
➤	Timing.....	54
➤	Geraamd budget.....	54
4.4.10.	<i>Gecontroleerde heroïneverstrekking</i>	54
➤	Inhoud	54
➤	Verantwoordelijke minister	55
➤	Timing.....	55
➤	Geraamd budget.....	55
4.5.	REPRESSIE.....	55
4.5.1.	<i>Federaal Veiligheidsplan</i>	55
4.5.2.	<i>Strafrechtelijk beleid - drughandel</i>	56
➤	Inhoud	56
➤	Verantwoordelijke minister	56

➤	Timing.....	56
➤	Geraamd budget.....	56
4.5.3.	<i>Strafrechtelijke reactie op druggebruik</i>	56
➤	Inhoud	56
➤	Verantwoordelijke minister	64
➤	Timing.....	64
➤	Geraamd budget.....	65
4.5.4.	<i>Straftoemeting</i>	65
➤	Inhoud	65
➤	Verantwoordelijke minister	65
➤	Timing.....	65
➤	Geraamd budget.....	65
4.5.5.	<i>Therapeutisch advies</i>	65
➤	Inhoud	65
➤	Verantwoordelijke minister	66
➤	Timing.....	66
➤	Geraamd budget.....	66
4.5.6.	<i>Verbeurdverklaard druggeld</i>	66
➤	Inhoud	66
➤	Verantwoordelijke minister	66
➤	Timing.....	66
➤	Geraamd budget.....	66
4.5.7.	<i>Een coherent penitentiair drugbeleid</i>	67
➤	Inhoud	67
➤	Verantwoordelijke minister	68
➤	Timing.....	68
➤	Geraamd budget.....	68

Lijst van gebruikte afkortingen

ASL: Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung
BIRN: Belgian Information Reitox Network
BIVV: Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid
CAD: Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen - Limburg
CCAD: Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (vervangen door Eurotox)
CGG: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CTB/ODB: Concertation Toxicomanie Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel
DWTC: federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden
EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GAFI: Groupe d'Action Financière sur le Blanchiment des Capitaux
IHE: Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (nu WIV)
INCB: International Control Board
K.U.Leuven: Katholieke Universiteit Leuven
LCD: Lokale Coördinatiegroep Drugs
LOK: Lokale Kwaliteitskring
MILDT: Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MPG: Minimaal Psychiatrische Gegevens
MSOC: Medisch-Sociaal Opvangcentrum
MTG: Minimale Toxicomanie Gegevens
OCMW: Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PAAZ: Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PZ: Psychiatrisch Ziekenhuis
ROSITA: Road Side Testing Assessment
RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SODA: Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen
U.G.: Universiteit Gent
U.L.B.: Université Libre de Bruxelles
UNDCP: United Nations International Drugs Control Programme
VAD: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VRM: Vlaamse Registratie Middelengebruik
VSPP: Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid
WIV: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid

Lexicon

Bestrafing van het druggebruik

In deze nota wordt regelmatig gesproken over de bestrafing van druggebruik. De federale regering beseft uiteraard dat het loutere gebruik van drugs niet als dusdanig strafbaar is, maar bedoelt in deze gevallen de inbreuken op de drugwetgeving die gericht zijn op het persoonlijke gebruik (invoer, bezit, ...) en die gepleegd werden zonder inbreuken te plegen op andere strafbepalingen.

Emancipatie Effecten Rapportage

Een Emancipatie Effecten Rapportage is een instrument waarmee beleidsvoornemens aan de hand van een aantal vragen doorgelicht worden op hun differentiële impact op vrouwen en mannen. Zij spitst zich toe op het opsporen van een genderdimensie, het inschatten van deze dimensie en het formuleren van alternatieven om een onevenwichtige genderdimensie op te vangen. De Emancipatie Effecten Rapportage is bijgevolg een hulpmiddel om de, vaak verborgen en onopzettelijke, scheve genderdimensie in beleidsvoornemens bloot te leggen opdat een evenwichtiger beleid geformuleerd kan worden. Het instrument beantwoordt aan de toenemende vraag om alle beleidsvoornemens vanuit een gelijke kansenperspectief te benaderen.

Problematisch druggebruik

Een gebruikspatroon dat men niet meer onder controle heeft, wat tot uiting komt in bijvoorbeeld drugafhankelijkheid, druggerelateerde criminaliteit, ...

1. Inleiding

De Federale Regering heeft kennis genomen van **het verslag van de werkgroep Drugbeleid** van de Kamer van Volksvertegenwoordigers. Met deze beleidsnota wil de Federale Regering enerzijds een **stand van zaken** opmaken wat betreft de uitvoering van de aanbevelingen, en anderzijds concreet **aangeven op welke wijze zij een aantal niet-gerealiseerde aanbevelingen in de praktijk wil omzetten**. Als bijlage vindt u een **overzicht van het drugbeleid van de omringende landen en enkele internationale organisaties**. Deze beleidsnota werd aangekondigd in het **regeerakkoord** (hoofdstuk "Ethische vraagstukken") en in het **Federaal Veiligheids- en Detentieplan**.

1.1. Een federale nota

Aangezien de drugproblematiek het federale bevoegdheidsniveau overstijgt en vooral de **Gemeenschappen**, maar ook de **Gewesten** op dit vlak bevoegdheden hebben, kan men zich vragen stellen bij het nut van een federale beleidsnota over de drugproblematiek. De federale beleidsnota werd uitgewerkt omdat:

- ◆ de Kamer van Volksvertegenwoordigers de federale regering in haar motie van 26 juni 1997 vroeg een dergelijke nota uit te werken;
- ◆ er nog geen beleidsorgaan voor de drugproblematiek bestaat waar de federale regering en de deelregeringen in verenigd zijn;
- ◆ de federale regering belangrijke bevoegdheden heeft en zij de verslavingszorg, de drugrepressie en zelfs de drugpreventie in grote mate betaalt;
- ◆ de meeste internationale organisaties zich in de eerste plaats tot België, en niet tot de deelregeringen, richten.

Uiteraard zullen de projecten die de **deelregeringen** aanbelangen stuk voor stuk **concreet onderhandeld** worden tussen de bevoegde federale, Gemeenschaps- en Gewestministers. Het is hierbij **geenszins de bedoeling om de autonome bevoegdheden van de deelregeringen in vraag te stellen**.

1.2. Uitgangspunten

De **federale beleidsnota drugs** wil een antwoord bieden op de **meest prangende problemen rond druggebruik en drugverslaving in onze samenleving**. Deze problemen werden geïnventariseerd door de **parlementaire werkgroep drugs**. Deze werkgroep deed eveneens **aanbevelingen** om de problemen aan te pakken. De federale beleidsnota beperkt zich tot de (legale en illegale) psychoactieve stoffen, inclusief tabak. De gokverslavingen worden niet behandeld, het medisch gebruik van cannabis evenmin.

De federale regering bevestigt dat het drugmisbruik een **volksgezondheidsprobleem** is. Deze beleidsnota past in een **normaliseringsbeleid**, gericht op **rationele risicobeheersing**. Het beleid van de federale regering zal zowel inwerken op het **aanbod** als op de **vraag**. Belangrijkste **doelen** zijn:

- ◆ een **daling van het aantal afhankelijke burgers**;
- ◆ een **daling van de fysische en psycho-sociale schade** die drugmisbruik kan veroorzaken;
- ◆ een **daling van de negatieve gevolgen van het drugfenomeen voor de samenleving** (waaronder de maatschappelijke overlast).

Deze doelen worden nagestreefd via een beleid dat gebaseerd is op **drie pijlers**:

- ◆ **Preventie** voor de niet-gebruik(st)ers en de niet-problematische gebruik(st)ers;
- ◆ **Zorgverlening, risicobeperking en (her)integratie** voor de problematische gebruik(st)ers; en
- ◆ **Repressie** voor de producenten en de handelaars.

Om deze drie pijlers geïntegreerd uit te bouwen is er **prioritair** nood aan:

- ◆ meer **samenwerking** tussen de verschillende bevoegde beleidsdomeinen; en
- ◆ de uitbouw van een **epidemiologisch en evaluatief instrumentarium**.

Problematisch druggebruik (dat niet gepaard gaat met gemeenrechtelijke misdrijven) wordt beter aangepakt door **zorg aan te bieden die gericht is op herintegratie**, dan door de druggebruik(st)er **extra**

te laten lijden door hem / haar te straffen. Voorkomen is daarbij beter dan genezen. De Federale Regering pleit dan ook voor doorgedreven **preventie**.

Verder zijn er een aantal **wetgevende initiatieven** noodzakelijk die het mogelijk maken om de georganiseerde misdaad efficiënter aan te pakken. **Repressie** blijft hier het sleutelwoord.

Het onderscheid **legale drugs - illegale drugs** wordt in deze beleidsnota enkel gemaakt waar dit onderscheid zinvol is.

Het lijkt aangewezen dat de op te richten **Cel Drugbeleid** (een beleidsondersteunend orgaan dat de verschillende bevoegde beleidsniveaus groepeerd) **doelen** formuleert die **door de verschillende beleidsniveaus gedeeld** worden en deze doelen concretiseert in **indicatoren**. Gekoppeld aan een degelijke epidemiologie, laat dit toe de toekomstige beleidsmaatregelen te **evalueren**.

Deze nota bevat verschillende **actiepunten**, die gegroepeerd zijn in vijf hoofdstukken:

- ◆ Een geïntegreerde, globale benadering;
- ◆ Evaluatie, epidemiologie en onderzoek;
- ◆ Preventie;
- ◆ Zorgverlening, risicobeperking en herintegratie; en
- ◆ Repressie.

De Federale Regering maakt **500 miljoen BEF** vrij voor de uitvoering van deze nota, en meer bepaald voor de preventie en de zorgverlening.

Deze beleidsnota werd onderworpen aan een **Emancipatie Effecten Rapportage**. De Emancipatie Effecten Rapportage had voor deze beleidsnota de volgende gevolgen:

- ◆ een sexe-neutraal woordgebruik;
- ◆ het beter in beeld brengen van de stand van zaken en de beleidsvisie;
- ◆ het invoegen, schrappen of herwerken van verschillende actiepunten.

Tot slot nog dit: de federale regering kreeg erg veel **hulp van het werkveld** bij het uitwerken van deze beleidsnota, **waarvoor dank**. De **Gemeenschappen en Gewesten** hebben uitgebreid gereageerd op de vraag van de federale regering om van gedachten te wisselen rond de verschillende actiepunten, **waarvoor eveneens dank**.

2. Uitgangspunten en aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs

Op 5 juni 1997 bracht de parlementaire werkgroep drugs verslag uit in de Kamer (Parl. St., Kamer, 1996-1997, 1062/1 tot 1062/3). De parlementaire werkgroep drugs, samengesteld uit vertegenwoordigers van verschillende bestaande commissies en begeleid door experts, hield hoorzittingen over de verschillende aspecten van de drugproblematiek en deed aanbevelingen aan de regering.

De aanbevelingen van de parlementaire werkgroep leidden tot een motie van De Kamer (Parl. St., Kamer, 1996-1997, 1062/4). De Kamer vroeg de Regering onder andere een Cel Drugbeleid op te richten en regelmatig verslag uit te brengen over de implementatie van haar aanbevelingen.

De uitgangspunten en aanbevelingen van de parlementaire werkgroep werden samengevat in het universteitsrapport "Het Belgisch Drugbeleid anno 2000: een stand van zaken" van de professoren B. De Ruyver (Universiteit Gent) en J. Casselman (Katholieke Universiteit Leuven). Dit hoofdstuk is gebaseerd op het genoemde universiteitsrapport.

2.1. *Uitgangspunten*

De parlementaire werkgroep koos voor een **normaliseringsbeleid en een geïntegreerde, globale benadering**.

In dit geïntegreerde, globale normaliseringsbeleid moet **preventie** de hoogste prioriteit krijgen, gevolgd door **hulpverlening** en tenslotte eventueel **repressie**.

De belangrijkste doelstelling is het ontraden en het terugdringen van het druggebruik, legaal en illegaal, en het afremmen van het aantal nieuwe druggebruik(st)ers door middel van **preventie**.

De tweede prioriteit is de **bescherming van de samenleving** en haar leden die met het verschijnsel drugs worden geconfronteerd. Ze betreft ook de drugverslaafden die de nodige hulp moeten krijgen om, ondanks de drugs, een menswaardig bestaan te kunnen leiden (door middel van de bevordering van het harm reduction-beleid).

Wat de **controle van het drugaanbod** betreft, moet gewerkt worden aan een versterkt repressief beleid ten aanzien van de georganiseerde drughandel en van criminele organisaties die banden hebben met de drughandel.

Een aanpassing van het **strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers** is noodzakelijk. Dat druggebruik(st)ers die geen misdrijf hebben gepleegd in de gevangenis terechtkomen moet vermeden worden.

Er moet een **penitentiair beleid** worden ontwikkeld dat enerzijds helpt voorkomen dat personen die om diverse redenen in de gevangenis zitten drugs gaan gebruiken, en dat anderzijds voorziet in de mogelijkheid tot substitutiebehandelingen voor de drugverslaafde gedetineerden.

Een **geregelde evaluatie** van het resultaat van de doorgevoerde maatregelen is onontbeerlijk, wil men het beleid inzake drugbestrijding aanpassen aan de maatschappelijke ontwikkelingen.

Het beheersen van het drugfenomeen roept **een dubbele vraag** op. Op de eerste plaats komt het erop aan **de grenzen** te bepalen van wat een samenleving in al haar geledingen (sociaal, economisch, ethisch) aan middelengebruik kan verdragen. Op de tweede plaats moet de samenleving zich organiseren om **het handhaven van de grenzen**, op basis van vooropgestelde beleidsdoelstellingen, te verzekeren.

2.2. Een geïntegreerde, globale benadering

2.2.1. Algemeen

Een rode draad doorheen het rapport van de parlementaire werkgroep was de noodzaak aan **samenwerking en coördinatie tussen de verschillende actoren**. Dit gold des te meer voor het **beleid**. De **versnippering van bevoegdheden** over federale, Gemeenschaps- en Gewest-, provinciale- en lokale beleidsniveaus is niet bevorderlijk voor een geïntegreerd beleid. De beleidsafstemming op de diverse niveaus werd door de parlementaire werkgroep dan ook beschouwd als de tweede premisse voor een normaliseringsbeleid. Deze beleidsafstemming moet zowel op verticaal als op horizontaal niveau gebeuren.

2.2.2. Verticale beleidsafstemming

Een **verticale beleidsafstemming** van het preventie-, hulpverlenings- en sociaal beleid is nodig. Deze beleidsafstemming moet gebeuren tussen het federaal en het gemeenschapsniveau, tussen het gemeenschaps- en het provinciaal niveau, tussen het federaal en het lokaal niveau en tussen het provinciaal en het lokaal niveau.

2.2.3. Horizontale beleidsafstemming

Wat de **horizontale beleidsafstemming** op de onderscheiden beleidsniveaus betreft zijn de overlegfora grotendeels reeds voorhanden. Zo heeft men interdepartementaal overleg, provinciale en lokale overlegplatforms inzake preventie en hulpverlening en het provinciaal en lokaal vijfhoeksoverleg.

2.2.4. Financiering

De **disparate financiering** door de verschillende beleidsniveaus is een cruciaal probleem.

2.3. **Epidemiologie / Evaluatie**

Teneinde een adequaat beeld te krijgen van de aard en de omvang van het **gebruik** van drugs, wordt er aanbevolen:

1. dat bevolkingsstudies systematisch en met regelmatige tussenpozen op vergelijkbare populaties zouden uitgevoerd worden;
2. dat ook andere categorieën dan schoolgaande jongeren voorwerp van onderzoek zouden worden;
3. dat tevens specifieke risicogroepen in het onderzoek zouden betrokken worden;
4. dat ook de algemene bevolking op druggebruik zou gescreend worden;
5. dat de kwantitatieve benadering zou vergezeld gaan van meer kwalitatief onderzoek, dit teneinde een diepgaander zicht op middelengebruik te bekomen.

Om te komen tot een betrouwbare inschatting van **problematisch druggebruik**, is het noodzakelijk dat de bevoegde overheden initiatieven tot uniforme, landelijke registratie binnen de verschillende vormen van drughulpverlening zouden coördineren en zouden aanvullen met gegevens vanuit de verschillende niveaus van de strafrechtsbedeling (ook politiediensten).

Op nationaal niveau dient de **bundeling van resultaten** van epidemiologisch onderzoek van verschillende equipes gecoördineerd en aangemoedigd te worden.

2.4. **Preventie**

2.4.1. Algemeen

Het gebruik van **illegale en legale drugs**, buiten medisch verantwoorde doeleinden, dient te worden ontraden. Dit dient te gebeuren door middel van een geheel van **preventieve maatregelen**, zowel van opvoedende (door gezin, school en jeugdwerk) als van sociaal-economische aard. Het preventiebeleid moet dus enerzijds gericht zijn op **structurele preventie** (kansarmoedebestrijding, urbanisatie, wijkontwikkeling, een sociaal stedelijk beleid) en anderzijds op **persoonsgerichte preventie** (algemene gezondheids promotie en -opvoeding, verhoging van de sociale vaardigheden, leren omgaan met risico's). Preventie moet aansluiten bij de leefwereld van de groepen tot wie men zich richt. Ook met de noden van ouders, partners en verwanten moet rekening worden gehouden.

Algehele abstinentie van legale en illegale drugs is in onze samenleving niet haalbaar, dus moeten meer **realistische doelstellingen** worden nagestreefd, zoals:

1. het verhogen van de beginleeftijd van het gebruik,
2. het verminderen van het rijden onder invloed,
3. het uitstellen of controleren van het gebruik,
4. het verminderen van middelenmisbruik.

In België constateert men nog steeds een overwicht van activiteiten binnen de **primaire preventie**. Naast het opvoeren van activiteiten binnen **secundaire en tertiaire preventie**, dienen projecten van primaire preventie toch blijvend ondersteund te worden. De recente aandachtsverschuiving naar jongere leeftijdsgroepen moet gestimuleerd worden.

Secundaire preventie dient zich te richten op volgende risicogroepen: jongeren binnen gemarginaliseerde buurten, de horeca en het gevangenis milieu.

Aangezien preventiewerk(st)ers op verschillende niveaus werken, voor verschillende opdrachtgevers, blijkt een **bovenlokale overlegcoördinatie** en afstemming van de verschillende drugpreventiestrategieën noodzakelijk, en dit op twee niveaus: op het niveau van de gemeenschappen en op het niveau van de provincies.

Naast coördinatie is het waarborgen van de **continuïteit** van de werkvorm en de **deskundigheidsbevordering** van de preventiewerk(st)ers vereist. Er is eveneens dringend nood aan een **volwaardig statuut** voor de professionele preventiewerk(st)ers.

Belangrijke **aandachtspunten** in het preventiebeleid zijn de psychoactieve geneesmiddelen, smart drugs en de invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag.

2.4.2. Jongeren

De **school** moet de plaats bij uitstek zijn voor het voeren van een preventiebeleid. Primaire preventie in het onderwijs dient daarom als cruciaal bestempeld te worden en verder uitgebouwd te worden.

2.4.3. Psychoactieve geneesmiddelen

De **registratie** van bepaalde categorieën van afhankelijkheid verwekkende geneesmiddelen die nu omwille van hun farmacologische effecten, buiten medisch verantwoorde doeleinden, massaal worden gebruikt, dient te worden bekeken in het licht van hun therapeutische meerwaarde.

Het **voorschrijfgedrag** van de medici dient, naar afhankelijkheid opwekkende middelen toe, preventief en reactief te worden begeleid en opgevolgd. De wijziging van het voorschrijfgedrag van artsen inzake psychotrope stoffen zou in het bijzonder binnen de artsengroepen die de medische praktijk evalueren, met toepassing van de zogenaamde "peer review"-techniek, moeten kunnen worden verkregen. De provinciale geneeskundige commissies hebben een belangrijke taak bij het voorkomen van onoordeelkundig voorschrijfgedrag en bij het reactief bijsturen van individuele disfuncties op dit vlak. De apotheker dient actief te worden ingeschakeld in het preventiebeleid.

De federale regering moet dringend maatregelen nemen om **de beïnvloeding van het voorschrijfgedrag** van geneesheren door de farmaceutische industrie uit te sluiten en om **de reclame voor geneesmiddelen** te beperken tot objectieve, wetenschappelijke voorlichting.

2.4.4. Smart drugs

Het is van belang dat de gebruik(st)er zoveel als mogelijk beschermd wordt tegen **misleidingen** omtrent de aard, de samenstelling en de effecten van de aangeboden middelen.

2.4.5. Invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag

Het gebruik van legale en illegale drugs met een negatieve invloed op het rijgedrag dient te worden ontraden. Met dit doel voor ogen dienen de **drugtesten voor autobestuurders** te worden veralgemeend. Hiertoe is het noodzakelijk de wetgeving aan te passen, een duidelijke normering inzake grenswaarden te bepalen, en te voorzien in de noodzakelijke infrastructuur en opleiding van zij die met de wetshandhaving belast zijn.

Ook de **informatie- en sensibiliseringsacties** over de invloed van drugs op het rijgedrag moeten gericht zijn op alle, zowel legale als illegale, drugs. **De farmaceutische en medische sector** moeten hierbij sterker worden geresponsabiliseerd.

2.5. Zorgverlening, risicobeperking en herintegratie

2.5.1. Algemeen

Probleemgebruik van legale en illegale drugs is in onze samenleving niet te vermijden. Probleemgebruik(st)ers moeten dan ook kunnen terugvallen op een **brede waaier van voorzieningen**, gaande van laagdrempelige, schadebeperkende initiatieven (zoals spuitenruil en substitutieprogramma's) tot en met hoogdrempelige, drugvrije therapeutische programma's. De hulpverlening moet "zorg op maat" zijn. Dit geldt nog meer voor de jongeren die gezien hun situatie een specifieke hulpverlening behoeven. Bovendien dienen de voorzieningen op elkaar aan te sluiten en **gecoördineerd** te worden, door middel

van **overlegplatforms**, een goed uitgebouwd **registratiesysteem** en een **stringente controle** van de overheid. Vanuit een multidisciplinaire aanpak dient de gespecialiseerde drughulpverlening geïntegreerd te worden in **het bestaande netwerk van sociale en medische voorzieningen**.

Uitgangspunt is **de vrijwilligheid van de hulpzoekende**. Dwangbehandeling is te vermijden. Drangbehandeling daarentegen kan wel. Wetgevend zijn de mogelijkheden in ruime mate voorhanden, maar het komt erop aan deze bestaande mogelijkheden nog beter aan te wenden en daartoe de nodige middelen en personeel ter beschikking te stellen.

Samenwerking tussen justitie en hulpverlening dient te steunen op terreinafbakende samenwerkingsprotocollen en moet op wederzijdse erkenning gebaseerd zijn. Hierbij dient men rekening te houden met de vertrouwensrelatie tussen cliënt(e) en hulpverle(e)n(st)er en dus het beroepsgeheim van deze laatste.

Op het **federaal niveau** moet er een coherent systeem worden uitgebouwd waarin alle voorzieningen die hulp verlenen aan drugverslaafden worden beschreven. Voor elke voorziening moet bepaald worden welke de finaliteit is en aan welke normen de voorzieningen dienen te voldoen. Op basis daarvan moet een evenwichtige uitbouw van de drughulpverlening over de diverse echelons plaatsvinden.

Op **regionaal niveau** dienen de verschillende instellingen een onderling op elkaar afgestemd netwerk te ontwikkelen, en dit door middel van doelgroepafbakening, deelname aan overleg en doorverwijzing en samenwerking.

2.5.2. Risicobeperking

De nulde en eerste lijn dienen verder uitgebouwd te worden. De nadruk op de uitbouw van de nulde en eerste lijn is gesteund op de overweging dat risicogedrag veelal voorkomt bij gemarginaliseerde druggebruik(st)ers die geen of weinig contact hebben met de hulpverlening. Dit risicogedrag situeert zich niet enkel op het vlak van de volksgezondheid, maar tevens naar vormen van druggerelateerde criminaliteit en overlast toe. Bovendien kan laagdrempelige drughulpverlening een surplus betekenen als schakel en katalysator voor een betere regionale netwerkvorming.

De ontwikkeling van **harm reduction** initiatieven moet gestimuleerd worden. Zij hebben als doel de negatieve gevolgen van excessief druggebruik te beperken. Hierbij moet de aandacht gaan naar substitutieprogramma's, naar medische en psychologische begeleiding en naar programma's voor de bevordering van sociale integratie door tewerkstelling en zinvolle vrijetijdsbesteding.

Men dient steeds rekening te houden met het feit dat druggebruik samengaat met individuele en sociale problemen: het aanpakken van de verslaving op zich is niet efficiënt als niet ook de **onderliggende problematiek** wordt aangepakt. In die zin is multidisciplinariteit zeer belangrijk.

Een soepele **financiering** van deze laagdrempelige hulpverlening moet ervoor zorgen dat de doelgroep (vaak niet-verzekerden) daadwerkelijk bereikt wordt.

Bij de **methadonbehandeling** dienen **hulpverle(e)n(st)ers van de eerste lijn** (huisartsen, psychiaters, apothekers en gezondheidscentra) te worden betrokken. De voorwaarde hiervoor is evenwel dat huisartsen een degelijke vorming krijgen, dat er ondersteuning komt vanuit gespecialiseerde centra (bijvoorbeeld huisartsen inschakelen in de regionale antennes van de MSOC's) en dat een centraal beheerd registratiesysteem wordt uitgebouwd. Bij **de registratie van methadonverstrekking** moet het privé-leven van de betrokkenen en het beroepsgeheim van de hulpverleners gevrijwaard blijven (gerechtelijke en politiediensten krijgen geen wettelijke toegang tot het systeem). De registratie is enerzijds bedoeld om epidemiologische gegevens op te leveren die kunnen bijdragen tot het ontwikkelen van een beleid dat steunt op actuele tendensen, en anderzijds om ernstige gezondheidsrisico's (methadonshooting) te vermijden.

2.6. Repressie

2.6.1. De drugproductie en de drughandel

➤ De drugproductie

België dient zich maximaal in te schakelen in het **Europees drugbeleid**.

Het afremmen van de groeiende productie van legale en illegale drugs vereist een internationaal beleid, dat **politieke, economische, sociale en gezondheidsoverwegingen integreert**.

Om de economische afhankelijkheid van drugproductie tegen te gaan is er nood aan een structureel economisch ontwikkelingsbeleid dat de **substitutieteelten** actief promoot.

De internationale verdragen met betrekking tot het verbod van de vrije handel in **precursoren** dienen strikt nageleefd.

Als belangrijke producent van **psychotrope medicatie** dient België het voortouw te nemen in de beperking van de productie van de legale drugs tot hun nut voor de volksgezondheid.

➤ De drughandel

België heeft alle belang bij een **performante internationale samenwerking**, inzonderheid op het niveau van de Europese Unie. **Europol** biedt op dit punt perspectieven. Op nationaal niveau is een inhaalbeweging nodig op het vlak van **de ratificatie van de rechtshulpverdragen**. Daarnaast dient het rechtshulpinstrumentarium geautomatiseerd te worden en moet de nationaal magistraat beter omkaderd zijn. De strafrechtshandhaving dient geoptimaliseerd door een **aantal wetgevende initiatieven** en door een **aanpassing van het straffenarsenaal**.

Op het vlak van **het drugtoerisme** wordt gepleit voor een geïntegreerde, grensoverschrijdende aanpak, onder andere via het driehoeksoverleg.

Op het vlak van **de lokale drugoverlast** is er nood aan een geïntegreerd lokaal drugbeleid dat alle sectoren (sociale sector, hulpverlening, politie, justitie, bestuurlijke overheid) verenigt. De justitiehuisen kunnen hierin een rol spelen. Het is wenselijk de mogelijkheden van de burgemeester inzake bestuurlijke handhaving te verruimen.

2.6.2. Strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers, druggerelateerde criminaliteit en drughandel

➤ Opsporing en vervolging

De strafrechtelijke interventie is ten aanzien van de druggebruik(st)er steeds het **ultimum remedium**. Dit betekent dat het optreden van het repressieapparaat slechts zinvol wordt geacht indien door de druggebruik(st)er **misdrijven werden gepleegd die de maatschappelijke ordening verstoren**. De aard van deze strafrechtelijke interventie wordt bepaald door de **zwaarwichtigheid van de feiten** en de **individuele toestand van de betrokkene**. In de eerste plaats zullen (problematische) druggebruik(st)ers die in contact komen met politie of justitie georiënteerd moeten worden naar de **hulpverlening**. Buiten specifieke risicosituaties, zoals middelengebruik in het verkeer, is druggebruik op zich geen reden tot een strafrechtelijke interventie.

Het bezit van **illegale drugs** blijft strafbaar.

Een **onderscheid** dient te worden gemaakt tussen de **detailhandel uit louter winstbejag** en de **detailhandel die druggebruik(st)ers bedrijven** om in hun eigen gebruik te voorzien. In het eerste geval dient men de detailhandel te beschouwen als een essentiële schakel van het drughandelnetwerk. De aanpak dient identiek te zijn aan deze van de groothandel. In het tweede geval (het dealen voor eigen gebruik) is het aangewezen om de brede waaier van mogelijkheden aan te spreken waarover het

strafrechtsbedelingssysteem beschikt (onder meer doorverwijzingsmogelijkheden). Op dit punt stelt zich de nood aan een geïntegreerd beleid waarbij het hulpverleningsaanbod eveneens afgestemd dient te zijn op de noden van de strafrechtsbedeling en er in de onderscheiden fasen van de strafrechtsbedeling bruggen zijn om deze beleidsafstemming te operationaliseren.

Er dient een **onderscheid** te worden gemaakt tussen het bezit met het oog op eigen gebruik van **cannabisproducten** en **andere illegale drugs**. Aan het bezit van cannabis met het oog op eigen gebruik dient de **laagste strafrechtelijke prioriteit** te worden gegeven. Bij bezit met het oog op eigen gebruik van illegale drugs, andere dan cannabis, is het aangewezen te vervolgen indien er sprake is van **maatschappelijke overlast** of indien het risico daartoe reëel aanwezig is of indien de betrokkene een **problematisch** gebruik(st)er is.

Iemand die te kampen heeft met verslavingsproblemen en zich schuldig heeft gemaakt aan **druggerelateerde misdrijven** dient in de mate van het mogelijke via alternatieve afhandelingsmodaliteiten te worden bestraft (opgevangen).

➤ *Straftoemeting*

Vermeden moet worden dat **druggebruik(st)ers** die geen misdrijf hebben gepleegd in de **gevangenis** terechtkomen. De gevangenis is trouwens **niet de aangewezen plaats** om **drugverslaafden** te behandelen. De gevangenis is immers primair gericht op beveiliging van de samenleving.

Vandaar dat (verslaafde) druggebruik(st)ers in de mate van het mogelijke moeten kunnen genieten van **probatie maatregelen**, indien vervolging noodzakelijk is.

2.6.3. *Penitentiair beleid*

Algemeen dient een **penitentiair drugbeleid** te worden ontwikkeld dat helpt te voorkomen dat personen die in de gevangenis zitten drugs gebruiken. Drugverslaafde gedetineerden dienen toegang te krijgen tot **substitutiebehandelingen**.

De functie van de gevangenis is gericht op de **beveiliging van de samenleving**. De gevangenis kan maar een beperkte rol spelen in de opvang van personen met verslavingsproblemen.

De grote aantallen personen met drugproblemen **hypothekeer** elk **strafuitvoeringsbeleid** in de gevangenis. Gegeven de beperkte omkadering en de grote case-load van de deskundige begeleid(st)ers in de gevangenis, dient een beroep te worden gedaan op **het externe hulpverleningsaanbod** voor de behandeling van personen met verslavingsproblemen. Een duidelijke wettelijke regeling moet onder andere bepalen wie de verantwoordelijkheid draagt voor de medisch-therapeutische behandeling.

Een therapeutische relatie die werd opgebouwd tijdens de detentie kan nadien worden voortgezet, onder meer door gebruik van de **diverse modaliteiten van de tenuitvoerlegging van de straf en van de onderbreking van de strafuitvoering**. De capaciteit van de **drugsvrije afdeling** dient drastisch te worden opgevoerd.

3. **Stand van zaken**

Het universiteitsrapport "Het Belgisch Drugbeleid anno 2000: een stand van zaken" van de professoren B. De Ruyver (Universiteit Gent) en J. Casselman (Katholieke Universiteit Leuven) inventariseerde welke aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs, die op 5 juni 1997 verslag uitbracht in de Kamer (Parl. St., Kamer, 1996-1997, 1062/1 tot 1062/3), reeds gerealiseerd werden. Dit hoofdstuk is gebaseerd op het genoemde universiteitsrapport.

3.1. ***Een geïntegreerde, globale benadering***

3.1.1. Algemeen

In het algemeen kan besloten worden dat er **van een afgestemd beleid nog te weinig sprake is, ondanks een zekere vooruitgang** op bepaalde gebieden.

3.1.2. Verticale beleidsafstemming

Op het gebied van het **algemeen beleid** (volksgezondheid, justitie, sociale zaken) blijkt een degelijke beleidsafstemming tussen alle bevoegde ministers van de Gemeenschappen en de federale overheid niet tot stand te zijn gekomen. De Interministeriële Conferentie is welgeteld eenmaal samengekomen. De Kamer van Volksvertegenwoordigers heeft een **resolutie** gestemd waarin wordt aangedrongen op de oprichting van een "**Cel Drugbeleid**", met daarin vertegenwoordig(st)ers van alle federale en andere bevoegde beleidsdepartementen.

Op het gebied van de **preventie** is het landschap wel grondig gewijzigd. Nochtans maakt dat bij gebrek aan een eenduidig beleid verschillende initiatieven genomen worden die los staan van elkaar met eigen, specifieke doelstellingen. In de **Vlaamse Gemeenschap** werd een duidelijke coördinatiestructuur uitgetekend die de samenwerking en afstemming tussen de verschillende preventieniveaus moet garanderen. Het ontbreekt deze verschillende coördinatiestructuren evenwel aan een formeel mandaat om die afstemming te realiseren. Sinds het nieuwe decreet op de promotie van de volksgezondheid bestaat in de **Franstalige gemeenschap** geen officiële coördinatie meer op het vlak van de preventie op gemeenschapsniveau. De coördinatie gebeurt op lokaal vlak, gedecentraliseerd, door de lokale gezondheidscentra.

Nog steeds is er een gebrekkige aansluiting tussen de **justitiële verwijzers en de algemene en categoriale hulpverlening**. Het aanbod van de hulpverlening blijft onvoldoende bekend.

Heden ten dage bestaan er diverse werkgroepen die verscheidene actoren rond de tafel brengen; maar vaak hebben zij geen beslissingsbevoegdheid. Als er nu reeds overleg bestaat in het drugveld en men in bepaalde gevallen tot een constructief resultaat kan komen, is dit hoofdzakelijk te danken aan bepaalde sterke persoonlijkheden en niet aan structurele initiatieven. Een inventarisatie van de overlegstructuren bestaat niet.

3.1.3. Horizontale beleidsafstemming

Dat bepaalde steden aan **een constructieve uitbouw van het overleg** aan het werken zijn, mag in de verf worden gezet. Dit gebeurt zowel op het vlak van de uitwerking van een beleidsplan als op het vlak van het afstemmen van de betrokken actoren in de hulpverlening en preventie. Antwerpen met het Stedelijk Overleg Drugs (SODA) is hier koploper. Maar ook Genk (Limburgs Luik Drugplan), Gent (Stuurgroep Drugbeleid), Brugge (Drugoverlegplatform Brugge), Aalst (Regionaal Drugoverlegplatform), Charleroi (Coordination drogue), Luik (Coordination des actions en toxicomanie), Mechelen (Drugpreventieplatform Mechelen) ontwikkelen een lokaal beleid waar alle partners bij betrokken zijn. Het uitwerken van een lokaal drugbeleid en een Strategisch Plan Drugs past perfect in de filosofie van de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs en behoeft van alle betrokken overheden verdere ondersteuning. Deze vergaderingen moeten door het beleid daadwerkelijk **ondersteund** worden.

3.1.4. Financiering

Nog steeds is er een **grote verscheidenheid in financieringsbronnen**. Drugprojecten worden gesubsidieerd door Sociale Zaken (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, RIZIV), Volksgezondheid, Binnenlandse Zaken (veiligheids- en samenlevingscontracten) en de deelregeringen.

Deze verscheidenheid bevordert **de overzichtelijkheid** niet. Een poging om zicht te krijgen op wie wat financiert, leert ons vooral dat het door de DWTC uitgeschreven onderzoek naar "het beleid ten aanzien van illegale drugs, betrokken diensten, kostprijs en betrokken populatie van gebruikers" dringend nodig is. Dit onderzoek start pas in 2001. Het onderstaande overzicht is dan ook zeer rudimentair en onvolledig. Bepaalde cijfers zijn onbetrouwbaar. Een uniforme, degelijke registratie is dringend noodzakelijk. We

mogen wel met vrij grote zekerheid stellen dat het RIZIV, zoals verwacht, de belangrijkste financieringsbron is.

Financiering van de verslavingszorg: globaal overzicht

Psychiatrische ziekenhuizen, Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, Psychiatrische verzorgingstehuizen en Beschut Wonen (cijfers voor 1998: "middelengerelateerde stoornis" als hoofddiagnose):

Totaal: 2.735.000.432 BEF

◆ *Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen:*

Totaal: 665.805.954 BEF (= 12.814 behandelingen * 10 ligdagen * 5511 BEF (ligdagprijs))

◆ *Psychiatrische Ziekenhuizen:*

Totaal: 1.866.225.582 BEF (= 15.522 behandelingen * 27 ligdagen * 4453 BEF (ligdagprijs))

◆ *Psychiatrische Verzorgingstehuizen:*

Totaal: 122.355.896 BEF (= 152 behandelingen * 247 ligdagen * 3259 BEF (ligdagprijs))

◆ *Beschut Wonen:*

Totaal: 80.613.000 BEF (= 568 behandelingen * 175 ligdagen * 811 BEF (ligdagprijs))

RIZIV-conventies (cijfers voor 1999)

Totaal: 908.892.600 BEF

◆ 659.250.102 BEF voor de residentiële centra (8 crisisinterventiecentra en 14 therapeutische gemeenschappen)

◆ 249.642.498 BEF voor de ambulante centra (8 MSOC's en 6 dagcentra)

De residentiële centra behandelden 1134 patiënten. De ambulante centra behandelden 3248 patiënten (waarvan 2672 in de MSOC's). 477 patiënten werden zowel residentieel als ambulant behandeld in 1999.

Huisartsen

Totaal: onbekend

Globaal plan (cijfers voor 2000)

Totaal: 314.669.400 BEF

◆ 67.500.000 BEF voor drugcontracten en luiken drugs uit de preventiecontracten (16 in Vlaanderen, 12 in Wallonië, 1 in Brussel)

◆ 247.169.4000 BEF voor de luiken drugs uit de veiligheids- en samenlevingscontracten (11 in Vlaanderen, 5 in Wallonië, 6 in Brussel)

Vlaamse Gemeenschap (cijfers voor 2000)

Totaal: 92.600.000 BEF

◆ 77.600.000 BEF: VAD-coördinatie en uitbesteding van projecten

◆ 15.000.000 BEF: provinciale preventieplatforms (6 * 2.500.000)

VSP (cijfers voor 1999)

Totaal: onbekend (totaal budget voor alle opdrachten: 104.800.000 BEF)

Franse Gemeenschap (cijfers voor 2000)

Totaal: 50 miljoen BEF

Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (cijfers voor 2000)

Totaal: 20 miljoen BEF + een onbekend bedrag

◆ 20 miljoen BEF: CGG-convenanten rond regionale afstemming (alcohol en andere drugs)

◆ 1,27 miljard BEF: globaal budget CGG-erkenningen, waaronder 10 drugpreventiewerkers

Waalse Gewest (cijfers voor 2000)

Totaal: 50 miljoen BEF

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Totaal: onbekend

Reitox (Europese epidemiologie, cijfers voor 2000)

Totaal: 12.293.000 BEF

Waarvan:

2.127.000 BEF door het Europees Waarnemingscentrum

10.166.000 BEF door de Gemeenschappen

Franse Gemeenschapscommissie

Totaal: onbekend

Duitstalige Gemeenschap (cijfers voor 2000)

Totaal: 6.900.000 BEF

- ◆ ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung / asbl prévention primaire de drogues): 3,7 miljoen BEF
- ◆ SPZ (Sozial-Psychologisches Zentrum / centre de santé mentale, prévention secondaire): 2,8 miljoen BEF
- ◆ Mondorfer Gruppe / groupe de travail Mondorf de la région Saar-Lor-Lux: 0,4 miljoen BEF

Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (cijfers voor 2000)

Totaal: 6.475.00 BEF (Concertation Toxicomanie Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel)

We beschikken niet over cijfers omtrent de financiering van de overige verslavingszorg (OCMW's, jongerenadviescentra, centra voor algemeen welzijnswerk, bijzondere jeugdbijstand, provincies, gemeentes, Sociaal Impulsfonds, en vele andere actoren)

We beschikken op dit moment over geen enkel cijfer omtrent de kost van de strafrechtelijke reactie op druggebruik (politie en justitie).

Kortlopende financieringsmiddelen (zoals de veiligheids- en samenlevingscontracten, die jaarlijks dienen geëvalueerd te worden) maken dat er geen langetermijnvisie en geen continuïteit ontwikkeld wordt en dat deze projecten geen aantrekkelijke jobs inhouden. Bovendien gelden voor de **verschillende financieringen verschillende evaluatiecriteria**.

De financiering wordt hoofdzakelijk onder **de steden** verdeeld. Deels terecht aangezien daar de grootste problemen te situeren zijn, deels onterecht aangezien ook niet-stedelijke gebieden niet over het hoofd mogen gezien worden, zeker in het licht van de ontrading en de preventie.

3.2. Evaluatie / Epidemiologie

Er werden weinig onderzoeksinitiatieven genomen (die aan de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep tegemoet komen) om een zicht te krijgen op het gebruik van **illegale drugs**. We kunnen hier twee onderzoeken vermelden: enerzijds een doctoraatstudie aan de K.U.Leuven naar cocaïnegebruik(st)ers in het Antwerpse, die voornamelijk tegemoet komt aan de eis van de kwalitatieve benadering, en anderzijds een studie naar de gezondheid van jongeren die voor Vlaanderen uitgevoerd wordt door de Universiteit Gent (U.G.), afdeling Maatschappelijke Gezondheidskunde, en voor Wallonië door de Université Libre de Bruxelles (U.L.B). Dit laatste onderzoek wordt regelmatig herhaald en peilt onder andere naar het gebruik van legale en illegale drugs. Het onderzoek maakt deel uit van een internationale studie, 'Health Behaviour in Schoolaged Children', uitgevoerd onder toezicht van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Zulke initiatieven zijn zeker aan te moedigen.

In België werd het I.H.E., Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (nu WIV, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid), aangesteld als **focal point voor het Europese Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** (EMCDDA). In praktijk zijn het de subfocal points die instaan voor de verzameling van bestaande epidemiologische gegevens. Het subfocal point voor Vlaanderen is de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Het subfocal point voor de Franse Gemeenschap is het Comité de Concertation Alcool et Drogues (CCAD), nu vervangen door Eurotox. Het

subfocal point voor Brussel is de Concertation Toxicomanie Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel (CTB-ODB). En het subfocal point voor het Duitstalige landsgedeelte is de Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL).

Financiering van onderzoeken gebeurt eerder op een ad hoc basis, door een veelheid van instanties (ministeries, universiteiten, plaatselijk initiatief) en meestal door niet-gouvernementele instituten. De onderzoeken zijn vaak van beperkte duur en hebben een variabele wetenschappelijke waarde.

Op het vlak van de registratie van **problematisch druggebruik** kunnen we enkele initiatieven vermelden die genomen werden om binnen de hulpverlening tot uniforme registratie te komen.

Naar analogie van de **Minimale Psychiatrische Gegevens** (MPG), het registratiesysteem van de psychiatrische ziekenhuizen in België, wordt specifiek voor druggebruik(st)ers een registratieformulier ontworpen aan de hand waarvan patiëntgegevens worden geregistreerd bij de opname, tijdens het verblijf en bij het ontslag, de **Minimale Toxicomanie Gegevens** (MTG), wat een evaluatie van de effecten van de behandeling mogelijk moet maken. Er dient hierbij rekening te worden gehouden met de recente vernietiging door de Raad van State van het K.B. over de MPG-registratie.

De **VAD** coördineert de Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM, registratie van individuen in de drughulpverlening), een project dat zijn oorsprong vond in de Drugnota van mevrouw Demeester. Het poogt de bestaande registratiesystemen van verschillende groepen van voorzieningen te integreren in het nieuwe systeem aan de hand van de variabelenset van de VAD. Het doel van dit geïntegreerd registratiesysteem is zicht te krijgen op de kenmerken van de populatie in de hulpverlening. Dit systeem ging van start in 1996. De gegevens tot 1998 zijn momenteel beschikbaar. Nog niet alle voorzieningen nemen aan deze uniforme registratie deel.

Andere registratiesystemen zijn Adibru (Brussel), Fiche Commune du CCAD (Franse Gemeenschap) en Ginger (Vlaamse preventieprojecten).

Op **lokaal niveau** is er onder andere het lopend onderzoek van SODA, dat een uniforme registratie uitwerkt voor vier drughulpverleningsinstellingen in de stad Antwerpen.

Wat de **bundeling** van de beschikbare epidemiologische gegevens op nationaal vlak betreft, is er heel wat achterstand. De pogingen tot **uniforme registratie** bevinden zich in de kinderschoenen.

3.3. Preventie, sensibilisering en risicobeheersing

3.3.1. Algemeen

Nationaal en internationaal constateren we een **overwicht in bezorgdheid omtrent illegale drugs**, terwijl het gebruik van legale drugs nog steeds meer gezondheids- en welzijnsproblemen veroorzaakt dan het gebruik van illegale drugs.

België telt 28 % dagelijkse **ro(o)k(st)ers**. Dit is 2 % meer dan in 1998. In mei 2000 was er een nieuwe **anti-rookcampagne** via de apothekers, waarbij stoppers een reis naar Kenia of een aanzienlijke geldprijs konden winnen. Deze campagne werd georganiseerd door de Algemene Pharmaceutische Bond (Association Pharmaceutique Belge) en de Wereldgezondheidsorganisatie, met de steun van de farmaceutische industrie.

De **consumptie van alcohol daalt** sinds 1985 en bedroeg in 1997 8,9 liter pure alcohol per Belg. De Belgen staan hiermee dertiende op de wereldranglijst. 8 procent van de Belgen dronk in 1997 **dagelijks** alcohol. 17,7 procent van de Belgen dronk in 1997 minstens één keer per maand **zes of meer glazen alcohol op een dag** (wat door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd wordt als alcoholmisbruik).

Zeker in de loop van de jaren negentig kende de preventie van alcohol- en andere drugproblemen een **duidelijke professionalisering**, alhoewel we op dit vlak nog steeds dezelfde knelpunten vaststellen, met name een overwicht van de aandacht voor preventie van illegale drugs tegenover legale drugs (en dan

voornamelijk naar jongeren toe); problemen omtrent de evaluatie van de effectiviteit van diverse preventiestrategieën; problemen met de coördinatie op beleidsniveau en gebrek aan stabiliteit en continuïteit voor preventiewerk(st)ers. Verschillende initiatieven werden genomen op federaal niveau, op gemeenschapsniveau, op het niveau van de provincies en op lokaal niveau. De **werkprincipes** van het huidige preventiewerk zijn gebaseerd op modellen uit de categoriale alcohol en andere drughulpverlening, de gezondheidsvoorlichting en -promotie en het welzijnswerk. Deze stromingen werden gesynthetiseerd in het VAD-Preventiewerk, dat uiteindelijk geleid heeft tot een globale visietekst (1990), waarin een globale aanpak, de intermediair als expliciete doelgroep van het preventiewerk, de autonomie van het individu, de participatie van de doelgroep en een planmatige aanpak centraal staan. Een analoge evolutie deed zich voor in het Franstalig landsgedeelte, meer bepaald in de schoot van het CCAD (nu vervangen door Eurotox).

Primaire preventie (het voorkomen van problemen als gevolg van druggebruik) heeft nog steeds het overwicht, terwijl er weinig aandacht besteed wordt aan **secundaire preventie** (het vroegtijdig opsporen en begeleiden van personen met een verhoogd risico op problemen ten gevolge van druggebruik).

Onder meer de verdere uitbouw van het straathoekwerk betekent een evolutie op het vlak van secundaire preventie ten aanzien van bepaalde **risicogroepen**, zoals jongeren binnen gemarginaliseerde buurten. De straathoekwerkers die verbonden zijn aan de gespecialiseerde dagcentra worden hoe langer hoe meer gegroepeerd onder stedelijke bevoegdheid, waardoor de specialisatie vaak verloren gaat. Wat jongeren in het uitgangleven betreft, stelde het Actieplan Toxicomanie-Drugs reeds in 1995 een programma voor ter bestrijding van het recreatief (legaal en illegaal) druggebruik. Uitgezonderd een initiatief van het Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid (VSPP) in 1997 en enkele bestaande lokale straathoekwerkprojecten, wordt hieromtrent weinig ondernomen. Het VSPP-project werd trouwens niet voortgezet aangezien het programma zoals voorgesteld in het Actieplan niet de meest adequate aanpak bleek te zijn.

De ontwikkeling van **harm reduction** initiatieven bleef grotendeels beperkt tot de oprichting van de MSOC's voor druggebruik(st)ers. Harm reduction verdient evenwel een plaats op alle echelons van de hulpverlening (van straathoekwerk tot therapeutische gemeenschap).

3.3.2. Jongeren

Door sommige drughulpverleningsdiensten wordt vastgesteld dat de **beginleeftijd** waarop jongeren met drugs in contact komen daalt. Jongeren zouden vandaag voor het eerst in contact komen met illegale drugs vanaf 13 jaar, soms zelfs 11 jaar.

Het drugbeleid inzake jongeren spitst zich in hoofdzaak toe op **preventie**. Preventie wordt enerzijds georganiseerd door de **Gemeenschappen**, anderzijds door middel van de **veiligheids- en samenlevingscontracten**. Hierbij wordt gewerkt aan schoolreglementen, afspraken met politie en parket, en het opleiden van jeugdadviseurs (peer-education).

Wat betreft het **verhogen van de beginleeftijd** van het gebruik, merken we op dat de meeste preventie-initiatieven erop gericht zijn om jongeren het druggebruik te ontraden. De preventie van het gebruik van legale en illegale drugs ten aanzien van **volwassenen** gebeurt te weinig. In België betreffen de meest gesubsidieerde acties **preventie in het middelbaar onderwijs** (naast de hulpverlening voor volwassenen). Preventieprojecten voor het lager onderwijs bestaan al jaren, maar worden niet altijd voldoende gesteund.

3.3.3. Psychoactieve geneesmiddelen

Het gebruik van **psychoactieve geneesmiddelen**, zowel door jongeren als door volwassenen, verdient meer aandacht. De productie van deze middelen (stimulerende middelen, kalmeermiddelen, slaapmiddelen) blijft onverminderd op peil. De implementatie van de aanbeveling van de werkgroep "drugs" - het beperken van de productie van psychotrope medicatie tot hun meerwaarde voor de volksgezondheid - is tot op heden **niet echt gebeurd**. Er werden wel een aantal initiatieven genomen om misbruik te verminderen (bijvoorbeeld voor Rohypnol: het strafbaar stellen van het loutere bezit zonder

voorschrift, het verbieden van de grote dosissen, het verplicht toevoegen van een kleurstof). De commerciële reclame voor psychoactieve geneesmiddelen is zeer beperkt en daarenboven grondig gereguleerd.

3.3.4. *Smart drugs*

In België wordt de bevolking nog niet uitvoerig ingelicht omtrent de effecten van **smart-drugs**. Het "Koninklijk Besluit van 29 augustus 1997 betreffende de fabricage van en de handel in voedingsmiddelen die uit planten of uit plantenbereidingen samengesteld zijn of deze bevatten" verbiedt het gebruik van een aantal planten (die vaak gebruikt werden in de zogenaamde smart-drugs), omdat zij "de gezondheid van de verbruikers ernstig kunnen schaden". De **Algemene Eetwareninspectie** voert sporadisch controles uit. Ook de ambtenaren van de **Algemene Farmaceutische Inspectie** zijn belast met het toezicht op de naleving van de bepalingen van het K.B. **Nederlands onderzoek** wijst uit dat de smartdrugs vaak geconsumeerd worden door gebruik(st)ers van illegale drugs. Het **aantal verkooppunten** van smart drugs lijkt te zijn **gedaald**.

3.3.5. *Invloed van legale en illegale drugs op het rijgedrag*

De **campagnes omtrent de invloed van drugs op het rijgedrag** spitsten zich voornamelijk toe op het gebruik van alcohol. Getuige hiervan zijn de 'VODKA'- en 'BOB'-campagnes. Voornamelijk het 'BOB'-concept blijkt zijn effect te ressorteren.

Op 9 april 1999 is **de wet van 16 maart 1999** tot wijziging van de wegverkeerswet in voege getreden. Deze wet stelt het gebruik van cannabis, amfetamines en designer amfetamines, morfine en cocaïne achter het stuur strafbaar. Het wettelijk bepaalde betekent echter niets zonder de praktische toepassing ervan en het is juist deze toepassing die nu al vragen oproept. Deze vragen werden geformuleerd door de werkgroep 'Middelengebruik en verkeersveiligheid' op het nationaal congres 'Drugbeleid 2000' van 26 en 27 oktober 1999 te Gent. Men dient werk te maken van **onderzoek** naar de effecten van het gebruik van zowel legale als illegale drugs op het rijgedrag. Dit is trouwens een belangrijk beleidspunt van het Europees Drugsobservatorium. In dit verband kunnen we het Europees project Road Side Testing Assessment (ROSITA) vermelden, dat in 1999 opgestart werd en dat de ogenschijnlijk eenvoudige screening van drugs langs de weg kritisch en op een wetenschappelijk verantwoorde manier wil evalueren. Naast de repressieve aanpak dient er meer ruimte te komen voor een **preventieve aanpak** van dit probleem.

3.4. **Zorgverlening, risicobeperking en herintegratie**

3.4.1. *Algemeen*

Men dient er zich van bewust te zijn dat het **problematisch gebruik** van zowel legale als illegale drugs in verhouding slechts een klein percentage bedraagt van het **gebruik** bij de totale bevolking.

Bovendien moet men er zich rekenschap van geven dat het **meervoudig gebruik** van legale en illegale middelen steeds meer voorkomt. Het is van groot belang dat hulpverlening en preventie zich richten op dit meervoudig gebruik. Dit vereist ook grondig onderzoek.

Het verschil tussen gebruik en problematisch gebruik is steeds gelinkt aan een andere destabiliserende factor zoals een problematische persoonlijkheid en / of een problematische leefomgeving. Het blijft uiterst belangrijk om hulpverlening en preventie niet enkel op het gebruik te richten, maar meer nog op **de samenhangende problematiek** op medisch, psychologisch en sociaal vlak.

De **hulpverleningscapaciteit** voor druggebruik(st)ers heeft in België de laatste tijd een expansie gekend. Naast het uitbreiden van bestaande initiatieven, werden ook nieuwe initiatieven, onder meer voor laagdrempelige hulpverlening (MSOC's), genomen. Dit was voornamelijk mogelijk door bijkomende financiering vanuit de gezondheidssector (RIZIV) en via de veiligheids- en samenlevingscontracten. Coördinatie van de verschillende initiatieven blijft moeilijk, onder meer door het gebrek aan een globaal drugbeleid en wegens de disparate financiering.

België beschikt dus over een **brede waaier van voorzieningen** op de diverse echelons van de hulpverlening. De spreiding over de verschillende echelons en geografisch is vrij ongelijk. Laagdrempelige hulpverlening (zoals straathoekwerk en harm reduction) is nog steeds ondervertegenwoordigd.

Een knelpunt is de soms **gebrekkige afstemming tussen de ambulante en residentiële hulpverlening**. Voor acute drugproblemen is er een dringende nood aan extra capaciteit voor residentiële crisisopvang.

Het werk dat op verschillende plaatsen gemaakt wordt van **overleg** tussen de drughulpvoorzieningen verdient aanmoediging en uitbreiding. De uitbouw van een **coherent systeem** waarin alle drughulpvoorzieningen worden beschreven, bestaat op federaal niveau vooralsnog niet.

De inbedding van de gespecialiseerde hulpverlening in het **algemeen netwerk** van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen - voornamelijk de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en de huisartsen - verloopt op de meeste plaatsen vlotter dan voorheen. Men constateert immers een grotere toegankelijkheid van de algemene medische en sociale voorzieningen voor druggebruik(st)ers als gevolg van het feit dat er in deze sectoren heel wat bijscholing is verricht. Daardoor wordt niet langer de voorwaarde van abstinentie (fysieke ontwenning) gesteld om toegang te krijgen tot onderdak, een uitkering of een opleiding. Nochtans zijn hierin regionale verschillen te onderkennen. Netwerkontwikkeling dient bijgevolg blijvend aandacht te krijgen.

Een pijnpunt blijft nog steeds de **samenwerking tussen hulpverlening en justitie** in het kader van de hulpverlening bij gerechtscliënten. Meer en meer vertoont de drughulpverlening op alle mogelijke echelons raakvlakken met justitie. De geheimhoudingsplicht van hulpverl(e)en(st)ers (art. 458 SW) in de interactie justitie - hulpverlening dient duidelijk omschreven te worden. Vanuit de hulpverlening worden enkele uitgangspunten geformuleerd: de cliënt(e) moet weer centraal gesteld worden (maatregelen dienen meer in samenspraak met de cliënt(e) en zijn / haar omgeving te worden opgelegd), er moeten duidelijke richtlijnen komen voor hulpverl(e)en(st)ers die worden aangesteld in het kader van de preventie- en veiligheidscontracten, er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen hulpverleningsactiviteiten vanuit een welzijnsoptiek enerzijds en vanuit een veiligheidsoptiek anderzijds en er moeten protocollen opgesteld worden over de juiste inhoud van de informatie die gerapporteerd dient te worden aan justitiële instanties. Zulke **protocollen** werden bijvoorbeeld reeds uitgewerkt door de Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen-Limburg (CAD), in samenspraak met de plaatselijke justitiediensten, om tot een vlotte samenwerking te komen zonder dat daarbij de geheimhoudingsplicht van de hulpverleners in het gedrang komt.

Bij politie en justitie merkt men een toenemend besef dat men, inzonderheid bij problematisch middelengebruik, weinig geholpen is met een exclusief strafrechtelijke bejegening. De **ultimum remedium-filosofie** wint veld alhoewel afwijkende opvattingen nog steeds voorkomen en het duidelijk is dat vooral in de grote steden de strafrechtshandhavers het meest geneigd zijn om zich te wenden tot de drughulpverlening.

De **justitiehuizen** vervullen in toenemende mate een **verbindingsrol** in de relatie tussen de strafrechtsbedeling en de drughulpverlening. Vermits het netwerk van justitiehuizen en ook hun operationeel kader nog beperkt is, zijn ze momenteel nog niet in staat om de aanbeveling van de werkgroep "drugs" (namelijk te zorgen voor een snelle justitiële afhandeling in geval van drugoverlast) waar te maken.

De grootste knelpunten situeren zich op het vlak van **de hulpverlening aan jongeren**. Er is **onvoldoende overleg en een te groot verschil in methodiek en klinisch werken** binnen de drughulpverlening enerzijds en tussen de drughulpverlening en de overige jeugdwerking anderzijds. Er ontbreekt tevens een **multidisciplinaire, intersectoriële trajectbegeleiding**, hetgeen overigens niet alleen geldt voor het thema drugs. Een **trajectbegeleid(st)er** zou een jongere en zijn / haar familie moeten kunnen volgen op een traject doorheen de gezondheidszorg.

De opvang van jongeren in de scholen is dankzij de hoger beschreven preventieprojecten (sensibilisering en het uitwerken van schoolreglementen en schoolbeleid) sterk verbeterd. Nochtans worden druggebruikende jongeren in sommige **niet-categoriale organisaties** (scholen, internaten,

ziekenhuizen, e.a.) nog steeds geweerd. Veelal wordt "te onmiddellijk" gereageerd op wat men ziet of uiterlijk vaststelt. Te weinig wordt gezocht naar de onderliggende reden van het actuele gedrag. Indien de instelling of organisatie geen oplossing vindt of de eigen methodieken uitgeput zijn, doet men soms te vlug een beroep op de drughulpverleningscentra. Instellingscarrières worden hierdoor geïnstalleerd en in stand gehouden.

Niet alleen reguliere organisaties weren jongeren met een drugproblematiek, ook **drughulpverleningsinstellingen** hanteren criteria om jongeren al dan niet toe te laten. Wanneer een antwoord op een hulpvraag (meestal een crisisvraag) nodig is, botsen jongeren met een drugproblematiek dikwijls op een muur. Want dan blijkt er een wachtlijst te zijn, het team moet eerst nog besprekingen voeren, het profiel van de jongere past niet, ... Jongeren en hun ouders worden teveel en te lang van het kastje naar de muur gestuurd. De problematiek glijdt af en vele kansen worden gemist, die later in veel moeilijkere omstandigheden opnieuw moeten worden opgenomen. Tenslotte is het bestaan van de zogenaamde "**zwarte lijst**" een cruciaal probleem, net zoals dit bij de volwassen druggebruik(st)ers het geval is. **Delinquente jongeren of jongeren met een psychiatrische problematiek** worden veelal geweigerd in de drughulpverlening. Op deze wijze wordt een groep gevormd die overal uit de boot dreigt te vallen.

Indien behandeling uiteindelijk toch aangewezen is, wordt vastgesteld dat er binnen de ambulante en residentiële werking nood is aan een **specifieke werking met minderjarigen**. Het is immers raadzaam om hulpverlening aan minderjarigen en meerderjarigen gescheiden te houden. Een eerste residentieel hulpverleningscentrum voor minderjarige verslaafden werd op 1 juni 1999 erkend door de Vlaamse Gemeenschap. Aansluitend op residentiële behandeling is **nazorg** van essentieel belang. Deze nazorg wordt nog te weinig gewaarborgd.

Comités Bijzondere Jeugdzorg en Jeugdrechtbanken worden aangesproken om een "onmiddellijke" oplossing te vinden. Bij gebrek aan psycho-diagnostische doorlichting wordt niet zelden een onjuiste, ondoeltreffende doorverwijzingsbeslissing genomen. Druggebruikende jongeren verdwijnen in residentiële voorzieningen zoals Gemeenschapsinstellingen. Indien daar geen plaats is, komen ze in gevangenschappen terecht. Andere jongeren met jeugd-psychiatrische ziektebeelden, die drugs als auto-medicatie gebruiken, worden doorgestuurd naar centra waar de methodiek niet de juiste is. In dit stadium zijn reeds zovele diensten en hulpverl(e)en(st)ers betrokken dat efficiënt klinisch en diepgaand werk sterk bemoeilijkt wordt.

3.4.2. Harm-reduction

De voorbije jaren werden nieuwe initiatieven voor **laagdrempelige hulpverlening** genomen. De belangrijkste verwezenlijking op dit vlak is de oprichting van acht **MSOC's**, verspreid over het hele land. Deze MSOC's zijn laagdrempelig, bestaan uit multidisciplinaire teams en werken deels "out reach". Dat er wel degelijk behoefte bestaat aan deze laagdrempelige hulpverlening, bewijst de **hoge caseload** van meerdere van deze centra. Een belangrijk aspect van hun werking betreft de **verstrekking van substitutieproducten** (voornamelijk methadon), maar dit gaat steeds gepaard met een medische, psychologische en sociale begeleiding. Zij hebben een controlerende werking op de methadonverstrekking in de regio via samenwerking met artsen en apothekers. Een **evaluatie** van deze centra gebeurt momenteel door vier universiteiten en zal onder andere de inbedding van de centra in het regionale netwerk van voorzieningen beschrijven. Een synthese van de onderzoeksresultaten, vergezeld van aanbevelingen naar het beleid toe, wordt verwacht tegen februari-maart 2001.

Wat betreft **de methadonbehandeling** constateren we enerzijds **een groeiende openheid** bij huisartsen ten aanzien van deze behandeling, maar anderzijds het uitblijven van een **wettelijke regeling** terzake. Op dit ogenblik bestaan er enkel de richtlijnen van de **consensusconferentie** van 1994 en een wetsvoorstel van 9 september 1999. De richtlijnen van de consensusconferentie vormen een louter wetenschappelijke basis voor de methadonverstrekking. Hoewel vervolgingen voor het strafbare "instandhouden van een verslaving" niet of nauwelijks (meer) plaatsgrijpen, wordt toch de nood gevoeld aan juridische zekerheid hieromtrent. Dit houdt zowel een algemene basiswetgeving in als een wettelijke regeling met betrekking tot de praktische uitvoering ervan via huisartsen, apothekers en centra die bevoegd zijn om voor methadonverstrekking in te staan. **Samenwerking** van artsen en apothekers met gespecialiseerde (laagdrempelige) centra is hierbij immers van groot belang, aangezien het welslagen van een behandeling met methadon vaak afhangt van de mate waarin deze behandeling gekaderd wordt in een psycho-sociale

begeleiding. Daarnaast dient er opgemerkt te worden dat **de registratie van methadonbehandelingen** niet overal gebeurt en dat ze zeker niet overal op een uniforme wijze gebeurt.

De wetswijziging inzake **sputenruil**, die ook uitdrukkelijk voorzien was in het Actieplan Toxicomanie-Drugs (1995), is uiteindelijk tot stand gekomen. Ook het uitvoeringsbesluit werd zeer recent gepubliceerd. Sputenruilprojecten hangen nu dus niet meer af van de goodwill van plaatselijke overheden en instanties. In Vlaanderen zijn de eerste stappen ondernomen voor concrete sputenruilprojecten. We vermelden hier eveneens het AIDS-preventieproject ten behoeve van druggebruik(st)ers in de Euregio, waarbij vier hulpverleningsinstellingen betrokken zijn uit Luik, Aken, Hasselt en Nederlands Zuid-Limburg. Zulke initiatieven verdienen navolging.

Rond de optimalisering van het aanbod van laagdrempelige hulpverlening betreft de discussie niet langer een verbetering van het aanbod door het ontwikkelen van nieuwe initiatieven, maar het **uitbreiden en erkennen van het bestaande aanbod**.

Binnen de **RIZIV-voorzieningen** is er een specialisatie ontstaan naar **specifieke doelgroepen**. Zo werd gestart met een afdeling voor vrouwen met kinderen, een jongerenprogramma en een afdeling voor druggebruik(st)ers met uitgesproken psychiatrische stoornissen. Een MSOC doet met succes inspanningen om prostituees en zwangere druggebruiksters te bereiken. Dit zijn enkele voorbeelden van trends die mogelijk worden als het hulpverleningsaanbod voldoende groot is en als het beleidsniveau dit ook als een uitdrukkelijke verwachting formuleert.

De recente ontwikkelingen in de drughulpverlening creëren ook **nieuwe noden**. Voor hooggedoseerde methadonpatiënten die uit een crisisprogramma komen, is er nood aan **aangepaste residentiële opvang**. Een groep van problematische druggebruik(st)ers die tevens een psychiatrisch ziektebeeld vertonen (**dubbele diagnose**) vinden moeilijk hun plaats, noch in de verslavingszorg, noch in de psychiatrische voorzieningen. Verder is er een tekort aan specifieke tewerkstellingsprojecten voor mensen met een gestabiliseerd druggebruik en aan specifieke programma's voor druggebruikende gedetineerden.

3.5. *Repressie*

3.5.1. *De drugproductie en de drughandel*

➤ *De drugproductie*

De **mondialisering** van de productie van legale en illegale drugs zet zich onverminderd door. **Steeds meer landen** manifesteren zich als productiestaat. Voor landen met een zwakke economie leidt dit, in verhouding, tot **een groeiende afhankelijkheid van drugproductie en drughandel**. De illegale economie tast het zwakke sociaal-economische weefsel aan en **perverteert de politieke, financiële en sociale instituties**.

De mondialisering zorgt bovendien voor een **stijging van de productie**. Dit laatste geldt zonder meer voor **de synthetische drugs** die, wereldwijd, de laatste jaren een explosieve groei kennen, zowel in vraag als in aanbod.

Een andere opvallende vaststelling is de **toenemende diversificatie** van de productie van illegale drugs in heel wat productiestaten. Blijkbaar spelen zowel het onverminderd lucratief karakter als het voorhanden zijn van meerdere smokkelkanalen hierbij een activerende rol.

De toegenomen drugproductie laat zich in het bijzonder merken in een **aantal regio's** die zich laten kenmerken door **politieke instabiliteit, sociaal-economische problemen en een gebrekkige politieke en justitiële handhaving**. In dit verband kan verwezen worden naar tal van landen in Centraal- en Oost-Europa. Gezien de nabijheid van de West-Europese afzetmarkt is deze vaststelling voor de Europese Unie bedreigend, zeker in het licht van de vooropgestelde uitbreiding van de Unie.

De naleving van de internationale verdragen die voorzien in een strikt toezicht op de handel in **precursoren** blijft **problematisch**. Voor de goed in de markt liggende **synthetische drugs** geldt

bovendien dat de aanmaak weinig eisen stelt. Er zijn aanwijzingen dat de productie van amfetamineachtige stimulerende middelen binnen de Europese Unie gecontroleerd wordt door criminele organisaties. België ontsnapt helaas niet aan deze ontwikkeling.

De resultaten met de substitutieteelten blijven geografisch **zeer beperkt**. Op korte termijn mag men weinig structurele impact van de promotie van substitutieteelten verwachten. Desalniettemin blijven de Verenigde Naties (United Nations Drugs Control Program, UNDCP) en de Europese Unie (actieplan 2000-2004) deze strategie aanhouden. Wat de Europese Unie betreft worden alle bestaande instrumenten (onder andere ontwikkelingshulp, technische, financiële, en handelsinstrumenten) aangewend om, bilateraal of regionaal, drugproductiestaten en / of drughandelstaten te helpen en onder druk te zetten bij de implementatie van de drugbestrijdingsinitiatieven van de Verenigde Naties en de Europese Unie. België steunt het Europees drugbeleid en dus ook het actieplan van de Europese Unie.

➤ *De drughandel*

Uit de jaarverslagen van Interpol en Europol kunnen volgende tendensen worden afgeleid in verband met de drughandel op **Europees niveau**:

- De toename van de productie van illegale drugs (opiaten, cocaïne, cannabis, synthetische drugs) vertaalt zich in een verhoudingsgewijze **stijging van de drughandel**. Vooral de **synthetische drugs** (onder andere ecstasy) kennen zowel inzake vraag als aanbod een **explosieve stijging**.
- **Criminele organisaties** controleren de illegale drughandel. Het valt op dat de kartelachtige structuur van de criminele organisaties plaats maakt voor ad hoc groepen die samengesteld zijn uit leden van verschillende nationaliteit die onderling **netwerken** uitbouwen. Alhoewel heel wat criminele organisaties zich specialiseren in de handel in een bepaalde drug, is er parallel met het polydruggebruik, een toename van het fenomeen van de **polydrughandel**. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een welbepaald smokkelkanaal om meerdere soorten illegale drugs te transporteren. Op Europees niveau stelt men vast dat de criminele organisaties op zoek gaan naar de zwakke punten in de wetgeving en in de strafrechtshandhaving van de lidstaten.

Wat **België** betreft kan men, mede op basis van het jaarrapport georganiseerde misdaad van 1998, volgende besluiten formuleren:

- Op een totaal van 285 **criminele organisaties** die het voorwerp uitmaakten van een gerechtelijk of opsporingsonderzoek, hadden er 116 drughandel en / of drugproductie als hoofdactiviteit.
- Er is sprake van een zekere **opdeling** in de drughandel / drugproductie. Latijns-Amerikaanse groepen, voornamelijk opererend vanuit Nederland, controleren de cocaïnemarkt en ook gedeeltelijk de cannabismarkt. Turkse groeperingen zijn leidinggevend in de heroïne- en cocaïne- en cannabismarkt. Marokkaanse criminele organisaties hebben een belangrijke greep op de cannabismarkt en Nigeriaanse organisaties bewegen zich zowel op de heroïne-, de cocaïne- als de cannabismarkt. De markt van de synthetische drugs wordt (zowel in Nederland als) in België gecontroleerd door criminele groepen, hoofdzakelijk samengesteld uit autochtonen. In het Europol-rapport wordt aangestipt dat de etnische criminele organisaties vaak opereren in de beslotenheid van hun etnische gemeenschap. Deze laatste wordt vaak als een soort van scherm voor hun activiteiten gebruikt.

Het fenomeen **drugtoerisme** houdt nog steeds aan. In weerwil van het bijgestuurde Nederlands coffeeshopbeleid dat onder andere tot doel heeft het drugtoerisme te ontmoedigen, blijven druggebruik(st)ers uit de omliggende landen en uit Frankrijk zich in Nederland bevoorraden. Het "Hazeldonk" samenwerkingsverband tussen België, Nederland en Frankrijk niet te na gesproken, is er geen afgestemd beleid ontwikkeld om het drugtoerisme op een min of meer gestructureerde wijze tegen te gaan. In een aantal Euregio's wordt overleg gepleegd tussen de provinciale overheden, justitie en politie, maar van een systematische aanpak van het drugtoerisme is eigenlijk geen sprake. Wel worden ad hoc controleacties verricht die tot doel hebben het drugtoerisme te ontraden. Het succes van dergelijke acties lijkt eerder beperkt en hoogstens van aard occasionele drugtoeristen af te schrikken. Van een geïntegreerd grensoverschrijdend drugbeleid dat naast de repressieve component ook een preventieve en hulpverleningsdimensie heeft - zoals voorgesteld in de aanbevelingen van de werkgroep drugs - is geen sprake.

In de meeste grote steden, waar de kans op drugoverlastfenomenen het grootst is, is het **lokale drugoverleg** tussen alle betrokken sectoren min of meer opgestart en uitgebouwd. Bepaalde steden stellen jaarlijks een drugbeleidsplan op. De aanbeveling om **de mogelijkheden van de burgemeester** in geval van openbare ordeverstoring door drugoverlast te verfijnen werd meegenomen in de wet van 13 mei 1999 (wet tot invoering van de gemeentelijke administratieve sancties). Deze wet wijzigde onder meer de gemeentewet. De nieuwe gemeentewet geeft in haar artikel 134quater de burgemeester de bevoegdheid om een inrichting (die aanleiding geeft tot verstoring van de openbare orde) onmiddellijk te sluiten. Beleidsmatig blijft het wenselijk dat men een aantal van de mogelijkheden om maatregelen te nemen bij openbare ordeverstoring expliciet zou reguleren, alleen al om de bestuurlijke autoriteiten te helpen bij dergelijke situaties en een zekere beleidsmatige uniformiteit na te streven.

België heeft de **rechtshulpverdragen** inzake kleine rechtshulp, uitlevering, overdracht van strafvervolgning en overdracht van strafexecutie inmiddels geratificeerd.

3.5.2. *Strafrechtelijk beleid ten aanzien van druggebruik(st)ers, druggerelateerde criminaliteit en drughandel*

➤ *Inleiding*

België kampt met **een tekort aan wetenschappelijk onderzoek** over de druggerelateerde criminaliteit en de drugoverlast. Officiële statistieken verschaffen slechts een partieel beeld van de problematiek. Om die reden is het onmogelijk zelfs bij benadering te stellen hoe groot het probleem is.

Uit diverse bronnen kan nochtans afgeleid worden dat de druggerelateerde criminaliteit een **stijgende tendens** kent. Op alle echelons – opsporing en vervolging, straftoemeting en strafuitvoering – heeft men de afgelopen jaren een toename vastgesteld van de druggerelateerde criminaliteit.

Naar aanleiding van de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep "drugs" schreven de minister van Justitie en het College van Procureurs-Generaal **de circulaire van 8 mei 1998 nopens het vervolgingsbeleid inzake bezit en detailhandel van illegale verdovende middelen**. Een **evaluatie** van de toepassing van de circulaire leert ons het volgende.

➤ *De parketten*

Het vervolgingsbeleid is gebaseerd op **twee pijlers**: de aard van het product en de ernst van het gebruik. De richtlijn hanteert, wat de ernst van het gebruik betreft, een **ruim begrippenkader**: "beperkt bezit voor eigen gebruik", "eenmalig gebruik", "problematisch gebruik" en "maatschappelijke overlast". Deze verschillende concepten beogen een gedifferentieerde, aangepaste aanpak van de diverse vormen van druggebruik.

De richtlijn blijft bij de omschrijving van de verschillende begrippen **zeer vaag** en laat derhalve een **te grote appreciatiebevoegdheid** in hoofde van de parketten bestaan. Het gevolg hiervan is dat de parketten de diverse begrippen op een onderscheiden wijze definiëren.

De parketten hanteren voor wat betreft het "beperkt bezit voor eigen gebruik" uiteenlopende criteria die variëren van arrondissement tot arrondissement. De meest gehanteerde criteria zijn: de hoeveelheid, de resultaten van het onderzoek en de sociale en economische situatie van de betrokkene. De gerechtelijke antecedenten worden in mindere mate aangehaald. Wat betreft het criterium van de hoeveelheid variëren de opgegeven cijfers voor cannabis van 5 tot 50 gram.

Gelijkaardige criteria worden gehanteerd inzake "éénmalig gebruik".

Van "problematisch gebruik" is doorgaans sprake bij voortdurend gebruik, gebrek aan sociaal-economische integratie en aanwezigheid van andere inbreuken.

De aanwezigheid van druggerelateerde criminaliteit is het meest gehanteerde criterium voor "maatschappelijke overlast". De overige criteria zijn *sterk uiteenlopend*; belangrijkste daaronder zijn de openbare orde en de zichtbaarheid van het gebruik.

Ook het begrip "verkoop van drugs om in het eigen gebruik te voorzien" zorgt voor onduidelijkheid. De meest gebruikte criteria zijn de gemaakte winst en het resultaat van het onderzoek. Andere criteria zijn het aantal afnemers, de verklaringen, het type product, en het komen en gaan op het adres van de betrokkene.

Dit vage begrippenkader vormt de voedingsbodem voor een **versnipperde aanpak**. Elk parket interpreteert de richtlijn overeenkomstig het door haar gevoerde beleid. Van een uniforme vervolging is dus allerminst sprake. De bijzonderheid van de circulaire bestaat juist in het feit dat in een beleid werd voorzien waarin **alles altijd mogelijk** is, gaande van een sepot tot een rechtstreekse dagvaarding, en dit **voor om het even welk product**.

De **rechtstreekse dagvaarding** wordt voornamelijk gehanteerd bij herhaald gebruik of bij het mislukken van een alternatieve afhandelingsmodaliteit, voornamelijk naar aanleiding van het falen van een therapeutische behandeling. Ook bij aanwezigheid van druggerelateerde criminaliteit gaan de parketten veelal vervolgen. In die zin wordt het druggebruik vaak beschouwd als een verzwarende omstandigheid bij de overige gepleegde feiten. Soms wordt rekening gehouden met de individuele situatie via maatschappelijke enquêtes en worden alternatieve modaliteiten voorgesteld. Deze situeren zich niet zozeer op het niveau van de parketten, maar betreffen veeleer een invrijheidstelling onder voorwaarden of een probatie-opschorting of probatie-uitstel.

De parketten hanteren een **ander beleid tegenover gebruik(st)ers van cannabisproducten** dan tegenover andere druggebruik(st)ers. Tegenover gebruik(st)ers van cannabis wordt bemiddeling in strafzaken het meest gehanteerd. Gebruik(st)ers van andere producten worden vaak vervolgd. Belangrijkste argumenten voor deze onderscheiden aanpak zijn het gezondheidsrisico, de aantasting van de openbare orde en veiligheid en de graad van afhankelijkheid.

Zaken waarin **minderjarigen** betrokken zijn, worden overgemaakt aan de jeugdsecties. Meestal worden de ouders gehoord en wordt de doorverwijzing naar de hulpverlening beter opgevolgd dan bij volwassenen. Verkoop, gerelateerde criminaliteit en verslaving maken het voorwerp uit van een verwijzing naar de jeugdrechter.

De circulaire voorzagt tenslotte in de mogelijkheid, voor zover uitdrukkelijk gemotiveerd, van haar bepalingen af te wijken. De meest voorkomende afwijking betreft de toepassing van het **vereenvoudigd proces-verbaal**, aangezien deze werkwijze door veel magistraten als hinderlijk wordt ervaren. Andere uitzonderingen worden door de parketten gerechtvaardigd op grond van een gebrek aan tijd en middelen, naast de noodzaak om rekening te moeten houden met "lokale eigenheden".

➤ *De afhandelingsmodaliteiten*

De minnelijke schikking

Voor een aantal druggebruik(st)ers ligt de betaling van een minnelijke schikking moeilijk, aangezien hun levensstijl niet veel financiële ruimte biedt.

Daarnaast is het gedragswijzigend of sensibiliserend effect van een minnelijke schikking bij drugverslaafden doorgaans nihil.

De pretoriaanse probatie

Deze modaliteit wordt sedert de invoering van de bemiddeling in strafzaken niet meer of slechts sporadisch toegepast, onder andere wegens het te arbeidsintensief karakter. De parketmagistra(a)t(e) is er immers toe gehouden de dader onmiddellijk na de feiten persoonlijk te ontvangen en het voorstel uiteen te zetten.

Opmerkelijk is dat de pretoriaanse probatie sedert het invoeren van de nieuwe drugcirculaire door bepaalde parketmagistraten terug wordt "ontdekt", omdat de strafbemiddeling niet langer wordt voorgesteld als mogelijkheid voor de afhandeling van louter gebruik (dus zonder aanverwante criminaliteit). Voor het merendeel van de parketmagistraten heeft de circulaire op dit vlak echter geen verandering gebracht, wat betekent dat de strafbemiddeling nog wordt gehanteerd ten aanzien van loutere gebruik(st)ers.

De bemiddeling in strafzaken

De strafbemiddeling wordt in bijna alle parketten relatief **weinig toegepast** voor inbreuken op de drugwetgeving en druggerelateerde criminaliteit. Bovendien is er vaak nog een "voorzichtigheidsreflex" waar te nemen, waardoor zwaardere dossiers voor een bemiddeling in strafzaken worden geweerd. Het merendeel van de cliënten die eerder ernstige vormen van criminaliteit hebben gepleegd, belandt in de hulpverlening via **probatievoorwaarden**. Het aandeel van de cliënten die een behandeling volgen in het kader van een strafbemiddeling in verhouding tot het totaal aantal druggebruik(st)ers blijkt over het algemeen trouwens relatief klein te zijn.

Bij een grote meerderheid van de magistraten bestaat **onduidelijkheid** omtrent de juiste toepassing van de circulaire. De aanwending van de bemiddeling in strafzaken bij **zuivere drugdelicten** valt volgens veel parketmagistraten niet te rijmen met de richtlijn. Daartegenover blijven sommige magistraten ervan overtuigd dat de bemiddeling ook ten aanzien van zuivere drugdelicten moet kunnen worden toegepast.

De **selectie van de dossiers** die in aanmerking komen voor de strafbemiddeling gebeurt niet door de politiediensten, maar door het openbaar ministerie. Wel leggen de magistraten de nodige interesse aan de dag voor de afzonderlijke dienstnota's die dikwijls bij de processen-verbaal worden gevoegd. Hierin wordt een selectie van de dossiers die voor een strafbemiddeling in aanmerking zouden kunnen komen gesuggereerd. Vooral gegevens over de **sociale omgeving** van de gebruiker worden belangrijk geacht om te kunnen anticiperen op de slaagkansen van een bemiddeling.

Volgens sommige parketmagistraten heeft de invoering van het systeem van de **verkorte processen-verbaal** tot gevolg dat men voor de profielbepaling van de gebruiker veel meer moet steunen op diens eigen verklaringen, daar waar men vroeger veel informatie kon inwinnen aan de hand van de aanvankelijke processen-verbaal.

Er bestaat geen eensgezindheid over de vraag of de maximale **termijn van de voorwaarden** voldoende mogelijkheden biedt voor de afhandeling van drugdossiers. Dit heeft te maken met de diversiteit bij de selectie van de personen die voor een bemiddeling in aanmerking komen. In de arrondissementen waar men een bemiddeling ook voorstelt bij relatief zware feiten, oordelen de meeste parketmagistraten dat een termijn langer dan zes maanden soms wenselijk is. Reserveert men de bemiddeling in strafzaken echter voor de minder ernstige gevallen, dan stelt de duur van de termijn geen noemenswaardige problemen. De gebruiker kan een onder gerechtelijke druk gestarte behandeling steeds op vrijwillige basis verder zetten, wat in de praktijk blijkbaar vaak gebeurt.

Alhoewel het **vrijwillig karakter** dikwijls als een van de voordelen van de bemiddeling wordt aangehaald, dient dit aspect - gezien de geringe aantrekkelijkheid van het alternatief (vervolgning en / of vrijheidsberoving) - ernstig te worden gerelativeerd. In die optiek spreekt men soms van een **impliciete dwang**. Die dwangsituatie leidt niet zelden tot een **motivatie daling** bij de gebruik(st)ers. Wel wordt benadrukt dat het net de taak is van de hulpverl(en)st)ers om een negatieve attitude in een positieve instelling om te zetten. De vereiste motivatie kan dus in de behandelingsfase gaandeweg gerealiseerd worden.

Opvallend is de vaststelling dat sommige druggebruik(st)ers een bemiddeling in strafzaken **weigeren**, uitgaande van de wetenschap dat korte gevangenisstraffen toch niet worden uitgevoerd. Men betreurt dan ook dat er steeds toestemming vereist is en dat de alternatieve maatregel niet gewoon kan opgelegd worden.

Sommige gebruik(st)ers hebben zich ermee verzoend dat de confrontaties met het gerecht bij hun **levensstijl** horen. Zij zijn weinig gemotiveerd om hun levenswijze aan te passen en met het druggebruik te stoppen.

Het aantal rechtstreekse contacten tussen de hulpverl(e)en(st)ers en de parketmagistraten is gering, maar de aanwezigheid van een **bemiddelingsassistent(e)** als tussenschakel wordt als positief ervaren.

De gebruik(st)ers die van het openbaar ministerie een voorstel tot strafbemiddeling krijgen, zijn over het algemeen **jongeren**. Bij de meeste onder hen is het gebruik **experimenteel** of **sociaal**. Opvallend is evenwel de vaststelling dat deze gebruik(st)ers ook vaak een **gevarieerd gerechtelijk verleden** hebben (het betreft voornamelijk vermogensmisdrijven en in mindere mate agressiedelicten). De door het parket voorgestelde maatregel blijkt veelal niet afgestemd te zijn op de gebruiker in kwestie.

➤ *De politiediensten*

De politiediensten zijn in België niet bevoegd om een strafbaar feit te **seponeren**, laat staan dat zij hier voorwaarden aan zouden kunnen verbinden.

Nochtans biedt de techniek van het zogenaamde **therapeutisch advies** de politiediensten de mogelijkheid om, onder toezicht van het openbaar ministerie, naar de hulpverlening door te verwijzen.

Uit de praktijk blijkt dat een rechtstreekse doorverwijzing door de politiediensten van delinquente druggebruik(st)ers naar de hulpverlening een aantal **praktische problemen** met zich meebrengt. Knelpunten zijn hier het **gebrek aan kennis** omtrent de aangewezen instelling waarnaar men dient te verwijzen en het feit dat gespecialiseerde hulpverleningscentra niet over een **permanentie** beschikken. Om deze knelpunten te verhelpen werd reeds in de Werkgroep Drugs gesuggereerd om **transitcentra**, d.w.z. crisis- en opvangcentra voor druggebruik(st)ers, op te richten waar men probeert een oplossing te vinden voor acute verslavingsproblemen en waar men kan zorgen voor een gepaste doorverwijzing naar de hulpverlening.

Wat het aspect van de **autonomie van de politiediensten** betreft, dient echter hoofdzakelijk te worden gewezen op het door de circulaire ingevoerde systeem van de vereenvoudigde processen-verbaal. De mate waarin van deze mogelijkheid gebruik wordt gemaakt, verschilt sterk van politiedienst tot politiedienst. De aanwending lijkt uiteindelijk afhankelijk te zijn van het bestaan van specifieke, door de Parketten-Generaal uitgevaardigde, richtlijnen.

Negatieve opmerkingen hebben voornamelijk betrekking op het verlies van de controle over de situatie en het ermee gepaard gaande tijdsverlies. Ook de overeenstemming met de wet Franchimont wordt door sommigen betwijfeld. **Positieve opmerkingen** betreffen in hoofdzaak het gemak en de snelheid waarmee deze P.V.'s kunnen worden gelezen.

In de praktijk zijn het in eerste instantie de politiediensten die de in de circulaire gehanteerde **begrippen** ("problematisch gebruik", "maatschappelijke overlast", ...) interpreteren. Zij besluiten immers of het opstellen van een verkort proces-verbaal al dan niet aangewezen is. Bij de definiëring van deze begrippen hanteren zij, net zoals de parketten, een **veelheid aan criteria**.

De criteria voor wat betreft "problematisch gebruik" betreffen voornamelijk het gebrek aan maatschappelijke integratie en het regelmatig gebruik. Aanwezigheid van gerelateerde criminaliteit is vaak subsidiair en soms afwezig.

De criteria voor "maatschappelijke overlast" vertonen een zekere homogeniteit en betreffen voornamelijk de zichtbaarheid van het gebruik en de toestand van de gebruiker. Ook hier is de aanwezigheid van andere delicten secundair, maar is het desalniettemin belangrijker dan bij het problematisch gebruik.

Wanneer de "globale" interpretatie van beide concepten door de politiediensten wordt vergeleken met deze door de parketten, blijkt duidelijk dat de politiediensten meer gefocust zijn op de **openbare orde en veiligheid**, terwijl de parketten meer gericht zijn op het vervolgen van de daders van inbreuken.

Heel wat politiediensten stellen zich vragen bij **de boodschap die uitgaat van de richtlijn**. Eén stelling luidt dat de richtlijn door haar vaagheid een gevoel van straffeloosheid opwekt bij gebruik(st)ers en dat de wet moet worden toegepast. Andere korpsen oordelen dat de tussenkomst van de politiediensten op zich al voldoende is om aan de norm te herinneren. Tenslotte stellen sommigen zich vragen bij de relatief zware investeringen die door de politiediensten worden geleverd ten aanzien van inbreuken die uiteindelijk minder belangrijk worden geacht.

- *De alternatieve afhandelingsmodaliteit in het kader van de Wet op de voorlopige hechtenis: de invrijheidstelling onder voorwaarden*

De toepassing van de invrijheidstelling onder voorwaarden varieert enorm van arrondissement tot arrondissement en van onderzoeksrechter tot onderzoeksrechter. Over het algemeen zijn de **onderzoeksmagistraten goed vertrouwd** met deze modaliteit, maar toch heeft de meerderheid van de invrijheidstellingen pas op het niveau van de Raadkamer plaats. Nochtans biedt de aanwending van de invrijheidstelling onder voorwaarden door de onderzoeksrechter meer garanties voor een gepaste en vooral tijdige reactie op de (crisis)situatie waarin de gebruiker zich eventueel bevindt. Bij de meeste **advocaten** ontbreekt de reflex om een invrijheidstelling via de onderzoeksmagistraat na te streven, daar men doorgaans de Raadkamer afwacht om een vrijlating te bekomen.

Met betrekking tot **de voorwaarden** opteren de onderzoeksrechters doorgaans voor een (bij voorkeur residentiële) **behandeling**. Dit heeft vooral te maken met het feit dat een invrijheidstelling onder voorwaarden slechts kan worden voorgesteld aan personen die in aanmerking komen voor een voorlopige hechtenis, en die bijgevolg relatief zwaarwichtige feiten hebben gepleegd. Wat dit betreft wordt het door de onderzoeksrechters als een ernstig probleem ervaren dat niet altijd **binnen de 24 uur** een geschikte instelling kan worden gevonden. A fortiori is het nagenoeg onmogelijk om de betrokkene binnen deze termijn in een residentiële hulpverleningsinstelling te plaatsen, temeer daar zeker voor die vorm van hulpverlening een **intakegesprek** wordt vooropgesteld. Doordat men niet onmiddellijk een oplossing kan vinden die voldoende garanties biedt, is men dikwijls genoodzaakt om zich **in eerste instantie tot de gevangenis** te wenden. De betrokkene wordt dan pas na een bepaalde periode van voorhechtenis overgebracht naar een hulpverleningsinstelling. Deze gang van zaken mag worden betreurd, omdat het potentieel van de invrijheidstelling onder voorwaarden - de onmiddellijke reactie op de crisissituatie van de gebruiker - zo niet kan worden benut.

Essentieel is het gevolg dat gegeven wordt aan **het niet nakomen van de voorwaarden**. In die zin zou er moeten worden naar gestreefd om de gebruiker bij een verzuim om de voorwaarden na te leven minstens te laten verschijnen, zodat de betrokkene zich altijd aan een reactie van de rechter mag verwachten. Alhoewel veel onderzoeksrechters derwijze trachten te reageren, speelt het aspect werkoverlast in de grotere arrondissementen toch een rol.

De voorwaarden bestrijken een (verlengbare) **tijdsduur** van drie maanden. Een verlenging van de voorwaarden gebeurt in de praktijk regelmatig, doch zelden meer dan twee keer (op enkele arrondissementen na). Nochtans moet erop worden gewezen dat de gebruiker doorgaans pas na een geruime tijd (één à twee jaar) voor de rechter verschijnt. Dit betekent dat er als het ware een **vacuüm** ontstaat tussen het toezicht en de begeleiding van een gebruiker ná het verlopen van de termijn van de vrijheid onder voorwaarden en vóór zijn verschijning, waar hem / haar eventueel een probatiemaatregel wordt opgelegd. Men wijst erop dat de betrokkene er in sommige gevallen reeds een heel andere levensstijl op na houdt, zodat een eventuele straf nog weinig zin heeft. Indien de situatie van de gebruiker nog niet is verbeterd en hem / haar in het kader van een probatiemaatregel een behandeling wordt opgelegd, is er evenwel geen aansluiting met de behandeling in het kader van de vrijheid onder voorwaarden. Deze **discontinuïteit** heeft een negatieve weerslag op de behandeling van de gebruiker.

De samenwerking met de hulpverleningsinstellingen verschilt van arrondissement tot arrondissement. Sommige onderzoeksrechters onderhouden nauwe contacten met de hulpverlening, terwijl anderen hoegenaamd geen zicht blijken te hebben op het aanbod in de hulpverleningssector.

De meeste hulpverleningsinstellingen verwittigen de onderzoeksrechter onmiddellijk wanneer de gebruiker uit de instelling vlucht. Andere **meldingen** blijken gevoeliger te liggen. Zo worden de uitslagen van (intern uitgevoerde) urinecontroles bijna nooit doorgestuurd, en dit wegens het **medisch beroepsgeheim**.

De eerste bekommernis bij het aanvaarden van de voorwaarden blijkt **het vermijden van de gevangenis**. Toch kan worden vastgesteld dat de **motivatie** om daadwerkelijk iets aan de eigen situatie te doen, **toeneemt** naarmate de behandeling vordert. Deze bereidwilligheid moet echter ingevuld worden naar de maatstaven van een druggebruik(st)er: zo is men vaak bereid te werken aan het problematisch aspect van de verslaving, wat betekent dat men een situatie van "gecontroleerd gebruik" beoogt. Gebruik(st)ers zien doorgaans geen enkel probleem in het blijven gebruiken van **cannabisproducten**. Deze laatste vaststelling is algemeen van aard, en geldt dus ook in de context van de andere afhandelingsmodaliteiten.

➤ *De straftoemeting*

Naast het oudere cliënteel (voornamelijk heroïnegebruik(st)ers), komen nu ook **heel wat jongeren** met de **probatiediensten** in aanraking. Bij hen gaat het vaak om het gebruik van opwekkende middelen (XTC, amfetamines, cocaïne, ...). Deze categorie heeft een andere benadering nodig. Zij beschouwen het gebruik als "aanvaard in de maatschappij".

Alhoewel de case-load reeds is verbeterd, worden in de meeste arrondissementen **enkel de problematische druggebruik(st)ers** daadwerkelijk op bestendige basis gevolgd. De **lange tijd tussen de feiten en de eigenlijke behandeling voor de rechtbank** is een **knelpunt**. Ondertussen kan de gebruiker geëvolueerd zijn, zodat drughulpverlening na een veroordeling niet langer aangewezen is. Bovendien is het zo dat een uitgesproken straf lang niet altijd onmiddellijk wordt uitgevoerd. Ook dit kan nefaste gevolgen hebben voor de betrokkene.

Een **zekere concurrentieslag** tussen de verschillende hulpverleningsinstellingen maakt het gevaar dat het **net-widening-effect** ook binnen de hulpverlening plaatsvindt (doordat meer gebruik(st)ers behandeld worden dan strikt noodzakelijk) niet denkbeeldig.

Probanten maken in bijna alle instellingen het grootste deel uit van de totale populatie van justitiecliënten. De **relatie met justitie** is, naar verluidt, veel **verbeterd**. In de meeste hulpverleningsinstellingen wordt melding gemaakt van het bestaan van onderlinge overeenkomsten aangaande de rapportage. Ook vindt in sommige arrondissementen op regelmatige basis een vergadering plaats, wat de verstandhouding tussen de diverse betrokken actoren ten goede komt.

De gemiddelde probant(e) is, in vergelijking met de andere druggebruik(st)ers, iets ouder. Het betreft voornamelijk **gebruik(st)ers van harddrugs**, meestal met een zeer lange voorgeschiedenis van probleemgebruik en confrontaties met het gerecht. Bijna altijd is er sprake van **druggerelateerde criminaliteit**. Vaak hebben deze gebruik(st)ers al een hele resem hulpverleningsinstellingen bezocht.

Bij veel gebruik(st)ers bestaat **onzekerheid** omtrent het eindresultaat van **nog hangende gerechtelijke procedures** met betrekking tot andere feiten. Vaak vrezen ze na de behandeling toch nog een straf te moeten uitzitten. Ook het feit dat ze soms lang op de uitvoering van een uitgesproken straf moeten wachten, schept bij sommige gebruik(st)ers onzekerheid. Ook de gerechtskosten baren kopzorgen. De confrontatie met deze straffen of kosten komt vaak onverwacht (de meeste gebruik(st)ers hebben hoegenaamd geen zicht op het aantal lopende gerechtelijke procedures, laat staan dat zij anticiperen op de nog te betalen gerechtskosten). Het is dan ook belangrijk dat men goed op de hoogte wordt gehouden van de gerechtelijke stand van zaken. Alhoewel de advocatuur hierin een belangrijke rol speelt, is het wellicht niet slecht dat de justitieassistenten de betrokkenen in de mate van het mogelijke omtrent eventuele toekomstige kosten informeren.

Tenslotte zorgt het bestaan van een **strafblad** eveneens voor de nodige problemen. Alhoewel sommigen zonder problemen via een uitzendbureau aan de slag kunnen, is het moeilijk een vaste baan te vinden als men een strafblad heeft.

3.5.3. Penitentiair beleid

Het drugfenomeen is **nog steeds even prominent** aanwezig in de gevangenissen. De afgelopen twee jaar is de uitbouw van een penitentiair drugbeleid enigszins naar de achtergrond gedrongen door de aandacht die prioritair is gegaan naar de problematiek van de seksuele delinquentie.

Het drugbeleid in de gevangenissen wordt tot op heden voornamelijk **toegespitst op illegale drugs. Alcohol- en medicatieproblemen** krijgen nauwelijks aandacht in de gevangenissen.

4. Actiepunten

De regering zal deze legislatuur verschillende initiatieven nemen die passen in een hedendaags drugbeleid, gebaseerd op de visie die in hoofdstuk 1 werd uiteengezet. De projecten werden gegroepeerd in 5 hoofdstukken:

- ◆ Een geïntegreerde, globale benadering;
- ◆ Epidemiologie, evaluatie en onderzoek;
- ◆ Preventie;
- ◆ Zorgverlening, risicobeperking en herintegratie; en
- ◆ Repressie.

4.1. Een geïntegreerde, globale benadering

4.1.1. Cel Drugbeleid / Interministeriële Conferentie Drugbeleid

➤ Inhoud

Zoals gevraagd door de Kamer van Volksvertegenwoordigers, het Vlaamse parlement, de Europese Unie en de hulpverleningssector zal de Federale Regering prioritair werk maken van de oprichting van een beleidsondersteunende **Cel Drugbeleid**.

Het **doel** is de realisatie van een globaal, geïntegreerd drugbeleid. De Cel Drugbeleid zal dan ook samengesteld zijn uit vertegenwoordig(st)ers van **alle bevoegde overheden** (de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten). De Cel Drugbeleid zal geleid worden door een drugcoördinator / drugcoördinatrice, die de bevoegdheid heeft om het drugbeleid te coördineren. De Cel Drugbeleid ondersteunt en adviseert de bevoegde overheden en de **Interministeriële Conferentie Drugbeleid**, die kan samengeroepen worden door elke participerende overheid en door een aantal andere Interministeriële Conferenties.

De Federale Regering heeft in dit verband een ontwerp van **samenwerkingsakkoord** (Federale Staat – Gemeenschappen – Gewesten) opgemaakt. De ondertekenende partijen verbinden zich er toe hun drugbeleid **in overleg op elkaar af te stemmen op basis van een aantal expliciete doelstellingen**. De **autonome bevoegdheden** van de Gemeenschappen en Gewesten worden **gerespecteerd**. Er zullen dus regionale verschillen in visie en praktijk (blijven) bestaan.

De (door de Federale Regering voorgestelde) **doelstellingen** van de Cel Drugbeleid zijn:

1. het verkrijgen van een **globaal inzicht** in alle aspecten van de drugproblematiek;
2. de **continue preventie** van het drugmisbruik en het **beperken van de schade** hieraan verbonden;
3. de **optimalisering van het zorg- en behandelingsaanbod** voor drugverslaafden;
4. de **beteugeling** van de illegale productie van en de illegale handel in drugs; en
5. de uitwerking van **overlegde beleidsplannen** met het oog op een **globaal en geïntegreerd drugbeleid**.

De (door de Federale Regering voorgestelde) **opdrachten** van de Cel Drugbeleid zijn:

1. het centraliseren, aanvullen en bijhouden van een gedetailleerde **inventaris** van de voor drugs en drugproblematiek **bevoegde overheden, openbare diensten en het relevante onderzoek**;

2. het centraliseren, aanvullen en bijhouden van een gedetailleerde **inventaris** van de erkende en / of **gesubsidieerde instellingen**, organisaties, organen, gespecialiseerde centra, onderzoekscentra, universiteiten die zich toeleggen op één of meer aspecten van de drugproblematiek;
3. het voorstellen van gemotiveerde maatregelen om de door de bevoegde openbare diensten en akkoordsluitende overheden gevoerde of voorgenomen acties op **elkaar af te stemmen**;
4. het voorstellen van gemotiveerde maatregelen die van aard zijn om de **effectiviteit** van deze acties te verhogen;
5. het uitbrengen van gemotiveerde adviezen en aanbevelingen over de **drugbeleidsafstemming**, hetzij uit eigen beweging, hetzij op verzoek van de akkoordsluitende overheden of van de Interministeriële Conferentie Drugbeleid;
6. het **evalueren**, met de steun van het **Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** (zie actiepunt: Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving), van de kwaliteit van de **gegevens en informatie** die door iedere akkoordsluitende overheid en iedere openbare dienst aan de Cel worden overgemaakt teneinde de hierboven omschreven opdrachten te kunnen vervullen;
7. het voorstellen en voorbereiden van **samenwerkingsakkoorden** teneinde concrete, overlegde doelstellingen te bereiken. Deze doelstellingen worden geëvalueerd via concrete **indicatoren**;
8. het opmaken van een driejaarlijks **beleidsverslag** (zoals dit in onze buurlanden gebeurt) en een jaarlijks **activiteitenverslag** (jaarverslag).

In het kader van de vermelde opdrachten kan de Cel Drugbeleid **overleg** plegen met alle bevoegde diensten en administraties en hen met name verzoeken haar **informatie** te verstrekken. De Cel Drugbeleid kan een beroep doen op de **medewerking van deskundigen en verenigingen of instellingen** die zich toeleggen op de drugproblematiek en overlegt met de vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties.

De **verslagen** (het beleidsverslag en het activiteitenverslag) **van de Cel Drugbeleid** worden verzonden naar elke akkoordsluitende overheid (die het overhandigt aan haar parlement). In het kader van de Interministeriële Conferentie Drugbeleid zullen de ondertekenende partijen het samenwerkingsakkoord en de werking van de Cel Drugbeleid **evalueren**.

De Federale Regering stelt voor de Cel Drugbeleid op te richten **op federaal niveau** (onder de minister van Volksgezondheid) en de **financiering te verdelen onder de akkoordsluitende overheden**.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is (op federaal niveau) verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Zij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken, de minister van Justitie, de minister van Binnenlandse Zaken, de minister van Buitenlandse Zaken, de minister van Maatschappelijke Integratie en de minister belast met het Grootstedenbeleid. De federale regering onderhandelt uiteraard met de deelregeringen die wensen te participeren.

➤ *Timing*

Tegen medio 2001 zullen de ministers van (volks)gezondheid van de federale regering en van de deelregeringen een samenwerkingsprotocol ondertekenen met het oog op de oprichting van een **Cel Gezondheidsbeleid Drugs**. Deze Cel heeft als enige bedoeling en bevoegdheid te werken aan een geïntegreerd gezondheidsbeleid in verband met drugs. De Cel Gezondheidsbeleid Drugs vormt de aanloop tot de oprichting van de **algemene Cel Drugbeleid** waarin ook de andere beleidsaspecten (o.a. justitie, sociale zaken, onderwijs, welzijn,...) aan bod moeten komen.

Deze breder opgevatte Cel Drugbeleid wordt opgericht via een samenwerkingsakkoord dat door de federale en alle deelregeringen alsook hun parlementen goedgekeurd moet worden. De realisatie van de algemene Cel Drugbeleid wordt verwacht **tegen einde 2002**.

➤ *Geraamd budget*

Cel Gezondheidsbeleid Drugs: 7 miljoen BEF per jaar. Dit bedrag wordt betaald door de akkoordsluitende ministers van (volks)gezondheid volgens een verdeelsleutel die ook gebruikt is voor de financiering van de gezondheidsenquête.

Algemene Cel Drugbeleid: het budget moet hiervoor voorzien worden vanaf 2002. Het wordt betaald door de akkoordsluitende overheden volgens een verdeelsleutel die ook gebruikt is voor de financiering van de gezondheidsenquête.

Indien bepaalde overheden niet wensen te participeren, worden de bedragen van de akkoordsluitende partners herzien.

4.1.2. *Justitie - Hulpverlening: duidelijke afspraken*

➤ *Inhoud*

De **inschakeling van de hulpverlening in de reactie van het strafrechtsapparaat op problematisch druggebruik wordt meer en meer als zinvol ervaren**, zowel door het strafrechtsapparaat als door de hulpverleningssector. De repressieve aanpak heeft plaats gemaakt voor behandelingsgerichte elementen. De inbreng van de **hulpverlening kan bestaan uit** spoedopvang, crisisopvang (doorverwijzing door de politie, vrijheid onder voorwaarden), preventieve screening (doorverwijzing door de politie, therapeutisch advies), behandeling / begeleiding als voorwaarde (pretoriaanse probatie, bemiddeling in strafzaken, vrijheid onder voorwaarden, internering, probatie, voorwaardelijke invrijheidstelling), externe hulpverlening (tijdens detentie), sociale reïntegratie (na detentie).

Een aantal **randvoorwaarden** zijn hierbij essentieel.

Vooreerst dient de hulpverlening het recht te behouden **om cliënten te weigeren**, zelfs indien het alternatief een gevangenisstraf is. Een minimale communicatie en een minimale samenwerking moeten evenwel gewaarborgd blijven.

Verder eisen zowel het strafrechtsapparaat als de hulpverlening **duidelijke afspraken**.

Het betreft meer bepaald afspraken omtrent het **beroepsgeheim**, **het respect voor de behandelingsprogramma's (de eigen finaliteit van de hulpverlening)** en het **statuut van de hulpverlener** binnen de veiligheids- en samenlevingscontracten, de preventiecontracten, de drugcontracten en de gerechtelijke alternatieve maatregelen.

De Federale Regering zal **een werkgroep** oprichten, bestaande uit vertegenwoordig(st)ers van de hulpverlening en van justitie. Deze werkgroep zal de mogelijkheden en beperkingen van beide sectoren uitklaren en voorstellen van richtlijnen formuleren om de samenwerking tussen de twee sectoren te stroomlijnen. Op basis van deze richtlijnen zullen concrete **lokale samenwerkingsakkoorden** gesloten worden, op initiatief van de lokale coördinatiegroep drugs. Deze lokale samenwerkingsakkoorden kunnen maximaal rekening houden met de lokale situatie en met de visie van de eigen Gemeenschap. De akkoorden moeten uitgaan van het beginsel van constructieve samenwerking met respect voor ieders specifieke finaliteit en eigenheid (binnen een hulpverleningsproces staat de cliënt(e) centraal, binnen een justitieel proces het belang van de maatschappij). De taak van de justitieassistenten is de justitiële voorwaarden te controleren.

De werkgroep zal bijzondere aandacht schenken aan de erkenning en explicitering van het bestaande **beroepsgeheim** (de draagwijdte wordt verschillend geïnterpreteerd door de strafrechters en het openbaar ministerie langs de ene kant en de beroepsverenigingen van zorgverleners langs de andere kant):

- ◆ Wie valt wel en wie valt niet onder het beroepsgeheim?
- ◆ Welke informatie ressorteert wel en welke informatie ressorteert niet onder het beroepsgeheim?

De werkgroep zal verder een voorstel tot duidelijke **terreinafbakening** formuleren.

Een knelpunt is het feit dat de hulpverl(e)en(st)ers vaak niet weten **welke strafmaatregelen de cliënt(e) nog boven het hoofd hangen**. Dit leidde er in het verleden toe dat therapieën onderbroken werden (of stopgezet werden) om een vrijheidsstraf uit te voeren. De laattijdige uitvoering van straffen kan tot een motivatiedaling bij de cliënt leiden. Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de cliënt om reeds tijdens het intakegesprek zo getrouw mogelijk te melden welke strafmaatregelen nog op uitvoering wachten. Afspraken met justitie omtrent een minimale formele communicatie over de uitvoering en de timing van deze strafmaatregelen zou de hulpverlening (en de bestraffing) een stuk efficiënter kunnen maken. De werkgroep zal zich ook over dit probleem buigen.

Teneinde de relaties tussen justitie en de hulpverlening te stroomlijnen, zullen in elk justitiehuis **justitiële case-managers voor druggebruikers** aangeduid worden (zie ook: strafrechtelijke reactie op druggebruik). De justitiële case-managers zijn justitieassistenten die zich (gedeeltelijk) toeleggen op de drugproblematiek. Zij dienen **voldoende geschoold** te zijn (kennis van de hulpverlening en kennis van het gerechtelijk apparaat). Zij moeten de parketmagistraten en de politiediensten kunnen **informer** **over de zorgverlening**. De DWTC inventariseerde recent het globale aanbod van de drughulpverlening. De justitiële case-managers moeten tevens **advies kunnen geven rond de wenselijkheid van drangmaatregelen**. Zij dienen over voldoende menselijke en materiële middelen te beschikken om snel te kunnen antwoorden op vragen van de parketmagistraten. Tijdens de kantooruren zal er een **permanentie** zijn in elk justitiehuis. De justitiële case-managers maken deel uit van de Lokale Coördinatiegroepen Drugs en worden betrokken bij de uitbouw van de regionale zorgcircuits. In de derde alinea van artikel 7 van de wet van 5 maart 1998 betreffende de voorwaardelijke invrijheidstelling en tot wijziging van de wet van 9 april 1930 wordt "aan de commissie en" geschrapt. Dit onderstreept de centrale rol van de justitiële case-manager.

Het justitieapparaat vraagt meer duidelijkheid omtrent de mogelijkheden tot **crisisopvang** van druggebruik(st)ers. De **ontwikkeling van regionale zorgcircuits** (zie ook: organisatie van het zorgaanbod) zal leiden tot de **uitbouw van regionale netwerken voor crisis- en spoedopvang**.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Zij pleegt overleg met de minister van Binnenlandse Zaken, de minister van Justitie en de minister van Maatschappelijke Integratie. De minister van Justitie staat in voor de precieze taakomschrijving en aanstelling van de justitiële case-managers.

➤ *Timing*

De werkgroep moet starten begin 2001 en een eindrapport afleveren tegen einde 2001. De justitiële case-managers moeten tegen midden 2001 aangesteld worden. Dit actiepunt moet volledig uitgevoerd zijn tegen december 2001.

➤ *Geraamd budget*

De afspraken tussen justitie en de hulpverlening rond het beroepsgeheim, het respect voor de eigen doelstellingen en het statuut van bepaalde hulpverleners hebben in principe geen budgettaire implicaties. De justitiële case-managers en de regionale zorgcircuits worden elders in deze nota besproken.

4.1.3. *Het luik "drugs" van het globaal plan (contracten met de gemeenten)*

➤ *Inhoud*

De **federale regering subsidieert momenteel 51 gemeenten** voor in totaal **320 miljoen BEF per jaar** voor de **opvang van drugverslaafden** (het luik "drugs" uit het globaal plan). Dit geld wordt gebruikt voor de MSOC's, de opvangcentra, de drugcoördinatie, de preventie, de crisiscentra, en zo verder. Van de 51 gemeenten die subsidies krijgen, zijn er 22 steden met een luik "drugs" in hun veiligheids- en samenlevingscontract, 20 gemeenten met een drugplancontract als bijlage aan het preventiecontract en 9

gemeenten met enkel een drugplancontract. De projecten die op deze wijze betaald worden, werken over het algemeen goed.

Toch blijven er specifieke **problemen** bestaan met deze projecten.

Ten eerste komen de **straathoekwerk(st)ers, preventiewerk(st)ers en zorgverl(e)en(st)ers** die op deze wijze betaald worden te vaak in een **schemerzone** terecht. Hun positie ten opzichte van de cliënten is soms dubieus. Hun taak is de cliënten bij te staan bij het verbeteren of stabiliseren van hun welzijn en gezondheid. Hun taak is niet de politiediensten bij te staan bij het bestrijden van de criminaliteit. Door de geïntegreerde contractfinanciering (het drugcontract is vaak verwerkt in een veiligheidscontract), is dit niet altijd even duidelijk. Voortaan zullen de **straathoekwerk(st)ers, preventiewerk(st)ers en zorgverl(e)en(st)ers een duidelijke opdracht en een duidelijk statuut** krijgen in het contract met de gemeente.

Een probleem is het feit dat de hulpverl(e)en(st)ers, preventiewerk(st)ers en straathoekwerk(st)ers met contracten van één jaar tewerkgesteld worden. De federale regering zal onderzoeken hoe zij voortaan met **contracten van onbepaalde duur** (of met andere langdurige contracten) aangeworven kunnen worden.

Een **tweede probleem** is de onduidelijke **taakafbakening omtrent preventie** tussen de politiediensten en de psycho-medico-sociale sector. De internationale wetenschappelijke organisaties vragen dat de preventie van sociale en gezondheidsproblemen en de preventie van criminaliteit in elke situatie en bij elke interventie duidelijk van elkaar onderscheiden worden. De psycho-medico-sociale sector wordt verantwoordelijk voor de preventie van legaal en illegaal drugmisbruik; de politiediensten worden verantwoordelijk voor de (eventueel druggerelateerde) criminaliteitspreventie. De politiediensten hebben uiteraard ook een repressieve taak. De politiediensten en de preventiesector zullen verder ook in een permanente dialoog duidelijke afspraken maken, zodat een incompatibel beleid wordt vermeden.

Het **VSPP** beheert de (druggerelateerde) criminaliteitspreventie, en wordt **expliciet verantwoordelijk voor de preventie en aanpak van de maatschappelijke overlast**. Buitenlandse voorbeelden leren dat een decentrale aanpak van het overlastfenomeen, gekoppeld aan nationale ondersteuning, erg effectief is.

De concretisering van dit nieuwe, aan het VSPP toevertrouwde, beleid verplicht deze laatste instantie om de volgende inspanningen te leveren:

- ◆ het in kaart brengen van de problematiek op lokaal en supra-lokaal niveau;
- ◆ een studie voeren over de buitenlandse ervaringen in de strijd tegen de maatschappelijke overlast;
- ◆ overleg plegen met de bevoegde instanties;
- ◆ actiepunten uitvoeren via een nationale campagne (rekening houdend met lokale prioriteiten);
- ◆ ontwikkelen van evaluatiemethodes en ondersteuningsinstrumenten.

Bovendien zullen de actueel door de VSPP gerealiseerde activiteiten voortgezet en zelfs versterkt moeten worden. Het betreft:

- ◆ de evaluatie van de contracten (op basis van regelmatige projectbezoeken en opstelling van evaluatierapporten);
- ◆ projectondersteuning (op basis van opleidingsprogramma's die rekening houden met lokale behoeftes en op basis van een snelle reactie op nieuwe tendensen).

Ten derde is er te vaak onvoldoende **coördinatie** met andere initiatieven (van de federale overheid, de Gemeenschappen, de Gewesten, de provincies of de gemeenten). Om deze gebrekkige afstemming te verhelpen, zullen de met het luik "drugs" uit het globaal plan betaalde gezondheidswerk(st)ers zich voortaan (via een contractuele verplichting) inschrijven in het **preventie- en gezondheidsbeleid van de Gemeenschap, het Gewest of de federale overheid** waarbinnen ze actief zijn. Indien de contractsluitende gemeente hen detacheert, zal dit gebeuren naar **bestaande gezondheids- of welzijnsdiensten**. Verder zullen de voor **zorgverlening** bestemde middelen uit het drugplan toebedeeld worden door de minister van Volksgezondheid, in overleg met de minister van Binnenlandse Zaken en de Gemeenschappen en de Gewesten. De minister van Binnenlandse Zaken verdeelt de voor **preventie en**

lokale coördinatie bestemde middelen uit het luik "drugs" van het globaal plan, in overleg met de minister van Volksgezondheid, de Gemeenschappen en de Gewesten. De **nationale evaluatie- en begeleidingscommissie** wordt afgeschaft. De Cel Drugbeleid zal haar taken overnemen, met name:

- ◆ de voorstellen van overeenkomst uitgaande van de gemeenten beoordelen en een gemotiveerd advies uitbrengen over elk van hen aan de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Volksgezondheid;
- ◆ toe zien op de tenuitvoerlegging van de gesloten overeenkomsten;
- ◆ er voor zorgen dat het programma, vastgelegd in de overeenkomst, perfect wordt ingepast in de andere programma's die reeds werden uitgevoerd in gelijkaardige domeinen.

De bovenstaande maatregelen moeten ertoe bijdragen de neveneffecten van **de éénjarige contracten** te neutraliseren, de welzijnswerk(st)ers **beter te omkaderen** en hun **bijscholing en opleiding** (die door de Gemeenschappen georganiseerd wordt) te vereenvoudigen en verbeteren.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Binnenlandse Zaken is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Hij onderhandelt met de Gemeenschappen. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid, de minister van Sociale Zaken en de minister van Maatschappelijke Integratie.

➤ *Timing*

Einde 2002 dient de bovenstaande hervorming rond te zijn.

➤ *Geraamd budget*

De taakafbakening omtrent drugpreventie tussen de politiediensten en de preventiesector heeft budgettaire consequenties voor de federale overheid en voor de Gemeenschappen. De minister van Binnenlandse Zaken zal met de Gemeenschappen onderhandelen.

Ook de nieuwe taak van het VSPP (ondersteuning van de lokale aanpak van de druggerelateerde maatschappelijke overlast) vergt investeringen, die besproken zullen worden bij de begrotingscontrole.

4.1.4. *Internationaal drugbeleid*

➤ *Inhoud*

België zal zich blijven inschakelen in het **Europese drugbeleid**. Niet alleen zal ons land waar mogelijk een beroep doen op de Europese programma's (voor bijvoorbeeld nazorg), maar ons land zal ook bij elke mogelijke gelegenheid de verdere uitbouw van de **Europese samenwerking** bepleiten. Het doel hiervan is een vernieuwend, realistisch, geïntegreerd beleid, waarbij justitiële, economische, sociale en gezondheidsaspecten globaal worden benaderd. Er dient hierbij ook controle te worden uitgeoefend op de productie van legale middelen.

Een grensoverschrijdend coherent beleid waarbij de **interne wetgevingen en praktijken** op het vlak van drugs zo veel mogelijk worden **geharmoniseerd** is wenselijk. België zal pleiten voor de oprichting van een **Europees monitoring-systeem** inzake wetgeving en praktijken op het vlak van drugs in de schoot van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving.

De **Cel Drugbeleid** zal, in Europees verband, optreden als "**nationale coördinator**" (punt 1.2.2 van het Actieplan 2000-2004). De Cel Drugbeleid zal de activiteiten binnen de **Pompidou-groep** (Raad van Europa) en de verschillende **organisaties van de Verenigde Naties** bijwonen. Het **Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** zal de relaties onderhouden met het **Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** (punt 1.2.3 van het Actieplan 2000-2004).

Deze beleidsnota sluit aan bij het **Actieplan 2000-2004** tegen drugs van de **Europese Unie** en bij de **aanbevelingen van de Pompidou-groep van de Raad van Europa**. België zal actief blijven deelnemen aan de bijeenkomsten van de **Pompidou-groep**. België zal zich voortaan, zoals toegezegd aan de directeur van de **UNDCP**, **actiever opstellen** binnen de organen van de Verenigde Naties die rond drugs werken, en zal er op termijn de resultaten van haar ervaringen met "**demand-reduction**" en "**risk-reduction**" voorstellen.

➤ *Verantwoordelijke ministers*

De minister van Buitenlandse Zaken is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Andere ministers die regelmatig deelnemen aan internationale bijeenkomsten rond het onderwerp zijn de minister van Justitie, de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Volksgezondheid (die verantwoordelijk is voor de Cel Drugbeleid).

4.2. Epidemiologie / Evaluatie / Onderzoek

4.2.1. Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving

➤ *Inhoud*

Er is nood aan een **uniforme registratie van de klinische behandelingsgegevens**, een **inventarisering** van het reeds bestaande epidemiologisch onderzoek en een **bundeling van de resultaten**. Tevens moeten de **blinde vlekken** aangeduid worden en dient **nieuw onderzoek** doelgericht te worden geïnduceerd. De Federale Regering wenst daarom het nationale Focal Point geleidelijk om te bouwen tot een **Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving**, dat onder de verantwoordelijkheid van de Cel Drugbeleid zal vallen.

De Cel Drugbeleid zal opdracht geven aan het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving om onder andere de **effecten van verschillende beleidsdaden te onderzoeken en onderling te vergelijken**. De Cel Drugbeleid zal op basis van deze cijfers voorstellen tot wijziging van het beleid formuleren.

Op deze wijze wordt niet alleen de gebrekkige Belgische epidemiologie op peil gebracht, maar komt ons land ook tegemoet aan haar **Europese verplichtingen**. Het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving wordt verantwoordelijk voor het implementeren van de **Europese standaard-indicatoren** (van het Europese Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving). Voor 2000 zijn dit het druggebruik in de bevolking, de prevalentie van problematisch druggebruik, de zorgbehoefte, de mortaliteit en de infectueuze morbiditeit. Vanaf 2001 worden zij uitgebreid tot 29 indicatoren. Hoewel er zowel in de preventie als in de hulpverlening een grote hoeveelheid aan gegevens geregistreerd wordt, gebeurt dit op zeer verschillende wijzen en met zeer verschillende doelstellingen.

We beschikken in ons land nog niet over volledige **klinische behandelingsgegevens**. Momenteel werken de **Gemeenschappen** aan degelijke registratiesystemen, die de hele zorgsector moeten binden. Zo heeft de Vlaamse Gemeenschap de voorbije drie jaar meer dan zestien miljoen geïnvesteerd om de Vlaamse Registratie Middelengebruik op poten te zetten. De VAD is er verantwoordelijk voor het systeem.

De **taken** van het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving zijn :

- ◆ het installeren, ontwikkelen en onderhouden van een **communicatienetwerk** tussen de partners die betrokken zijn bij het drugprobleem (de bekendheid en zichtbaarheid van het Belgische Waarnemingscentrum vergroten);
- ◆ het verzamelen, analyseren, synthetiseren en verspreiden van **gegevens** met betrekking tot drugs en drugverslaving, alsook hun kwalitatieve en kwantitatieve verbetering (cijfers omtrent het druggebruik in de gehele bevolking, en dit ter aanvulling van wat op Gemeenschapsniveau gebeurt);
- ◆ het verzamelen, verspreiden en valoriseren van de **kennis** en inzichten in al de disciplines die geïnteresseerd zijn in drugs en drugverslaving (in samenwerking met de organisaties die hiervoor op Gemeenschapsniveau verantwoordelijk zijn);

- ◆ expertise opbouwen en **epidemiologisch onderzoek** stimuleren op dit terrein (in overleg met de bestaande koepelorganisaties);
- ◆ de Belgische verplichtingen vervullen tegenover het **Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving**.
- ◆ Het **Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving** zal de registratie **harmoniseren** (op basis van de Europese variabelen en definities), zodat de cijfers federaal en Europees gebruikt kunnen worden. Via een unieke code kunnen dubbeltellingen vermeden worden, zonder de anonimiteit op te offeren. De unieke code wordt berekend aan de hand van een aantal identiteitsgegevens. Maar de omgekeerde berekening (uit de unieke code de identiteit afleiden) is niet mogelijk.

Deze taken kunnen enkel uitgevoerd worden in nauw overleg met de **Gemeenschappen**. De huidige **samenwerking in het Belgian Information Reitox Network (BIRN)** (tussen het focal point en de 4 subfocal points, namelijk VAD, CCAD (nu Eurotox), ASL en CTB-ODB) blijft **behouden**.

De federale regering zal in de **Gezondheidsenquête** van 2001 een **module rond middelengebruik** opnemen, teneinde zicht te krijgen op het druggebruik in de bevolking. De vragen zullen gebaseerd zijn op het protocol van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving.

Er dient zowel epidemiologisch als evaluatief voldoende aandacht besteed te worden aan **man/vrouw-specifieke variabelen en verschillen**. Dit gebeurde vroeger te weinig, waardoor de visie op de drugproblematiek mogelijk (onbewust) **vervormd** is. Verder blijken vrouwen, in vergelijking met mannen, veel minder vaak een beroep te doen op de **zorgverstrekking**. Onderzoek naar de redenen van deze (waarschijnlijk groter wordende) discrepantie ontbreekt.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij onderhandelt met de Gemeenschappen. Zij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken.

➤ *Timing*

Het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving zal opgericht worden in overleg met de Gemeenschappen en de Gewesten, op advies van de Cel Drugbeleid (indien die reeds operationeel is).

➤ *Geraamd budget*

Wat de oprichting van het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving betreft, wordt er momenteel een haalbaarheidsstudie gefinaliseerd. Deze studie raamt de kosten die de werking met zich zal mee brengen op 34 miljoen BEF voor 2001, 32 miljoen BEF voor 2002 en 29 miljoen BEF voor 2003. Hiervan wordt jaarlijks 2 miljoen BEF betaald door het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugverslaving. De federale regering zal met de Gemeenschappen een akkoord afsluiten over de overige financiering. Tot nu toe werd het nationale focal point enkel vanuit de Gemeenschappen betaald.

De genoemde bedragen zijn gebaseerd op de volgende raming:

BUDGET IN BEF (X 1 000)			
Taak	2001	2002	2003
Coördinatie	2.216	2.216	2.216
Netwerk en communicatie	2.998	2.548	2.548
Prevalentie van druggebruik bij de bevolking	1.333	1.446	0
Indicator van de vraag naar behandeling	3.302	2.739	2.739
Lokale prevalentie van problematisch druggebruik	1.783	1.783	1.333
Nationale prevalentie van problematisch druggebruik	3.358	1.671	1.671
Incidentie van problematisch druggebruik	1.108	1.108	1.108
Mortaliteit	2.036	2.711	2.036

Infectieziekten verbonden met druggebruik	1.108	1.108	1.108
Analyse van de producten in omloop	1.851	1.851	1.671
TOTAAL	21.094	19.181	16.431
REITOX	12.431	12.319	12.319

4.2.2. Early warning

➤ Inhoud

Sedert december 1997 wordt er gewerkt aan een “**early warning-systeem**” voor nieuwe synthetische drugs. Het nationale focal point, de sub-focal points en diverse laboratoria werken samen om nieuwe drugs te **identificeren** en het gebruik ervan **in kaart te brengen**. Deze informatie wordt **verspreid** onder de deelnemers en overgemaakt aan een aantal partners.

De omvorming van het nationale focal point tot een Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving zal het mogelijk maken deze “early warning” **verder te vervolmaken** (meer laboratoria en meer socio-culturele informatie). Op federaal niveau zal het systeem grotendeels **beperkt** blijven tot de Europese verplichtingen. Het is dus niet de federale regering die “on-site”-testsystemen, waar gebruik(st)ers synthetische drugs kunnen laten testen (zoals bijvoorbeeld op het rock- en dansfestival te Dour gebeurt), zal betalen.

Regelmatische productanalyses (van producten afkomstig zowel van het gerecht als van het terrein) en een inventarisatie van nieuwe trends zullen bekendgemaakt worden aan het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving, de preventiesector, de hulpverleningssector, een aantal (supra-)nationale justitiële en politieke diensten en (waar mogelijk) de druggebruik(st)ers. De informatie zal tevens bekendgemaakt worden aan de verschillende telefonische informatiepunten (druglijn, antigifcentrum, ...).

Het systeem leidde onlangs tot de ontdekking en bekendmaking van het bestaan van de zogenaamde **olifant-XTC**, een gevaarlijke variëteit met een erg hoge dosis actieve stof. Ook **4-MTA** werd via het systeem ontdekt.

➤ Verantwoordelijke minister

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt.

➤ Timing

De timing valt samen met de timing die voorzien wordt voor de oprichting van het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving, dat het early warning-systeem zal leiden.

➤ Geraamd budget

Zie ook: Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving. De laboratoria dienen betaald te worden voor de prestaties die ze in dit kader verrichten. De minister van Volksgezondheid zal een vergoedingsregeling uitwerken.

4.2.3. Evaluatie behandelingsmethoden, zorgvoorzieningen, zorgcircuits en preventietechnieken

➤ Inhoud

Naast het epidemiologisch onderzoek is er vanuit de sector vraag naar een uniforme, permanente, wetenschappelijke **evaluatie van behandelingsmethodieken en preventietechnieken**. De Cel Drugbeleid zal hier een initiërende en sturende rol krijgen. Er gebeurt wel wat onderzoek in België, maar

te verspreid en de resultaten worden onvoldoende teruggekoppeld naar de praktijk (hoewel zij de kwaliteit kunnen verhogen).

De verslavingszorg, en dan vooral de residentiële verslavingszorg, is **erg duur**. Het is belangrijk dat de hulpzoekende druggebruik(st)ers steeds de **meest efficiënte en effectieve hulp / begeleiding** krijgen. De federale regering zal de DWTC één of meerdere **evaluatieonderzoeken** laten uitschrijven naar de **effectiviteit (resultaten) van de verslavingszorg**. Een dergelijke evaluatie kan enkel gerealiseerd worden via longitudinaal onderzoek. Alle relevante voorzieningen en actoren moeten hierbij in beeld gebracht worden (de ziekenhuizen, de categoriale voorzieningen, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, de artsen, ...).

Verder zal de DWTC onderzoek laten verrichten naar de **organisatie van de verslavingszorg** (zie ook het volgende actiepunt). Het begrippenkader dat in de verslavingszorg geïntroduceerd wordt (zie ook: organisatie van de verslavingszorg) kan hierbij als referentiekader gehanteerd worden.

De Cel Drugbeleid zal ook gevraagd worden de resultaten van het buitenlandse onderzoek naar innovatieve behandelingstechnieken op te volgen.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De Minister van Wetenschapsbeleid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid en de minister van Sociale Zaken.

➤ *Timing*

Uitschrijven van het onderzoek: juli 2001

➤ *Geraamd budget*

Er zal 16,5 miljoen BEF ingeschreven worden op het budget van de DWTC om het onderzoek naar de effectiviteit van de verslavingszorg (inclusief haar organisatie) te betalen.

4.2.4. *Evaluatie MSOC's*

➤ *Inhoud*

Sedert 1 juli 1999 loopt er vanuit **de federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden** (DWTC) een **evaluatieonderzoek** van de MSOC's en hun netwerkvorming. Dit onderzoek loopt tot 30 juni 2001. Het staat nu al vast dat de MSOC's een behoorlijke opvang kunnen verzekeren voor gemarginaliseerde, problematische druggebruik(st)ers. De taken van de MSOC's zijn:

1. *Medisch*: de kwaliteit van het leven van de druggebruik(st)er verbeteren door aan haar / zijn behoeften inzake behandeling te beantwoorden en door de gezondheidsschade van het druggebruik te verminderen;
2. *Sociaal*: de druggebruik(st)er opnieuw in de maatschappij integreren (schuldbeheer, loonbeheer, huisvesting, sociale dekking, jobbegeleiding);
3. *Motiverend*: de druggebruik(st)er motiveren om deel te nemen aan programma's die gericht zijn op een drugvrij leven.

Het RIZIV vergoedt de MSOC's min of meer **per patiënt**. Hierbij geldt een financieringsdrempel (bijvoorbeeld: 150 patiënten / week). Een aantal MSOC's zouden **meer patiënten** behandelen dan vergoedbaar is. Het evaluatieonderzoek zal uitwijzen of de financiering moet **herzien** worden.

Het is belangrijk dat de MSOC's zich integreren in het lokale netwerk en dat zij een duidelijke positie innemen in het regionale zorgcircuit.

Er is nood aan duidelijke samenwerkingsakkoorden tussen de MSOC's en andere ambulante en residentiële voorzieningen.

De Federale Regering zal op basis van het evaluatieonderzoek **haar beleid**, waar nodig, **bijsturen**.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Sociale Zaken is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid en de minister van Binnenlandse Zaken.

➤ *Timing*

Dit actiepoint wordt uitgevoerd vanaf 1 oktober 2001.

➤ *Geraamd budget*

De federale regering wacht op de resultaten van het DWTC-onderzoek om beslissingen te nemen rond een mogelijke uitbreiding / heroriëntering van de middelen voor de MSOC's.

4.3. Preventie

De **Gemeenschappen** hebben een belangrijke bevoegdheid wat betreft preventie. Het hoofdstuk kan evenwel niet ontbreken in een beleidsnota die pleit voor een geïntegreerde, globale benadering. De beleidsnota bindt op dit moment enkel **de federale regering**. Er zal onderhandeld worden met de Gemeenschappen. **De federale regering vraagt de Gemeenschappen hun inspanningen op het gebied van preventie verder te zetten en erkent de autonome bevoegdheid van de Gemeenschappen in deze materie.**

4.3.1. Psychoactieve geneesmiddelen

➤ *Inhoud*

Hoewel de vraag om behandeld te worden steeds meer van mannen komt, blijkt dat vrouwen verhoudingsgewijs meer hulp zoeken voor **een afhankelijkheid van geneesmiddelen**. De gespecialiseerde centra en de artsen moeten zich voldoende bewust zijn van deze problematiek. Afhankelijkheid van geneesmiddelen kreeg onvoldoende aandacht in het wetenschappelijk onderzoek. Het gaat om een zowel kwantitatief als kwalitatief ernstig probleem. Het betreft immers een ernstige verslaving, die in België beduidend meer slachtoffers maakt dan in de overige Europese landen. Naast het individuele leed berokkent deze verslavingsvorm ook schade aan onze economie, wegens de eraan gekoppelde productiviteitsdaling en het arbeidsverlet.

Dit actiepoint bevat beleidsmaatregelen die **specifiek op de psychoactieve geneesmiddelen** gericht zijn.

De minister van Volksgezondheid zal de **registratie van benzodiazepines en amfetamines** in overleg met de Europese partners herbekijken in het licht van hun therapeutische meerwaarde. Er zullen in overleg met de Europese partners **bijkomende waarschuwingen** aangebracht worden op de verpakkingen en bijsluiters van benzodiazepines (zie ook: sturen onder invloed). De Hoge Gezondheidsraad zal, in samenwerking met de universiteiten, artsen en apothekers, een **consensusconferentie** organiseren in verband met het voorschrijven van benzodiazepines. Er zal tevens een **preventiecampagne** opgezet worden om de bevolking te wijzen op de gevaren van benzodiazepines (waaronder verkeersrisico's).

Het **voorschrijfgedrag** van de medici zal, naar afhankelijkheid opwekkende middelen toe, preventief en repressief worden begeleid en opgevolgd via de Lokale Kwaliteitskringen (LOK) en de Provinciale Geneeskundige Commissies. De Provinciale Geneeskundige Commissies kunnen, in uitzonderlijke omstandigheden, het visum van een arts intrekken of doorverwijzen naar de Orde van Geneesheren en zelfs naar Justitie.

De federale regering zal tevens onderzoeken welke rol **Farmanet** in deze problematiek kan spelen, en meer bepaald of een uitbreiding van Farmanet tot de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen aangewezen is. Een confrontatie met de cijfers van Farmanet (in een vergelijking met het voorschrijfgedrag van collega-artsen) is vaak voldoende om het voorschrijfgedrag van een individuele arts bij te sturen.

Ook de **Farmaceutische Inspectie** zal haar rol in deze problematiek spelen (wet van 4 februari 2000).

De Federale Regering zal maatregelen nemen om de **beïnvloeding van het voorschrijfgedrag** van geneesheren door de farmaceutische industrie te beperken. Ze zal ook concrete initiatieven nemen om de reclame voor geneesmiddelen te beperken tot objectieve, wetenschappelijke voorlichting. De **onafhankelijke artsenbezoeken**, die georganiseerd worden door het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, worden behouden. De door het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie samengestelde **deskundigheidsbevorderingpakketen**, die gebruikt kunnen worden door de LOK's, worden uitgebreid en ruimer verspreid. Het uitdelen van **artsenmonsters** zal gevoelig verminderd worden voor de benzodiazepines. Voor wat de **amfetamines** en andere verdovende middelen betreft, is het verspreiden van artsenmonsters reeds lang verboden.

Regelmatig worden (blanco) **voorschriftenboekjes** (en naamstempels) gestolen bij dokters met het oog op het verkrijgen van verdovende middelen. Er bestaat zelfs een illegale handel in deze voorschriftenboekjes en verdovende middelen. Het federale overlegplatform "veiligheid geneesheren", dat wordt voorgezeten door het VSPP, zal het concept van **de dubbele en genummerde voorschriften** verder uitwerken. De federale regering zal op basis van deze werkzaamheden een landelijk systeem van dubbele en genummerde voorschriften voor verdovende middelen **implementeren**.

De Federale Regering zal **overleg** plegen over de bovenstaande maatregelen met de artsenorganisaties, de apothekersbonden en de farmaceutische industrie. De **geneesmiddelencel**, die werd opgericht door de minister van Sociale Zaken en de minister van Volksgezondheid, wordt verantwoordelijk voor de coördinatie van de hierboven vermelde maatregelen.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken, de minister van Economie en de minister van Binnenlandse Zaken.

➤ *Timing*

Dit actiepoint wordt momenteel uitgevoerd. De consensusconferentie "benzodiazepines" zal medio 2001 plaats moeten hebben. De opvolging van het voorschrijfgedrag en de preventiecampagne zullen begin 2001 uitgewerkt worden.

➤ *Geraamd budget*

Er zal 20 miljoen BEF ingeschreven worden op de begroting van de minister van Volksgezondheid om dit actiepoint te verwezenlijken.

4.3.2. *Sturen onder invloed*

➤ *Inhoud*

Het sturen onder invloed (van legale en / of illegale drugs) zal worden **ontreden** via de **drugstesten** voor bestuurders.

Het sturen onder invloed van illegale drugs en geneesmiddelen werd expliciet strafbaar gesteld door de Wet van 16 maart 1999 en het daaruit volgende Koninklijk Besluit van 4 juni 1999. De minister van Justitie

werkte intussen, in overleg met de minister van Mobiliteit en Vervoer, omzendbrieven en richtlijnen uit ten behoeve van de politiediensten en het openbaar ministerie.

De minister(s) hield(en) rekening met de volgende principes:

1. Een **sensibilisatie- of informatiecampagne** (georganiseerd door het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid, BIVV) informeert de weggebruik(st)er op preventieve wijze over het bestaan (en de bestaansgronden) van de wet en zijn rechten en plichten terzake.
2. De toepassing van de wet van 16 maart 1999 zal jaarlijks **geëvalueerd** worden; om deze evaluatie mogelijk te maken wordt een **registratiesysteem** uitgewerkt.
3. De wet heeft als doel de **verkeersveiligheid** te verhogen; de wet heeft niet als doel het druggebruik op zich aan te pakken of bepaalde (leeftijds)groepen te viseren en / of te discrimineren.
4. Het uitvoeren van een urine- en / of bloedproef is slechts gerechtvaardigd na het waarnemen van **uiterlijke tekenen** (door middel van een gestandaardiseerde testbatterij); de politiemensen worden opgeleid om deze uiterlijke tekenen met de grootst mogelijke betrouwbaarheid te herkennen.
5. Er zal gestreefd worden naar duidelijke **grenswaarden**.
6. Een aanbod aan zinvolle, **alternatieve straffen** wordt uitgewerkt.

De Federale Regering zal, waar nodig in overleg met de Europese partners, specifieke maatregelen uitwerken om ook het rijden onder invloed van **medicatie** tegen te gaan. De specifieke maatregelen bestaan uit:

1. het aanbrengen van een **waarschuwingsteken op de verpakking** van deze geneesmiddelen (gedacht wordt aan een sticker met een icoontje van een wagen in een rode verbodscirkel, die door de afleverende apotheker op de verpakking kan aangebracht worden terwijl hij de klant wat uitleg verschaft over de gevaren van het rijden onder invloed);
2. het **aanpassen van de bijsluiter**; en
3. het **sensibiliseren van de voorschrijvende artsen**.

Ook in de **opleiding van de politieagenten** die de bestuurders op nuchterheid controleren zal aandacht besteed worden aan het probleem.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor dit actiepunt. Hij overlegt met de minister van Mobiliteit en Vervoer. De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor het deel rond de verpakking en bijsluiters van de geneesmiddelen en de sensibilisering van de artsen. De minister van Binnenlandse Zaken is verantwoordelijk voor het deel rond de opleiding van politieagenten.

➤ *Timing*

Uitvoeringsbesluit: 1 december 2000

Sturen onder invloed van medicatie: 1 januari 2002

➤ *Geraamd budget*

Het budget voor de maatregelen in verband met de psychoactieve geneesmiddelen wordt ingeschreven op de begroting van de minister van Sociale Zaken (zie ook: psychoactieve geneesmiddelen).

4.3.3. *Tabak en alcohol*

➤ *Inhoud*

Tabakspreventie en alcoholpreventie zijn noodzakelijk. De Federale Regering zal er zorg voor dragen dat de **Cel Drugbeleid** en de **Interministeriële Conferentie Drugbeleid** voldoende aandacht schenken aan deze producten. Dit actiepunt bevat enkel de **productspecifieke beleidsmaatregelen**, dit wil zeggen de beleidsmaatregelen die specifiek op één welbepaald product (tabak of alcohol) gericht zijn.

Tabak

Om doelmatig te zijn, dient de wetgeving zowel het **aanbod** (verkoopsmodaliteiten, prijs, publiciteit) als het **gebruik** (op openbare plaatsen, op school, op het werk, ...) van tabak te regelen. Wettelijke initiatieven dienen aangevuld te worden met **bewustwordingscampagnes**. Een aantal maatregelen om het tabaksverbruik te verminderen, behoren tot de bevoegdheid van de federale regering.

De **publiciteit voor tabaksproducten** en afgeleide producten wordt gereguleerd door de Wet Vanvelthoven, die gedeeltelijk vernietigd werd ten gevolge van het arrest d.d. 30 september 1999 van het Arbitragehof (Formule1-wedstrijd van Francorchamps).

Het **openbaar vervoer** is in grote mate rookvrij. Deze materie wordt geregeld door het K.B. van 15 september 1976. Op trams, bussen en in vliegtuigen mag niet meer gerookt worden. Op de trein zijn er nog slechts enkele rokersplaatsen voorzien en die zijn steeds afgeschermd van de niet-ro(o)k(st)ers. Deze materie behoort tot de bevoegdheid van de minister van Mobiliteit en Vervoer. Gelet op de vele klachten, wordt ook hier de mogelijkheid en de opportuniteit van een totaal rookverbod onderzocht. Wellicht volstaat het om het aantal rokerscompartimenten in de treinen te laten verminderen.

In de horeca concentreert het rookprobleem zich enerzijds rond de verluchting en anderzijds rond de afgebakende zones. De reglementering in verband met de rookafzuigsystemen en de rookverbodzones wordt door de horecasector nu merkbaar beter nageleefd dan in 1999. De verbetering van de resultaten is ongetwijfeld een gevolg van (de aankondiging van) het strenger beleid en de aandacht die de media hieraan schonk. Aangezien de resultaten verder verbeterd moeten worden en er nog steeds klachten toestromen, is het noodzakelijk om de controleacties van de Eetwarensinspectie geregeld te herhalen. In het kader van een geïntegreerde controleactie zal ook de tabaksreglementering dit najaar opnieuw gecontroleerd worden.

De federale regering zal met de Gemeenschappen onderhandelen om **in de scholen** tot een verbetering van het rookgedrag te komen. De wetgeving rond het roken in de schoolomgeving dient aangevuld te worden door een **actief beleid van tabakspreventie**. Elke schoolgemeenschap zou een bindend en uitgeschreven rookbeleid moeten ontwikkelen dat kan opgenomen worden in het algemene schoolreglement. Het totale rookverbod biedt hierbij de meest efficiënte bescherming tegen het passief roken. Het vormt ook de ideale basis voor de promotie van een tabaksvrije levensstijl. De voorbeeldfunctie van de leerkrachten kan niet voldoende onderstreept worden.

Op dit moment worden aan sigaretten **additieven** toegevoegd die de verslaving kunnen vergroten. De mogelijkheid om deze additieven te verbieden moet onderzocht worden.

De **verkoop van tabaksproducten** levert de overheid jaarlijks bijna 68 miljard frank aan belastingen op. Hiertegenover staan 50 doden per dag. De Federale Regering zal extra middelen vrij maken om, in overleg met de deelregeringen, de strijd tegen tabak op te voeren.

Het anti-tabaksbeleid zal verder uitgewerkt worden in een beleidsnota van de minister van Volksgezondheid.

Alcohol

De federale regering vraagt de Gemeenschappen voldoende ruimte vrij te maken in het onderwijspakket om adolescenten **te leren omgaan met alcohol** (zie ook: uitbouw van de preventie) en een **preventieaanbod** te voorzien **in het gezin en op de arbeidsplaats**.

De federale regering zal de aanbevelingen uit het **Europese Actieplan Alcohol 2000-2005** uitvoeren, voor zover die aanbevelingen verenigbaar zijn met de traditie, de cultuur en de publieke meningen op dit vlak.

Het probleem van de alcoholverslaving zal voldoende aandacht krijgen bij de uitwerking van **regionale zorgcircuits** en het bepalen van de regionale zorgbehoeftes (zie ook: organisatie van het zorgaanbod).

De federale regering zal de Belgische alcoholproducenten vragen stelling te nemen rond het document "The Geneva Partnership on Alcohol: Towards a Global Charter". Dit document werd uitgewerkt door de internationale alcoholproducenten, in samenwerking met wetenschappers en beleidsmakers.

De minister van Volksgezondheid zal nagaan of de **reclamereglementering rond alcohol** aangepast moet worden aan de nieuwe (bij jongeren gepromote) mixdrankjes (de zogenaamde "alcopops"). Zij zal hierbij aandacht schenken aan de misleidende verpakkingen, de wettelijke verplichting tot een gescheiden aanbod, de promotiestands op de feestjes voor jongeren, de specifieke reclamestrategieën en de beleidsaanbevelingen van het Europees Parlement. Zij zal overleg plegen met de Gemeenschappen.

De **besluitwet van 14 november 1939 betreffende de beteugeling van dronkenschap en de wet van 15 juli 1960 tot zedelijke bescherming van de jeugd** zullen meer aandacht krijgen van de bevoegde inspectiediensten. Zij zullen bijzondere aandacht schenken aan de minimumleeftijd en het schenken van alcohol aan dronken personen. Het strafrecht dient ook hier het ultimatum remedium te zijn.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij onderhandelt met de deelregeringen (die erg ruime bevoegdheden hebben in deze materie). Zij pleegt overleg met de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Economie.

➤ *Timing*

De verschillende maatregelen zullen in de loop van deze legislatuur uitgevoerd worden.

➤ *Geraamd budget*

Op de begroting van de minister van Volksgezondheid zullen middelen vrijgemaakt worden om, in overleg met de Gemeenschappen, anti-tabaksmaatregelen te nemen.

4.3.4. *Uitbouw van de preventie*

➤ *Inhoud*

De visies en acties van de Gemeenschappen moeten het uitgangspunt zijn van elk preventiebeleid.

De Federale Regering zal de Gemeenschappen vragen de preventietrainingen structureel in te bouwen bij de **opleiding van de leerkrachten** en ruimte vrij te maken in het **onderwijspakket** voor het aanleren van "leefvaardigheden" (via bijvoorbeeld het onderwijspakket Leefsleutels). In de (voornamelijk vakoverschrijdende) eindtermen van het Vlaamse onderwijs zit dit reeds ingebouwd. De Federale Regering acht het wenselijk dat de drugpreventie voor jongeren start in de lagere school en doorloopt tot in het hoger onderwijs. Op dit laatste niveau lijken onder meer de preventie van alcohol- en geneesmiddelenmisbruik aangewezen.

De bestaande preventie-initiatieven op de verschillende niveaus dienen verder te worden **uitgebouwd** (en waar nodig op elkaar afgestemd). De preventie-initiatieven dienen tevens **wetenschappelijk onderbouwd en geëvalueerd** te worden overeenkomstig de richtlijnen en evaluatiecriteria van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving te Lissabon.

Naast **primaire preventie**, gericht tot een breed publiek of potentiële gebruik(st)ers, dienen ook de **secundaire en de tertiaire preventie**, respectievelijk gericht op vroegdetectie van problemen bij gebruik(st)ers en op schadebeperking bij de regelmatige gebruik(st)ers, voldoende te worden uitgebouwd. Bovendien dient preventie gericht te zijn op **alle drugs**, legaal zowel als illegaal. Gerichte preventie op buurtniveau of op **gemeentelijk niveau** (waarbij samengewerkt wordt tussen onderwijsinstellingen, gezondheidszorg, sociale hulpverlening, justitie, vrijetijdsorganisaties, werkgevers en vakbonden) verdient aanbeveling. De federale regering zal de gemeenten verder stimuleren om een lokaal beleid uit te werken.

De minister van Volksgezondheid en de minister van Binnenlandse Zaken zullen **onderhandelen** met de Gemeenschappen en de Gewesten. Zij zullen, indien nodig, **raamakkoorden** afsluiten met deze beleidsniveaus. De Cel Drugbeleid (zie supra) zal een forum bieden voor een geïntegreerd, overlegd drugbeleid. Het Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving zal, op nationaal vlak, de wetenschappelijke evaluatie van de drugpreventieprojecten sturen / inventariseren.

De federale regering wijst de Gemeenschappen op het **Europese Actieplan 2000-2004**, waarin gepleit wordt voor de uitwerking van een **academische vorming "verslavingszorg"**. Verder dient de expertise rond middelenproblemen in de **basisopleiding van alle gezondheidswerkers** (verplegend personeel, artsen, maatschappelijk werk, ...) uitgebreid te worden. De federale regering zal de Gemeenschappen vragen hier aandacht aan te besteden.

De Europese Commissie **subsidieert** Europese preventieprojecten.

De federale regering zal extra aandacht schenken aan het probleem van de **illegale dansfeesten** (de clandestiene "raves"), die op wisselende, semi-geheime locaties ingericht worden. De geldende wetgeving zou er genegeerd worden. Er zouden bijvoorbeeld inbreuken gepleegd worden op de brandveiligheid, de milieuwetgeving, de fiscale en sociale wetgeving, de auteursrechten, administratieve verplichtingen, Ook de alcohol- en drugwetgeving zou tijdens deze feesten met voeten getreden worden. Het erg besloten karakter maakt preventie bovendien moeilijk. De federale regering zal inventariseren hoe groot het probleem is en de Cel Drugbeleid belasten met het uitwerken van een concreet actieplan.

➤ *Verantwoordelijke ministers*

De minister van Binnenlandse Zaken is (op federaal niveau) verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid.

➤ *Timing*

Dit actiepunt zal uitgevoerd worden nadat de Cel Drugbeleid operationeel is geworden.

➤ *Geraamd budget*

Dit actiepunt creëert voorlopig federaal geen budgettaire meerkosten.

4.4. Zorgverlening, risicobeperking en (her)integratie

De **door België ondertekende internationale verdragen** zijn niet bevorderlijk voor een **innovatief verslavingszorgbeleid**. Niet enkel een realistische reactie op het gebruik van cannabis, ook initiatieven om de schade ten gevolge van druggebruik te beperken (zoals spuitenruil, gecontroleerde heroïneverstrekking, on-site-testing, injectieruimtes, ...) zijn vooralsnog te weinig expliciet voorzien in de internationale verdragen. De federale regering zal, in overleg met andere, gelijkgezinde Europese landen, pleiten voor een **heronderhandeling van de VN-verdragen**. Het gaat hierbij in eerste instantie om het Enkelvoudig Verdrag van 30 maart 1961, het Verdrag van 21 februari 1971 en het Verdrag van 20 december 1988.

4.4.1. Organisatie van het zorgaanbod

➤ *Inhoud*

Waar preventie van drugmisbruik of drugafhankelijkheid tekort schieten, dient er een **gedifferentieerd antwoord van zorgverlening** geboden te worden. Van zodra druggebruik problematisch wordt voor de gezondheid van een persoon - in de zin dat men het eigen gedrag niet langer meer onder controle heeft - is er sprake van een probleem van geestelijke gezondheid. Naarmate de drugafhankelijkheid toeneemt, speelt ook de somatische factor een grotere rol. Meestal zijn er ook uitlokkende, versterkende of reactieve

sociale elementen. Het **verslavingsprobleem** is een complex **bio-psycho-sociaal probleem**, dat een aangepast multidisciplinair antwoord behoeft.

Voortbouwend op het *Advies van de permanente werkgroep psychiatrie inzake de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg* (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 1997) dient voor de doelgroep "verslaafden" een eigen globaal en geïntegreerd zorgaanbod gecreëerd te worden.

De minister van Sociale Zaken en de minister van Volksgezondheid zullen een **meer geïntegreerd kader** ontwikkelen, rekening houdend met de uiteenlopende lokale behoeften die eigen zijn aan de drughulpverlening. De voorzieningen met RIZIV-conventies en het verslavingszorgaanbod van de psychiatrische (afdelingen van) ziekenhuizen zullen opgenomen worden in dit meer geïntegreerd wettelijk kader. Dit wettelijk kader moet het mogelijk maken om de verslavingszorg te organiseren in **lokale netwerken**. Deze regionale netwerken kunnen zich dan ontwikkelen tot lokale **zorgcircuits**. Ook de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zullen, indien de Gemeenschappen dit wensen, deel uitmaken van deze zorgcircuits.

Een "**zorgcircuit**" is het volledige zorgaanbod van een netwerk voor een bepaalde doelgroep (in casu de verslaafden). Het is opgebouwd uit "**modules**" die samen alle noodzakelijke "**zorgtrajecten**" vertegenwoordigen voor die doelgroep, met garantie ten aanzien van de hulpvrager voor zorg op maat en voor continuïteit tussen de zorgfasen. Een "**module**" is een geglobaliseerd aanbod van zorg. Een module bestaat uit een combinatie van één of meer zorgfuncties, aangeboden in één of meer modi. Een module is dus een verzameling zorgactiviteiten in een specifieke context, gericht op een omschreven doel. Een "**zorgtraject**" is een verzameling modules. Een "**zorgtraject**" vormt een globaal onderdeel van het zorgprogramma dat als geheel een antwoord vormt op geglobaliseerde hulpvragen van een doelgroep¹.

Door het uitbouwen van zorgcircuits kan men de verslavingszorg **optimaliseren**. De verslavingszorg kan zowel **verticaal** (uitbouwen en integreren van de categoriale verslavingszorg) als **horizontaal** (afspraken met de grenssectoren) **verbeterd** worden. Het zorgcircuit vergemakkelijkt de **zorg op maat** en de **continuïteit van de zorgverlening**. De verslavingszorg wordt verder geprofessionaliseerd door **uniforme registratie, kwaliteitsbewaking, het aanpassen van het aanbod aan de vraag, uniforme diagnostiek en indicatiestelling** en wetenschappelijk onderbouwde ("evidence-based") **behandelingstechnieken**.

Een aantal elementen zijn specifiek voor de verslavingszorg:

1. Er dient ruime aandacht te zijn voor **motivatie**.
2. Een **lage instapdrempel, flexibiliteit, out-reaching** en **casemanagement**.
3. Er dient een **goede verhouding te zijn tussen zorgfuncties gericht op verandering (abstinentie), harm-reduction en sociale verslavingszorg** (aanbieden van basale overlevingshulp en het verminderen van de maatschappelijke overlast).
4. Het zorgaanbod dient **permanent aangepast** te worden. Gebruiksgewoonten en verslavingsproblemen evolueren immers razend snel.
5. Er is nood aan **zorgtrajecten voor specifieke doelgroepen** (zoals dubbeldiagnose-patiënten).

De lokale voorzieningen en actoren zullen verenigd worden in een "**Lokale Coördinatiegroep Drugs**" (**LCD**), die op haar beurt aansluiting zoekt bij de **overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg**. De **Provinciale Preventieplatforms** in Vlaanderen zullen uitgenodigd worden om actief deel uit te maken van de LCD. Ook de justitiële casemanagers en de vertegenwoordig(st)ers van andere relevante organisaties (justitie, welzijn, gebruikersverenigingen, ouderverenigingen, ...) worden uitgenodigd om deel uit te maken van de LCD. Deze Lokale Coördinatiegroep Drugs krijgt **als taak**:

1. de **regionale zorgbehoefte** onderzoeken;
2. de drugpreventie en de drughulpverlening inventariseren en beschrijven in termen van regionale **zorgprogramma's** en **zorgcircuits** vanuit het **begrippenkader geestelijke gezondheidszorg**;
3. de ontbrekende functies en overlappings in de hulpverlening detecteren en lokaal via overleg invullen, respectievelijk afschaffen.

¹ Werkgroep Psychiatrie (1999), *Woordenlijst kernbegrippen GGZ*, Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Brussel, 5 p.

Er is een **specifiek zorgtraject voor jongeren** vereist. Het is immers raadzaam om het zorgaanbod voor minderjarigen en meerderjarigen gescheiden te houden. Dit betekent niet noodzakelijk dat categoriale voorzieningen voor jongeren aangewezen zijn.

Verder is ook een specifiek zorgtraject voor **sommige dubbeldiagnose-patiënten** aangewezen.

De **allochtone druggebruik(st)ers** zijn blijkbaar **ondervertegenwoordigd in sommige hulpverleningsvormen**. Zij zouden ook minder in aanmerking komen voor **gerechtelijke alternatieve maatregelen** en vaker in de gevangenis belanden. Er gebeurde reeds heel wat **onderzoek** naar dit fenomeen. In het buitenland werden **succesvolle maatregelen** genomen om het fenomeen te bestrijden. **Taal- en cultuurverschillen** spelen een rol en **interculturele bemiddelaars** kunnen een bijdrage leveren. Voldoende aandacht voor de **cultuurspecifieke betekenissen van verslaving** in de opleiding van de hulpverleners kan eveneens aangewezen zijn. Het is wenselijk dat het **aantal allochtone hulpverleners** toeneemt. Er moet gezocht worden naar behandelingsvormen met de **grootste garantie op sociale herintegratie**. De voorzieningen moeten extra inspanningen leveren om de allochtone druggebruikers te bereiken.

De LCD zal verder, als sturend organisme voor lokale netwerkvorming en in overleg met de Cel Drugbeleid, zo snel mogelijk een **netwerk voor spoed- en crisisopvang** uitwerken. De federale regering hecht veel belang aan dit initiatief (zie ook: netwerk voor spoed- en crisisopvang) en zal dan ook bewerkstelligen dat actieve participatie als verplichting wordt opgenomen in de financieringsvoorwaarden van de federaal betaalde voorzieningen. Ook de niet-specifieke crisisinterventiecentra zullen op hun verantwoordelijkheid gewezen worden.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid en de minister van Sociale Zaken zijn samen verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij onderhandelen met de Gewesten en de Gemeenschappen (en via de Gemeenschappen met de provincies).

➤ *Timing*

De Lokale Coördinatiegroepen Drugs zullen in de loop van 2001 opgericht worden.

➤ *Geraamd budget*

De Lokale Coördinatiegroepen Drugs worden gecreëerd binnen de Overlegplatforms voor Geestelijke Gezondheidszorg en genereren dus geen meerkosten.

4.4.2. *Financiering van de zorgverlening*

➤ *Inhoud*

Momenteel wordt een deel van de behandelingscentra gefinancierd op basis van **individueel afgesloten RIZIV-conventies**. Een ander deel wordt gefinancierd op basis van de **ziekenhuiswetgeving**. Het **luik "drugs" van het globaal plan** vult deze financieringen aan. Ook de **deelregeringen**, de **provincies** en de **gemeenten** investeren in drughulpverlening.

Op basis van de lokale behoeften zal een **lastenboek** gemaakt worden van de te voorziene **zorgfuncties en zorgmodules**. Een geïntegreerd en globaal aanbod is het doel. Op lange termijn wordt gestreefd naar een **globale financiering van elk lokaal zorgcircuit**.

De Minister van Sociale Zaken zal zo spoedig mogelijk **de case-load** van de via RIZIV-conventies gefinancierde **ambulante en dagcentra** evalueren. De teams van deze centra zouden chronisch overbelast zijn. Deze evaluatie vereist uiteraard een behoorlijke registratie en een instrument om de

werklast te meten. Er dient rekening gehouden te worden met de tewerkstellingsmaatregelen van de Federale Regering, die voor sommige centra de case-load feitelijk verlicht hebben.

Aansluitend op de richtlijnen in verband met het penitentiaire drugbeleid, zoekt de minister van Maatschappelijke Integratie een oplossing voor de niet-verzekerde druggebruik(st)ers op wie een strafuitvoeringsmaatregel (voorwaardelijke vrijheid, halve vrijheid, ...) van toepassing is en die verzorgd worden in een MSOC of andere instelling met een RIZIV-conventie.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Sociale Zaken is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid en de minister van Maatschappelijke Integratie.

➤ *Timing*

Evaluatie case-load ambulante en dagcentra: december 2001
Financiering per zorgcircuit: langere termijn

➤ *Geraamd budget*

De kosten hangen af van de evaluatie van de case-load van de ambulante en dagcentra.

4.4.3. Verslavingszorgcasemanagement

➤ *Inhoud*

Uit **onderzoek, binnenlandse experimenten en buitenlandse ervaringen** blijkt de wenselijkheid van het introduceren van de methodiek van het **casemanagement** in de verslavingszorg. Casemanagement is een vorm van **trajectbegeleiding**. Zwaar verslaafde druggebruik(st)ers, die reeds herhaaldelijk behandeld werden en hervielen en die zich moeilijk kunnen integreren, worden individueel opgevolgd. Het betreft vaak cliënten met een complexe en meervoudige problematiek (zie ook: dubbele diagnostiek). Zij veroorzaken vermoedelijk een aanzienlijk deel van de maatschappelijke overlast.

De **doelstellingen** van het casemanagement situeren zich zowel op het niveau van de cliënt(e) als op het niveau van de voorzieningen.

Op het **niveau van de cliënt(e)** beoogt de methodiek:

- ◆ het herval te beperken en, indien nodig een tijdige en vlotte heropname te regelen;
- ◆ zorg op maat en een gegarandeerde zorgcontinuïteit;
- ◆ bevordering van het maatschappelijk functioneren van de cliënt.

Op het **niveau van de voorzieningen** beoogt de methodiek:

- ◆ een betere coördinatie en afstemming binnen de verslavingszorg;
- ◆ het verbeteren van de communicatie tussen de voorzieningen (met instemming van de cliënt).

De methodiek wordt gekenmerkt door **vijf basisfuncties**: assessment, planning, directe en indirecte interventies (o.a. verwijzing, outreaching, coördinatie), monitoring en evaluatie.

De federale regering zal geld vrij maken op de begroting van de minister van Volksgezondheid om interessante casemanagement-projecten van de Lokale Coördinatiegroepen Drugs te subsidiëren. De Lokale Coördinatiegroep Drugs bepaalt zelf waar de verslavingszorg-casemanagers ondergebracht worden. De casemanagers dienen over voldoende ervaring in de verslavingszorg te beschikken en goed vertrouwd te zijn met alle relevante randdomeinen. Het is niet de bedoeling dat zij de taken van bestaande voorzieningen invullen.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepun. Zij overlegt met de minister van Sociale Zaken. Zij onderhandelt met de Gewesten en de Gemeenschappen. Zij laat zich inspireren door het onderzoeksproject dat loopt in de provincie Oost-Vlaanderen.

➤ *Timing*

Dit actiepun zal uitgevoerd worden nadat de regionale zorgcircuits (of toch minstens de Lokale Coördinatiegroepen Drugs) gevormd werden.

➤ *Geraamd budget*

Er zal 30 miljoen BEF worden ingeschreven op de begroting van de minister van Volksgezondheid om de interessante lokale projecten te subsidiëren.

4.4.4. *Druggebruik(st)ers met psychiatrische problemen (dubbele diagnostiek)*

➤ *Inhoud*

De **gezondheidssector**, en meer specifiek de **geestelijke gezondheidssector**, wordt in toenemende mate met **middelengebruik** geconfronteerd. Zowel in de **residentiële voorzieningen**, als in de **ambulante en dagvoorzieningen**, dient er zich een groeiende groep patiënten aan die naast hun psychiatrische stoornis ook kampen met een verslavingsprobleem. **Omgekeerd** geldt dat veel cliënten die zich aanbieden in de **verslavingszorg** eveneens worstelen met een **psychiatrische stoornis**. Middelenmisbruik en psychiatrische aandoeningen **beïnvloeden mekaar** op een negatieve wijze. Voor een flink deel van deze zogenaamde **dubbeldiagnose-groep** blijkt het huidige zorgaanbod ontoereikend. Zij vinden moeilijk aansluiting in de verslavingszorg (omdat ze psychiatrisch gestoord zijn), en zij vinden moeilijk aansluiting in de psychiatrische gezondheidszorg (omdat ze verslaafd zijn). Dit resulteert in **frequent heen-en-weer-geschuif** tussen de verschillende voorzieningen en een **hoge drop-out-ratio**.

De dubbeldiagnose-groep zorgt voor nogal wat **maatschappelijke overlast** en wordt gekenmerkt door een **hoge behandelkosten**. Dit hangt samen met de **kenmerken van deze groep**, namelijk:

1. een complexe, multidimensionele problematiek met een moeilijke diagnostiek;
2. beperkte cognitieve en coping-vaardigheden;
3. een beperkte motivatie, frequente drop-out, en frequent herval (in middelengebruik en in psychiatrische symptomatologie);
4. hoog risicogedrag en veel geweld (tegen zichzelf en tegen anderen);
5. juridische en strafrechtelijke problemen;
6. vaak dakloos.

De **doelstellingen van het zorgaanbod** voor de dubbeldiagnosegroep zijn het verbeteren van het algeheel niveau van functioneren, het beperken van het middelengebruik en de gerelateerde problemen, het stabiliseren van de psychiatrische stoornis, harm-reduction en resocialisatie (woonst, werk en dagvulling). Dubbele diagnosecliënten vormen een doelgroep bij uitstek om aan **casemanagement** te doen.

Binnen sommige voorzieningen wordt reeds vele jaren aandacht besteed aan de dubbeldiagnosepatiënten. Er is heel wat **expertise** opgebouwd. De federale regering zal de experimenten rond dubbeldiagnose **evalueren** en **ondersteunen**. Ze zal pilootprojecten opzetten in de vorm van afzonderlijk eenheden voor intensieve behandeling van dubbeldiagnosepatiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Hierbij worden geen nieuwe bedden gecreëerd, maar komt er een betere personeelsomkadering en vorming van bestaande acute behandelafdelingen. De federale regering zal er tevens op toezien dat de dubbeldiagnose voldoende aandacht krijgt bij de **uitbouw van de regionale verslavingszorgcircuits** en bij het **bepalen van de zorgfuncties**. Indien uit de programmatie van de zorgcircuits zou blijken dat er **leemtes** bestaan, zal de federale regering **initiatieven** nemen. "Cross-trained teams", die zowel behandelmethodieken uit de verslavingszorg als behandelmethodieken uit de psychiatrische zorg beheersen, lijken alleszins noodzakelijk.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint.

➤ *Timing*

Op korte termijn kan de evaluatie en ondersteuning van de bestaande experimenten rond dubbele diagnose gebeuren.

De pilootprojecten zullen medio volgend jaar gestart worden.

➤ *Geraamd budget*

De noodzakelijke investeringen zullen besproken worden bij de begrotingscontrole.

4.4.5. *Netwerk voor spoed- en crisisopvang*

➤ *Inhoud*

Alle actoren in de geestelijke gezondheidszorg hebben ten aanzien van dringende hulpvragen de verantwoordelijkheid om modaliteiten te voorzien om patiënten en hun families verder te helpen, bijvoorbeeld telefonisch consult geven; mogelijkheden voorzien voor een niet-geplande dringende consultatie of voor dringende opname in een psychiatrische ziekenhuisdienst. Alle voorzieningen moeten zich zo organiseren dat ze voldoende bereikbaar zijn.

Sinds 1992 lopen er in algemene ziekenhuizen drie **pilootprojecten voor crisispsychiatrie** (Stuivenberg in Antwerpen, Van Gogh in Charleroi en Brugmann in Brussel). In Brussel bestaat bovendien een afzonderlijke spoed- en crisisopvang voor toxicomanen. Daarnaast zijn er ook enkele algemene ziekenhuizen die met eigen middelen een dienst voor crisispsychiatrie hebben opgezet (bv. EPSI Brugge). De officiële pilootprojecten werken elk vanuit een eigen model. Ze verschillen onder andere op het punt van de aard van de samenwerking met de dienst spoedgevallen en het maximaal aantal dagen opname in de crisiseenheid. De drie pilootprojecten worden momenteel geëvalueerd met het oog op bijsturing tot één uniform model voor crisispsychiatrie. Volgende conclusies kunnen uit deze ervaringen getrokken worden:

- Middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid zijn samen de belangrijkste reden voor opname in de dienst spoedgevallen.
- Voor een deel van de op de dienst spoedgevallen behandelde patiënten is een intensieve, zogenaamde crishospitalisatie vereist met een korte therapeutische interventie waardoor een klassieke psychiatrische hospitalisatie kan worden voorkomen. Na een verblijf van 1,5 dagen tot maximum 5 dagen kan bij 80% van hen een langdurige hospitalisatie worden voorkomen.
- Dit soort van eenheid vereist een hogere financiering dan de huidige financiering van de A-bedden. Deze meeruitgave wordt ruimschoots gecompenseerd door de besparing die wordt gerealiseerd doordat 80% van de patiënten die in de crisiseenheid hebben verbleven niet moeten worden gehospitaliseerd.

Vanuit de praktijk wordt de **dringende nood gesignaleerd tot meer capaciteit voor crisisopnames**, vooral voor verslaafden. Uit onderzoek blijken minimale eenheden van 4 tot maximum 8 patiënten in een algemeen ziekenhuis wenselijk. Voorwaarde voor het goed functioneren van zo een crisiseenheid is de inschakeling in een zorgcircuit.

De **geschatte behoefte aan crisisopvang** is een eenheid van 4 à 8 bedden voor 300.000 tot 500.000 inwoners in functie van de densiteit van bewoners en geografische spreiding, dit wil zeggen ongeveer 120 bedden voor België. Specifiek voor verslaafden wordt de behoefte geschat op 60 bedden voor België.

De minister van Volksgezondheid zal, in overleg met haar collega van Sociale Zaken, een specifiek wettelijk kader creëren voor de normering, financiering en erkenning van de crisispsychiatrische eenheden in algemene ziekenhuizen.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken.

➤ *Timing*

Start van de gefaseerde invoering: medio 2001 voor 20 bedden, begin 2002 voor 40 bedden.

➤ *Geraamd budget*

De noodzakelijke investeringen zullen besproken worden bij de begrotingscontrole.

4.4.6. Minderjarigen

➤ *Inhoud*

De federale regering heeft maar **zeer beperkte bevoegdheden** naar minderjarigen toe. Toch moet er bijzondere aandacht besteed worden aan de **minderjarigen**. Het is immers eenvoudiger een beginnend verslavingsproces te doorbreken dan een langdurige verslaving te beëindigen. Er moet ook benadrukt worden dat **experimenteergedrag** bij jongeren een normale evolutie is bij het volwassen worden. Disproportionele reacties kunnen contraproductieve effecten hebben.

De **Comités voor de bijzondere jeugdzorg** moeten naar de druggebruikende minderjarigen toe hun rol kunnen spelen. De sociale dienst van het comité voor de bijzondere jeugdzorg kan zelf de hulpverlening uitvoeren of doorverwijzen naar een externe hulpverlenende dienst. De **diversiemaatregelen** van justitie bieden ook heel wat mogelijkheden aan de jeugdrechters en het openbaar ministerie. Het gevaar van de **net-widening** mag hierbij niet uit het oog verloren worden.

Het wordt aanbevolen steeds **beide ouders** te betrekken bij het hulpverleningsaanbod, zelfs indien de ouders gescheiden leven.

De federale regering benadrukt tot slot het belang van de ouderwerking. Sommige ouders van minderjarige, problematische druggebruikers hebben nood aan informatie, vorming, training en een expliciet therapeutisch aanbod. De regering zal onderzoeken op welke wijze zij hiervoor middelen kan vrijmaken. In de eerste plaats wordt gedacht aan nieuwe modules in de specifieke RIZIV-conventies.

➤ *Verantwoordelijke minister*

Dit punt is volledig Gemeenschapsbevoegdheid. De federale regering zal in de Cel Drugbeleid antwoorden op de wensen van de Gemeenschappen in dit verband en is bereid alle initiatieven te nemen die het beleid van de Gemeenschappen kunnen ondersteunen. De minister van Sociale Zaken is verantwoordelijk voor de nieuwe modules rond ouderwerking in de RIZIV-conventies.

➤ *Timing*

Gerechtelijke maatregelen: einde 2001

➤ *Geraamd budget*

De minister van Justitie zal de budgettaire gevolgen van deze maatregel inschatten.

4.4.7. Nazorg

➤ *Inhoud*

De (al dan niet delinquente) druggebruik(st)ers moeten voortaan een beroep kunnen doen op een beter georganiseerde **nazorg**. De hulpverlening speelt een bijzondere rol inzake maatschappelijke integratie (en bijgevolg het voorkomen van herval). De federale regering zal meer aandacht vragen (en geld vrijmaken) voor nazorg bij de instellingen die zij financiert. De federale regering zal ook nagaan of er geld kan vrijgemaakt worden in het kader van de drugcontracten en de stadscontracten.

Er dient een **betere afstemming** te zijn tussen de verschillende initiatieven die bestaan om (ex)-verslaafden toe te leiden naar de **arbeidsmarkt**. Deze initiatieven vertrekken best vanuit de **Gemeenschappen**. Zij zijn immers bevoegd voor de beroepsopleiding, de arbeidsbemiddeling en het welzijn. Aan deze sectoren zal gevraagd worden om samen met bijvoorbeeld de O.C.M.W.'s en de verslavingszorg een **actieplan** te ontwerpen inzake de tewerkstelling van (ex)-verslaafden. Er kunnen in dit verband contacten gelegd worden met de justitiehuizen en het forensisch welzijnswerk. Een arbeidsmarktgericht vormings- en opleidingstraject, dat naadloos aansluit bij de hulpverlening, geeft immers de beste garantie op een duurzame integratie in de samenleving.

Er zal tevens voor gezorgd worden dat **de uitvoering van (oude) straffen** zo min mogelijk een eventueel reïntegratieproces hypothekeert. De **recente richtlijn van de minister van Justitie** in verband met de uitvoering van relatief korte gevangenisstraffen voor druggebruikende delinquenten komt reeds tegemoet aan deze doelstelling.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Maatschappelijke Integratie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij onderhandelt met de Gemeenschappen en de Gewesten. Hij pleegt overleg met de minister van Sociale Zaken, de minister van Tewerkstelling en Arbeid, de minister van Justitie, de minister van Volksgezondheid, de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Grootstedenbeleid.

➤ *Timing*

Einde 2001

➤ *Geraamd budget*

De minister van Maatschappelijke Integratie zal middelen voorzien voor het tewerkstellingsplan. De minister van Sociale Zaken zal het RIZIV vragen de nazorg mee te organiseren. De federale regering zal ook nagaan wat de mogelijkheden zijn in het kader van het drugplan en de stadscontracten.

4.4.8. Substitutiebehandelingen

➤ *Inhoud*

De omkaderde **substitutiebehandelingen** zijn zinvol gebleken. De volgende **positieve effecten** werden waargenomen:

- ◆ een vermindering van het gebruik van andere opiaten;
- ◆ een toename van de sociale productiviteit;
- ◆ een daling van het risicogedrag;
- ◆ een beter contact met de hulpverlening;
- ◆ een verbetering van de fysische en psychische gezondheid en een daling van de mortaliteit.

De Federale Regering zal de (door de Hoge Gezondheidsraad aangepaste) conclusies van de **Consensusconferentie** (Gent, 8 oktober 1994) omzetten in afdwingbare **wetgeving**. Om een beleid, gestoeld op wetenschappelijk onderzoek, mogelijk te maken, en om dubbelverstrekkingen te vermijden

zal een eenvormige (centrale en anonieme) **registratie** uitgewerkt worden. Er zal geïnvesteerd worden in de (verplichte) **opleiding** en bijscholing van artsen. De artsen zullen deel uitmaken van een omkaderend **psycho-sociaal netwerk**, zodat de patiënten multidisciplinair begeleid worden. Er moet immers vermeden worden dat artsen (die individueel een substitutiebehandeling moeten kunnen voorschrijven) zich omscholen tot "methadon-loket". Er komen **transregionale akkoorden** in de Euregio's, die (naast de hierboven genoemde maatregelen) een antwoord moeten bieden op het methadon-toerisme.

De penitentiaire substitutiebehandelingen krijgen voldoende aandacht in de nieuwe richtlijn in verband met het penitentiaire drugbeleid.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint. Zij onderhandelt met de Gewesten en de Gemeenschappen.

➤ *Timing*

Regelgeving: begin 2001 wetswijziging, einde 2001 K.B. met registratieregeling
Start registratie: 1 januari 2002

➤ *Geraamd budget*

De investeringen worden op 14 miljoen BEF geraamd. Deze kredieten worden ingeschreven op de begroting van de minister van Volksgezondheid.

4.4.9. Spuitenruil

➤ *Inhoud*

Op 7 juli 2000 werd het **Koninklijk Besluit** van 5 juni 2000 over de spuitenruil (wet van 17 november 1998) gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Het uitvoeringsbesluit bepaalt dat de spuitenruil moet gepaard gaan met **informatie** over het goed gebruik van het materiaal, het bestaan en de indicaties van serologische tests, en het aanbod aan psychologische, sociale, medische en juridische hulp. De spuitenruil mag niet tot **overlast** leiden voor de buurt. De **deelregeringen** zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en financiering van de spuitenruil.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid ondertekende het Koninklijk Besluit.

➤ *Timing*

Dit actiepoint is uitgevoerd.

➤ *Geraamd budget*

De financiering van de spuitenruil valt ten laste van de deelregeringen.

4.4.10. Gecontroleerde heroïneverstrekking

➤ *Inhoud*

In het **buitenland** (onder andere Nederland en Zwitserland) lopen en liepen **wetenschappelijke experimenten rond gecontroleerde heroïneverstrekking**. De federale regering zal de resultaten van

deze experimenten **evalueren**. Er lijkt onder andere een **gunstige invloed** te zijn op het aantal nieuwe **hiv- en hepatitisbesmettingen**.

De federale regering zal **geen experimenten** opzetten of betalen rond gecontroleerde heroïneverstrekking.

De **Cel Drugbeleid** kan de **werkgroepen** die in de verschillende landsgedeelten rond het onderwerp actief zijn met elkaar in contact brengen.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt.

➤ *Timing*

De timing is afhankelijk van de buitenlandse experimenten.

➤ *Geraamd budget*

Dit actiepunt genereert geen budgettaire meerkosten.

4.5. Repressie

De strijd tegen de handel in verdovende middelen (aanbod) vormt de eerste **prioriteit** van elk strafrechtelijk beleid dat een beperking van druggebruik en druggerelateerde delinquentie beoogt.

Deze strijd tegen de drughandel moet echter gepaard gaan met een beleid dat tevens **de vraag** naar verdovende middelen tegengaat en bijgevolg met een beleid dat een maximale beperking van individueel gebruik betracht.

Tevens leidt druggebruik al te vaak hetzij tot **afgeleide criminaliteit** hetzij tot **maatschappelijke overlast**. Dit aspect moet speciale aandacht krijgen, niet alleen vanwege het openbaar ministerie, **maar ook vanwege alle overheidsinstanties**.

Men moet vaststellen dat de **repressieve actie zijn beperkingen heeft** ten aanzien van een groot aantal problematische druggebruikers. Deze beperkingen staan **rechtstreeks in verband** met de beperkingen in de sociale en gezondheidsvoorzieningen.

In deze context dient de bestraffing van eenvoudig gebruik, en in zekere mate van gebruik dat leidt tot strafbare feiten of maatschappelijke overlast, een ultieme stap te zijn in het optreden van de parketten, en is het slechts te rechtvaardigen als remedie tegen een weerkerend **individueel probleem**.

Het is bijgevolg belangrijk te streven naar **samenwerking** tussen het gerecht, de socio-medische wereld en het onderwijs. Hierbij is het de bedoeling een antwoord te formuleren op de verschillende behoeftes en een precies kader te bepalen dat **tegelijkertijd** een maatschappelijke en gezondheidsbenadering van het fenomeen drugverslaving **én** een opportune, redelijke en eenvormige straftoemeting beoogt, zodat de openbare veiligheid wordt gewaarborgd en de maatschappelijke orde wordt hersteld.

Als een druggebruiker ondanks alles in hechtenis wordt genomen, moet er in het kader van een coherent penitentiair beleid over gewaakt worden dat de probleemgebruiker zo geplaatst wordt dat hij kan afgeraken van zijn mogelijke verslaving. Dit veronderstelt dat druggebruik in de gevangenis wordt uitgeroeid, maar tevens dat de druggebruiker toegang krijgt tot de noodzakelijk hulpverlening en therapie. Tevens moet over de **continuïteit** van deze diensten na zijn vrijlating worden gewaakt.

4.5.1. Federaal Veiligheidsplan

In de eerste plaats verwijzen we naar het **Federaal Veiligheids- en Detentieplan**.

Voor de federale programma's rond **de georganiseerde misdaad** en **de witteboordencriminaliteit** hebben hun belang in **de strijd tegen de georganiseerde drughandel**. Zonder hun inhoud te herhalen, verwijzen we naar de projecten 27 (het in kaart brengen van de georganiseerde misdaad), 28 (wetenschappelijk onderzoek naar de georganiseerde misdaad), 29 (internationale samenwerking), 31 (bijzondere opsporingstechnieken), 32 (af luisteren, kennismaken en opnemen van privé-communicatie en telecommunicatie), 33 (inbeslagname van criminele vermogens), 34 (spijtoptantenregeling, bescherming van getuigen en de mogelijkheid om anoniem te getuigen), 35 (hoedanigheden van officier van gerechtelijke politie), 39 (permanent overlegforum inzake financiële en economische delinquentie), 40 (voordeelontneming), 41 (buitgerichte recherche) en 42 (internationale samenwerking).

4.5.2. Strafrechtelijk beleid - drughandel

➤ *Inhoud*

De minister van Justitie zal, in overleg met het College van Procureurs-Generaal, een **richtlijn** uitwerken in verband met de aanpak van de drughandel. Deze richtlijn zal onder andere **prioriteiten** bevatten. De strijd tegen de **oneigenlijke aanmaak van en handel in precursoren** en de strijd tegen de **productie van synthetische drugs** zal opgevoerd worden. Verder zijn de **cocaïneimport** en **de handel in heroïne** erg verontrustend. Wat betreft het **drugtoerisme** dient de preventieve en hulpverleningsdimensie verder uitgebouwd te worden (zoals bijvoorbeeld in het G-Vis-project gebeurde). De mogelijkheden tot **inbeslagname en verbeurdverklaring** worden via een richtlijn van de minister van Justitie en via wetgevende initiatieven geoptimaliseerd. Elk onderzoek naar drughandel van enige omvang zal gepaard gaan met een **financiële analyse** op het niveau van de politiediensten of parketten.

Het "**programma drugs**" van de Rijkswacht zal opgenomen worden binnen de federale politie. Hier wordt informatie over druggerelateerde politionele operaties gecentraliseerd. Op termijn wordt de werking uitgebreid tot het intelligence-niveau. Dit alles zal gepaard gaan met specialisatie en doorgedreven opleiding en bijscholing van de magistratuur enerzijds en de politiediensten anderzijds.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie en de minister van Binnenlandse Zaken zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint.

➤ *Timing*

De richtlijn zal verspreid worden in de maand juni van 2001.

➤ *Geraamd budget*

Dit punt genereert geen extra kosten.

4.5.3. Strafrechtelijke reactie op druggebruik

➤ *Inhoud*

Eerste vraagpunt: Wat is de beleidsruimte in het licht van de internationale verdragen (V.N., Schengen) en van het Europees drugsbeleid?

1. De internationale verdragen

De V.N. zelf, en alle internationale experts op het vlak van de drugsverdragen en de drugswetgeving zijn het eens over de volgende conclusies:

M.b.t. het bezit van cannabis voor eigen gebruik zijn enkel het V.N. Sluikhandelsverdrag van 1988 (art. 3, 2, 4 (c) en (d)) en de Schengen-uitvoeringsovereenkomst (1990) (art. 76) van belang.

Uit de analyse van deze bepalingen kan men volgende conclusies trekken:

1. Men heeft de keuze tussen de strafrechtelijke weg of de administratiefrechtelijke weg.
 - de strafrechtelijke weg laat toe gebruik te maken van het opportuniteitsbeginsel wat voor bepaalde vormen van bezit de facto leidt tot depenalisering (geen strafrechtelijke sanctie vermits geen vervolging). Men kan de strafrechtelijke reactie sterk differentiëren en individualiseren. De mogelijkheden zijn zeer uitgebreid.
 - de administratiefrechtelijke weg laat eveneens een brede waaier van administratieve sancties toe, die ook tot op zekere hoogte geïndividualiseerd kunnen worden toegepast.

Toch dient aangestipt dat de administratieve weg veel sterker ingrijpt dan de stereotype strafrechtelijke afhandeling en bovendien geen opportuniteitsbeginsel kent.

De politie is verplicht de administratieve overtreding vast te stellen (er is geen eenheid van opsporing en vervolging zoals in het strafrechtelijk circuit) en de administratieve instantie moet oordelen.

Uit de praktijk in een aantal EU landen (zie verder) blijkt bovendien dat vaak stereotiep gebruik wordt gemaakt van administratieve boetes. Deze sanctie wordt over het algemeen afgeraden t.o.v. druggebruikers.

Art. 76 van de Schengenuitvoeringsovereenkomst verplicht tot goed nabuurschap: Schengen-lidstaten die een toleranter drugsbeleid wensen te voeren dan hun aangrenzende lidstaten, dienen ervoor te waken dat de aangrenzende lidstaten geen nadelige effecten (o.a. drugstoerisme en de bijhorende overlast) ondervinden.

BRONNEN

- ◆ DE RUYVER, B., 'Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en V.N. perspectief.', Vlaams Parlement, september 2000, Brussel, 15p.
- ◆ DE RUYVER, B., 'Drugsbeleid in de Europese Unie', Gedr. St. Kamer, 1997, nr. 1062/3, p 107.122.
- ◆ MINISTERIE VAN JUSTITIE NEDERLAND, Notitie gedoogbeleid cannabis., 2000, p. 8.
- ◆ DE NAUW, A., 'Drugs', A.P.R., 1998, p. 4.
- ◆ SILVIS, J., 'De internationale juridische speelruimte voor Nederlands drugbeleid.' in BLOM, T.; DE DOELDER, H. en HESSING, D.J. (eds.), Naar een consistent drugbeleid. Een congresverslag. Deventer, 1996, p. 221-223.
- ◆ ARNAO, G., 'The Single Convention and drug policy reform.' The International Journal of Drug Policy, Vol. 10, No. 3, 1999, p. 173.
- ◆ KRAJEWSKI, K., 'How flexible are the United Nations drug conventions?', The International Journal of Drug Policy, Vol. 10, No. 4, 1999, p. 332.
- ◆ UNITED NATIONS, Commentary on the United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances 1988, United Nations, New York 1998, p. 85-89.

2. Het Europees drugsbeleid

- De meeste Europese landen kennen de laagste vervolgingsprioriteit toe aan het bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor persoonlijk gebruik (vb. België) of vervolgen dergelijke handelingen niet (Nederland, Denemarken, Groot-Brittannië, Oostenrijk) of leggen geldboeten op voor een eerste overtreding van cannabisbezit voor persoonlijk gebruik (Ierland) of verwijzen deze categorie van wetsovertreders naar de hulpverlening van begeleiding (Zweden, Frankrijk).
- Buiten Spanje, Italië en – in de toekomst – Portugal volgen alle EU-lidstaten de strafrechtelijke weg. Deze drie landen hebben een aantal handelingen gedecriminaliseerd en ze het statuut gegeven van een administratieve overtreding waarvoor een administratieve sanctie voorzien is.

Spanje:

- de teelt en het aanschaffen zijn strafbaar gesteld maar de Spaanse rechtspraak en ook de praktijk tonen aan
- dat men eigenlijk niet vindt dat deze handelingen zouden moeten worden bestraft.
- bezit en gebruik in openbare ruimte worden administratief bestraft.
- het Spaans hooggerechtshof heeft op 28 september 1999 beslist dat het bezit voor eigen gebruik, ook in de private sfeer, administratief strafbaar is.

Italië:

- import, het aanschaffen en het bezit voor eigen gebruik zijn administratieve overtredingen die administratief worden gestraft met o.a. boetes en het intrekken van allerlei vergunningen o.a. rijbewijs, wapenvergunning e.a.

BRONNEN

- DORN, N.en JAMISON, A., 'Room for manoeuvre. Overview of comparative legal research into national drug laws of France, Germany, Italy, Spain, the Netherlands and Sweden and their relation to three international drugconventions, (based on research by an international team Yann Bisiou (France), Tom Blom (The Netherlands), Lorenz Böllinger (Germany), Maria Luisa Cesoni (Italy), José Luis de la Cuesta and Isidoro Blanco (Spain), and Josef Zila (Sweden)), London, 2000, 24p.
- DE RUYVER, B., Medisch en recreatief gebruik van cannabis, het juridisch kader in europees en V.N. perspectief, Vlaams Parlement, september 2000, Brussel.
- Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving, jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie, Lissabon 2000.

3. Besluit

Het V.N. sluikehandelsverdrag van 1988 verplicht België tot een juridische reactie op het bezit van drugs – ook cannabis – voor eigen gebruik.

Een decriminalisering is mogelijk maar in dit geval is men verplicht van het bezit van drugs voor eigen gebruik een administratieve overtreding te maken en te voorzien in een administratieve sanctie zoals reeds is gebeurd in enkele EU landen.

In het licht van de ultimatum remedium filosofie en van de zorg voor een passende en geïndividualiseerde maatschappelijke reactie is de strafrechtelijk weg absoluut te verkiezen boven de administratiefrechtelijk afhandeling. Strafrechtelijk kan men het opportunitiebeginsel hanteren en beschikt men over een brede waaier aan geïndividualiseerde afhandelingsmogelijkheden. De ervaringen in Spanje en Italië tonen aan dat een administratieve sanctie hoofdzakelijk patrimoniaal van aard is.

Wetswijziging en bindende directieve van de Regering ter attentie van de bevoegde justitiële autoriteiten, de bestuurlijke overheden en de politiediensten inzake de afhandeling van lokale drugszake, meer specifiek drugsgerelateerde criminaliteit en drugsoverlast.

1. Principes

Er wordt **een wijziging** aangebracht aan de **Drugwet** van 24 februari 1921, in die zin dat het onderscheid wordt gemaakt tussen Cannabis en andere illegale drugs en dat het gebruik in groep van illegale drugs niet langer strafbaar wordt gesteld, bij toepassing van artikel 1 van de wet van 1921 door de Regering een bindende directieve uitgevaardigd die de Regering en alle beleidsactoren, zowel bestuurlijk als strafrechtelijk, ertoe verplicht over te gaan tot de uitvoering van een drugsbeleid dat de preventie, de hulpverlening en de beveiliging van de samenleving integreert in één beleidsconcept.

Deze directieve, die legistisch wordt verwerkt in een Koninklijk besluit dat enkel handelt over de cannabisproblematiek, is een geschikt instrument om op een soepele wijze in te spelen op de snelle ontwikkelingen waardoor het drugsfenomeen wordt gekenmerkt.

Deze directieve vormt de beleidsmatige vertaling van de **aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs** van de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, die op 5 juni 1997 verslag uitbracht (Gedr. St., Kamer, 1996-1997, 1062/1 tot 3). U vindt de aanbevelingen in bijlage. Deze directieve houdt rekening met het evaluatieonderzoek naar de toepassing van de vorige richtlijn (de richtlijn van 8 mei 1998 nopens het vervolgingsbeleid inzake bezit en detailhandel van illegale verdovende middelen).

Uit het evaluatieonderzoek bleek dat een **niet-eenvormige beteugeling** van druggebruik door de verschillende parketten blijft bestaan. Zowel de **waaijer aan maatregelen** die de richtlijn van 8 mei 1998 bood, als de **vage criteria en het voor interpretatie vatbare begrippenkader** waren hieraan debet. Deze directieve poogt duidelijker aan te geven wat de beoordelingsmarges zijn in het opsporings- en vervolgingsbeleid. Zij moet interpretatieverschillen zo goed mogelijk uitsluiten om tot een eenvormige toepassing te komen.

Bovendien, zo bleek uit het evaluatieonderzoek, worden **vervolgning** en het opleggen van een **gevangenisstraf** nog relatief vaak aangewend, hoewel de parlementaire werkgroep concludeerde dat een repressieve interventie tegenover een druggebruik(st)er slechts gerechtvaardigd is wanneer de betrokkene daarnaast ook inbreuken heeft gepleegd die de maatschappelijke orde verstoren en een maatschappelijke reactie vereisen.

Bovendien moet men rekening houden met de nieuw politieorganisatie en de nieuwe structuren die hierbij in het leven zijn geroepen.

Het beheersen van lokale problemen waarbij preventie, hulpverlening, risicobeheersing, tegengaan van criminele en andere overlast hand in hand moeten gaan, is een dwingende opdracht voor de lokale bestuurlijke overheden in overleg met de procureur des Konings, verantwoordelijk voor het opsporings- en vervolgingsbeleid. Het zonaal veiligheidsoverleg is het aangewezen forum om een lokaal geïntegreerd drugsbeleid te voeren. De politiediensten moeten van hun aansturende overheden duidelijke instructies krijgen.

Het opsporingsbeleid en het vervolgingsbeleid worden beschouwd als **onderdeel van één beleid**. Het opsporingsbeleid dient een afgeleide te zijn van het vervolgingsbeleid.

De nadruk wordt gelegd op de toepassing van **artikel 151, § 1 van de Grondwet** en op **artikel 143ter, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek**. De directieve is bindend voor alle leden van het openbaar ministerie. Vanzelfsprekend komt het aan het Openbaar Ministerie toe om het bewijs te leveren van het drugsmisdrijf dat men wenst te vervolgen.

De directieve past in een **normaliseringsbeleid**, de zogenaamde derde weg tussen prohibitie en anti-prohibitie, gericht op rationele risicobeheersing en gestoeld op drie peilers: preventie, hulpverlening en repressie. Het belang van een **vroege interventie door de hulpverlening** wordt benadrukt. Het strafrechtelijk beleid tegenover druggebruikers moet gebaseerd zijn op de volgende principes:

1. De strafrechtelijke interventie is ten aanzien van de druggebruik(st)er steeds het **ultimum remedium**. Buiten specifieke risicosituaties, zoals sturen onder invloed en het veroorzaken van maatschappelijke overlast, is druggebruik op zich geen reden tot een vergeldende interventie.
2. De **strafrechtelijke interventie** houdt rekening met de individuele toestand van de betrokkene. Problematische druggebruik(st)ers die in contact komen met politie of justitie zullen georiënteerd worden naar de hulpverlening. Uitgangspunt is de vrijwilligheid en het respect voor de eigen finaliteit van justitie enerzijds en de hulpverlening anderzijds.
3. Middelenafhankelijkheid is **geen reden om crimineel gedrag te verschonen**.

De **Minister van Justitie en het College van Procureurs-generaal** zullen een **nieuwe richtlijn** uitvaardigen die in overeenstemming is met de wetswijziging en met de principes en de regeling die worden vastgelegd in het cfr supra aangekondigde Koninklijk besluit.

2. Principes van het vervolgingsbeleid.

Er wordt bij de opsporing en de vervolging een onderscheid gemaakt tussen cannabis en andere illegale drugs enerzijds en tussen de drie categorieën van drugsmisdrijven anderzijds.

U vindt het schema in bijlage.

Uitgangspunten

Een algemeen beginsel dat als een rode draad door heen het strafrechtelijk beleid inzake drugs loopt, is het ultimum remedium- beginsel wat impliceert dat op elk niveau van de strafrechtsbedeling in de mate van het mogelijke en zeker wanneer er sprake is van problematisch gebruik, gestreefd wordt naar een minimale strafrechtelijke interventie ten aanzien van de druggebruiker. Dit geldt niet voor de drugproductie en voor de drughandel.

De kritiek op de vorige richtlijn en haar toepassing kan worden samengevat door drie sleutelbegrippen, met name, onduidelijk, vrijblijvend en gedesorganiseerd.

- **Onduidelijk**: het gehanteerde begrippenkader liet te veel ruimte voor interpretatie en veroorzaakte veel rechtsonzekerheid doordat de rechtsonderhorige niet meer wist wat nu wel en niet strafbaar was en vooral, wat nu wel en niet zou vervolgd worden.
- **Vrijblijvend**: door de niet-uniforme toepassing in de praktijk komt men opnieuw tot de vaststelling dat het ene parket anders optreedt dan het andere. Er is dus een te grote vrijblijvendheid in de strafrechtelijke reactie met verwarring in hoofde van de rechtsonderhorige tot gevolg.
- **Gedesorganiseerd**: door een gebrek aan eenheid in het gevoerde strafrechtelijke drugsbeleid veroorzaakt door een nog te grote interpretatieruimte voor de individuele parketmagistraat wordt ook de indruk gegeven dat het beleid niet georganiseerd verloopt.

De aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs worden derhalve consequent vertaald in een directieve die ditmaal precies aangeeft wat de beoordelingsmarges zijn in het opsporings- en vervolgingsbeleid inzake cannabis en die **DUIDELJKHEID en ORGANISATIE** moet brengen in dat deel van het drugsbeleid. Daarnaast zal ook een richtlijn genomen worden door de minister van Justitie en het College van procureurs-generaal voor de andere aspecten van het drugbeleid (andere dan cannabis):

- **Duidelijkheid**: deze directieve heeft als hoofddoelstelling de appreciatieruimte tot het absolute minimum te beperken, zodat er in hoofde van de rechtsonderhorige zekerheid is nopens de maatschappelijke reactie. Er is derhalve geen ruimte meer voor vrijblijvende actie, maar integendeel moet er geageerd worden conform een dwingend actiepatroon. De dwingendheid wordt gerealiseerd door concrete actiemodellen op te leggen.
- **Organisatie**: de dwingendheid moet met zich brengen dat er eenheid komt in het gevoerde beleid van de 27 parketten van het Rijk. Ook de organisatie moet duidelijker zijn en overal identiek. Vooral het inschakelen van de justitiële case-manager moet garant staan voor een georganiseerd en gelijkvormig verloop van de actie van het O.M. over het ganse land

Het is niet overbodig de **basisfilosofie** van de regering inzake druggebruik, in het bijzonder inzake cannabisgebruik in herinnering te brengen: de drugproblematiek is een maatschappelijke aangelegenheid die vanuit een globaal en geïntegreerd standpunt moet bekeken worden en als dusdanig een dergelijke aanpak vraagt. De nadruk ligt op **preventie** en een **professionele hulpverlening**, met zo nodig en als stok achter de deur, een repressief luik. De richtlijn heeft ook een **educatief aspect** waarbij de betrachtning is de bevolking en de jongeren in het bijzonder dat aspect bij te brengen. Daarom ook dat de regering allerminst het signaal wil geven dat cannabisgebruik eigenlijk als evident, alledaags of normaal moet beschouwd worden. Dat is het helemaal niet. Dit belet nochtans niet dat de overheid zijn energie niet moet steken in verantwoordelijk en niet-problematisch gebruik. Integendeel, de actie van de overheid is vooral gericht naar jongeren en zelfs jonge adolescenten, actie die diverse vormen kan aannemen, met nadruk op de hulpverlening.

Er wordt in het opsporings- en vervolgingsbeleid een onderscheid gemaakt tussen:

- ◆ **Categorie 1:** het invoeren, vervaardigen, vervoeren, bezitten van een kleine hoeveelheid illegale drugs voor eigen gebruik;
- ◆ **Categorie 2:** het invoeren, vervaardigen, vervoeren, bezitten van een hoeveelheid illegale drugs die de kwalificatie “bezit voor eigen gebruik” (categorie 1) te boven gaat en/of die gepleegd worden in het kader van de in de drugwet voorziene verzwarende omstandigheden (vb. aanwezigheid minderjarigen)
- ◆ **Categorie 3:** druggerelateerde misdrijven, andere dan deze voorzien in categorie 1 en categorie 2.

De directieve is gebaseerd op het hiernavolgende schema, waarin de drie categorieën worden behandeld:

Categorie 1: bezit voor eigen gebruik

A. Cannabis

1. Bij opsporing en vaststelling wordt geen **geen** proces-verbaal (bij toepassing van artikel 28ter, §1 Sv.) opgesteld ten behoeve van de procureur des Konings. Er zal ook geen beslag meer worden gelegd op de (noodzakelijkerwijze kleine dosis) aangetroffen drugs. Wel is er de verplichting tot betaling van de gerechtskosten indien die er zijn.

Het gaat hier om een gebruikershoeveelheid of een hoeveelheid waarvan men redelijkerwijze mag veronderstellen dat ze niet bestemd is voor de verkoop.

Er zal wel worden voorzien in een anonieme, politionele registratie (Polis, PIP, ISLP, ...), gekoppeld aan een maandelijks verslag aan de PK over “*de evolutie op het terrein*”.

Uitzondering hierop wordt gemaakt indien er een aanwijzing is voor **problematisch gebruik** of **gebruik met overlast**. In dit geval wordt een gewoon PV opgesteld met omstandig verslag van het problematisch gebruik of het gebruik met overlast. Onder “*problematisch gebruik*” moet worden verstaan gebruik dat men niet meer onder controle heeft, wat tot uiting komt in bijvoorbeeld drugafhankelijkheid, druggerelateerde criminaliteit, ... Dit betekent dat een volgehouden persoonlijk gebruik niet noodzakelijk problematisch is. Onder “*overlast*” moet worden het gebruik in aanwezigheid van minderjarigen of in situaties van openbare overlast zoals voorzien in de Nieuwe Gemeentewet (art. 135, §2, 7°)

Het **opsporingsbeleid** richt zich prioritair naar overlast – of risicosituaties, zoals concentraties van gebruikers en/of dealers in de buurt van scholen, speelpleinen, e.d.m.

2. Inzake de vervolging kunnen volgende hypothesen onderscheiden worden:

2.1 beperkt bezit voor eigen gebruik of incidenteel gebruik zonder aanwijzing of vermoeden van problematisch gebruik

Cf. hoger inzake opsporing: GEEN proces-verbaal, dus geen strafrechtelijk gevolg

2.2 aanwijzing van problematisch gebruik

De PK verwijst door naar de justitiële case-manager die op zijn beurt doorverwijst naar de hulpverlening voor therapeutisch advies. Dan zijn er **twee** mogelijkheden: **ofwel** aanvaardt betrokkene de doorverwijzing **niet**, in welk geval de PK de keuze maakt over te gaan tot een waarschuwing, minnelijke schikking, strafbemiddeling, pretoriaanse probatie (hierna PP) of strafvervolging. **Ofwel** aanvaardt betrokkene de doorverwijzing **wel**, in welk geval het vervolg afhangt van het therapeutisch advies:

* positief advies: ook dan zijn er twee mogelijkheden, met name, **ofwel**, **aanvaardt** betrokkene de behandeling en beslist de PK tot bemiddeling in strafzaken of PP, **ofwel** **aanvaardt** betrokkene de

behandeling **niet** in welk geval de PK de keuze maakt tussen een waarschuwing, vervolging, minnelijke schikking, strafbemiddeling of PP.

* *negatief advies*: het strafdossier wordt zonder gevolg gezet

2.3. Overlast- en/of risicosituaties

De PK maakt een onderscheid tussen de vraagzijde en de aanbodzijde. Wat de **vraagzijde** betreft maakt hij een keuze tussen de waarschuwing, minnelijke schikking, strafbemiddeling, PP of strafvervolging. Voor de **aanbodzijde** beslist de PK tot strafvervolging en, indien opportuun, tot het uitlokken van een administratieve maatregel in casu plaatsverbod/sluiting uit te vaardigen door de lokale autoriteiten (cf. artn 119bis; 123, 12°; 133; 134ter en 134quater N.G.W.).

B. Andere illegale drugs

1. Bij **opsporing** en **vaststelling** wordt een gewoon proces-verbaal opgesteld. Het gebruik van andere illegale drugs dan cannabis wordt per definitie als problematisch aanzien, in het kader van de opsporing.

Het opsporingsbeleid richt zich prioritair naar overlast – of risicosituaties, zoals concentraties van gebruikers en/of dealers in de buurt van scholen, speelpleinen, e.d.m.

2. Inzake de vervolging kunnen volgende hypothesen onderscheiden worden:

2.1 beperkt bezit voor eigen gebruik of incidenteel gebruik zonder aanwijzing of vermoeden van problematisch gebruik

Onder voorbehoud van een beslissing over de betaling van de gerechtskosten en de inbeslaggenomen drugs en/of andere goederen maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing of de minnelijke schikking.

2.2 aanwijzing van problematisch gebruik

De PK verwijst door naar de justitiële case-manager die op zijn beurt doorverwijst naar de hulpverlening voor therapeutisch advies. Dan zijn er **twee** mogelijkheden: **ofwel** aanvaardt betrokkene de doorverwijzing niet en maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, minnelijke schikking, strafbemiddeling, pretoriaanse probatie (hierna PP), of strafvervolging. **Ofwel** aanvaardt betrokkene de doorverwijzing wel en hangt het vervolg af van het therapeutisch advies:

* *positief advies*: ook dan zijn er twee mogelijkheden. Ofwel aanvaardt betrokkene de behandelingen maakt de PK een keuze tussen bemiddeling in strafzaken of PP. Ofwel aanvaardt betrokkene de behandeling niet en maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, , minnelijke schikking, strafbemiddeling, PP of strafvervolging.

* *negatief advies*: het strafdossier wordt zonder gevolg gezet.

2.3 Overlast –en /of risicosituaties

PK maakt onderscheid tussen de vraagzijde en de aanbod zijde. Wat de vraagzijde betreft maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, minnelijke schikking, strafbemiddeling, PP of vervolging. Wat de aanbodzijde betreft maakt de PK een keuze tussen de strafvervolging en, indien opportuun, het uitlokken van een administratieve maatregel, in casu plaatsverbod uit te vaardigen door de lokale autoriteiten (cf. artn 119bis; 123, 12°, 133; 134 ter en 134quater N.G.W.).

Categorie 2: Het invoeren, vervaardigen, vervoeren en bezitten van een hoeveelheid drugs die de kwalificatie “bezit voor eigen gebruik” te boven gaat of die gepleegd worden in het kader van de in de drugwet voorziene verzwarende omstandigheden (vb. aanwezigheid minderjarigen)

1. Bij **opsporing** en **vaststelling** wordt een gewoon PV opgemaakt waarin duidelijk de hoeveelheden in beslag genomen drugs wordt aangegeven en, indien aanwezig, uitvoerige vermeldingen worden opgenomen van de aanwijzingen van problematisch gebruik.

Het **opsporingsbeleid** richt zich prioritair naar overlastsituaties (cf. supra), naar risicosituaties (cf. supra) en naar grote dealers.

2. Inzake de **vervolging** kunnen volgende hypothesen onderscheiden worden:

2.1. De misdrijven voorzien in categorie 2 die gepleegd worden om ondermeer te voorzien in eigen gebruik

Men heeft de keuze tussen twee opties, keuze die wordt bepaald door de aanwezigheid van een **problematisch gebruik** en door de **zwaarwichtigheid van de feiten**

In de **eerste optie** verwijst de PK door naar de justitiële case-manager die op zijn beurt doorverwijst naar de hulpverlening voor therapeutisch advies. Dan zijn er twee mogelijkheden:

* **positief advies**: ook dan zijn er twee mogelijkheden. Ofwel **aanvaardt** betrokkene de behandeling en maakt de PK een keuze tussen bemiddeling in strafzaken of PP. Ofwel **aanvaardt** betrokkene de behandeling **niet** en maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, vervolging, minnelijke schikking, strafbemiddeling of PP.

* **negatief advies** (geen hulpvraag en/of afhankelijkheid) maakt de PK een keuze tussen de waarschuwing, strafbemiddeling (leerstraf of werkstraf), PP of vervolging.

In de **tweede optie** wordt overgegaan tot strafvervolging.

2.2. De misdrijven voorzien in categorie 2 worden gepleegd uit louter winstbejag of met de verzwarende omstandigheden voorzien in de drugwet

In dat geval wordt overgegaan tot strafvervolging.

Categorie 3: druggerelateerde misdrijven andere dan voorzien in categorie 1 en 2

1. De misdrijven die hier worden **bedoeld zijn**:

- i. de verwervingsmisdrijven van zwaarwichtige aard (gewapende overval, straatroof, ...)
- ii. expressieve misdrijven van zwaarwichtige aard (slagen en verwondingen, zware bedreiging, gijzeling, ...)
- iii. consensuele misdrijven van zwaarwichtige aard (lidmaatschap van criminele organisatie betrokken in drugsproductie, drugshandel, productie en handel op grote schaal, ...).

2. Het **opsporingsbeleid** zal hier prioritaire aandacht aan besteden. Bij vaststelling wordt een gewoon PV opgemaakt. Indien er in hoofde van de betrokkene aanwijzingen zijn van problematisch gebruik wordt daarvan uitvoering melding gemaakt.

3. Inzake de **strafvervolging** zal de PK, bij het beoordelen van deze categorie van misdrijven, rekening houden met volgende overwegingen:

- i. het gegeven dat een misdrijf druggerelateerd is houdt geen verzachtende omstandigheid in of verschoont de dader niet. M.a.w., de PK zal bij de beoordeling ook rekening houden met de zwaarwichtigheid van de feiten.
- ii. de aanwezigheid van problematisch gebruik. In de mate van het mogelijke worden de premisses van beveiliging van de samenleving (zwaarwichtigheid van de feiten) en een geïndividualiseerde en zo vroeg mogelijke therapeutische interventie (problematisch gebruik) met elkaar verzoend

De PK maakt een **onderscheid** tussen:

1. Druggerelateerde misdrijven waarbij in hoofde van de betrokkene aanwijzingen bestaan van problematisch gebruik

De **eerste mogelijkheid** is dat de PK oordeelt dat de zwaarwichtigheid van de feiten een geïndividualiseerde afhandeling, desgewenst in therapeutische zin, **niet** in de weg staat. In dat geval verwijst de PK door naar de justitiële case-manager die op zijn beurt doorverwijst naar de hulpverlening voor therapeutisch advies. Dan zijn er **twee** mogelijkheden:

* positief advies: de PK stelt PP of strafbemiddeling met verwijzing naar hulpverlening voor;

* negatief advies (geen hulpvraag en/of afhankelijkheid): de PK maakt een keuze tussen de waarschuwing, strafbemiddeling (leerstraf of werkstraf), of strafvervolgning.

De **tweede mogelijkheid** is dat de PK oordeelt dat de zwaarwichtigheid van de feiten, al dan niet gekoppeld aan de sociaal gevaarlijkheid van de betrokkene, een geïndividualiseerde afhandeling, op niveau van de vervolging **wel** in de weg staat. In dat geval gaat de PK over tot strafvervolgning omwille van de zwaarwichtigheid van de feiten. Nochtans sluit dit niet uit dat hij bij de uitoefening van de strafvordering zich akkoord verklaart met een probatie-opschorting of probatie-uitstel.

2. Druggerelateerde misdrijven waarbij in hoofde van de betrokkene geen aanwijzingen zijn voor problematisch gebruikstrafvervolgning omwille van de zwaarwichtigheid van de feiten

In dat geval gaat de PK over tot strafvervolgning.

Enkele organisatorische principes

1. Er moet dus een efficiënt intern controlesysteem geconcipeerd worden, zodat de inhoud van de directieve ook daadwerkelijk op het terrein wordt toegepast. Elke procureur des Konings zal daarop worden aangesproken, zowel inzake cijfergegevens, als inzake de inhoudelijke beslissingen.

2. Eén of meer gespecialiseerde magistraten worden belast met drugdossiers, met dien verstande dat er steeds één enkele parketmagistraat per parket is, de zgn. "**referentiemagistraat drugs**", die de **eindverantwoordelijkheid** draagt voor de behandeling van de drugproblematiek binnen het arrondissement.

Zo zullen de magistraten die niet in een drugsectie, of sectie die onder meer de drugzaken behandelt, werkzaam zijn, te allen tijde moeten terugkoppelen naar de referentiemagistraat drugs, zodanig dat deze laatste er zich kan en moet van vergewissen dat de uitgestippelde drugspolitiek niet alleen door de gespecialiseerde magistraten, maar ook door de andere magistraten, die eerder toevallig in aanraking komen met drugzaken (bijvoorbeeld tijdens de nacht - en weekenddiensten) wordt gevolgd, zodat alvast binnen hetzelfde parket zekerheid bestaat dat alle magistraten dezelfde houding aannemen.

3. De referentiemagistraten drugs van alle parketten komen geregeld samen (bijv. 4 keer per jaar) om de evolutie van de drugspolitiek op dit vlak te bespreken en op te volgen. Op die manier kunnen de parketten ook onderling van elkaar leren hoe met bepaalde problemen wordt omgegaan en wordt de "best-practice" optie op het terrein ook daadwerkelijk toegepast. Eén en ander kan ook aanleiding zijn tot besprekingen in het kader van de werkzaamheden van de Raad van Procureurs des Konings.

4. Uiteraard berust de eindverantwoordelijkheid voor het binnen het arrondissement gevoerde drugbeleid bij de procureur des Konings zelf.

5. Het werkzaam, eenvoudig en uniform meetinstrument (registratie en statistiek), dat reeds in de vorige omzendbrief werd aangekondigd, zal thans ten spoedigste worden ontwikkeld en zal het voorwerp uitmaken van een navolgende omzendbrief.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint.

➤ *Timing*

Dit actiepoint zal uitgevoerd worden tegen het einde van het jaar 2001.

➤ *Geraamd budget*

De noodzakelijke investeringen zullen besproken worden bij de begrotingscontrole.

4.5.4. Straftoemeting

➤ *Inhoud*

Om de **stigmatisering van een strafblad** te vermijden, zal de eerste veroordeling met uitstel niet langer vermeld worden op het uittreksel uit het strafregister (dienstig voor een sollicitatie), indien deze veroordeling betrekking heeft op druggerelateerde feiten (andere dan handel). De veroordeling met uitstel (en ook de opschorting) blijven wel opgenomen in het strafregister, zodat de politie en de justitie niet van deze informatie verstoken blijven.

De **probatiewet** biedt de rechter ruime mogelijkheden tot individualisering van de straftoemeting ten aanzien van overtreeders van de drugwet. Het opleggen van geïndividualiseerde probatievoorwaarden vereist een **ruime toepassing van de maatschappelijke enquête**. De magistraten dienen (eventueel via wetswijzigingen) gestimuleerd te worden om uitgebreid beroep te doen op de probatiewet. Er wordt nog te vaak gekozen voor een gevangenisstraf met uitstel of een geldboete. Het wetsvoorstel omtrent de autonome alternatieve straffen zal de strafrechters toelaten om gevangenisstraffen te vervangen door meer zinvolle straffen.

Indien de Procureur des Konings niet vraagt om de probatiewet toe te passen ten aanzien van druggebruik(st)ers die geen andere misdrijven hebben gepleegd, zal hij dit voortaan moeten **motiveren**.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepoint.

➤ *Timing*

- ◆ Ruimere toepassing van de probatie: einde 2001
- ◆ Stigmatisering strafblad: juli 2002
- ◆ Advies Commissie Holsters: einde 2001

➤ *Geraamd budget*

De minister van Justitie beschikt over een ruim budget om dit actiepoint te realiseren.

4.5.5. Therapeutisch advies

➤ *Inhoud*

Het **therapeutisch advies** is een werkvorm die tot doel heeft gebruik(st)ers van illegale drugs die opgepakt worden door de politie onder toezicht van het openbaar ministerie in contact te brengen met de hulpverlening met als doel uit te maken of een begeleiding aangewezen is. Op basis van deze screening wordt een hulpverleningsadvies geformuleerd. De hulpverlening checkt de problematische levensdomeinen van de druggebruik(st)er en initieert een bewustwordingsproces. Hierbij staat de vrijwilligheid van de gebruiker in kwestie centraal. Deze projecten zijn op dit moment afhankelijk van plaatselijke samenwerkingsafspraken tussen de politie en het parket enerzijds, en de hulpverlening anderzijds. De projecten worden vooralsnog niet vanuit de overheid gefinancierd.

De Federale Regering zal er bij de Gemeenschappen op aandringen deze **werkvorm wettelijk te erkennen**. De Federale Regering zal in het kader van de veiligheids- en samenlevingscontracten, de preventiecontracten en de drugcontracten **geld vrijmaken** om de werkvorm te subsidiëren. Ook in het kader van de gerechtelijke alternatieve maatregelen, de strafbemiddeling of de praetoriaanse probatie kunnen via het ministerie van Justitie fondsen ter beschikking worden gesteld.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij onderhandelt met de Gemeenschappen. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid, de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Sociale Zaken.

➤ *Timing*

Dit actiepunt zal uitgevoerd worden na de oprichting van de Cel Drugbeleid.

➤ *Geraamd budget*

De minister van Justitie beschikt over een ruim budget om dit actiepunt te realiseren.

4.5.6. Verbeurdverklaard druggeld

➤ *Inhoud*

De Federale Regering zal onderzoeken of **verbeurdverklaard druggeld** gebruikt kan worden om de **drughulpverlening en de drugpreventie** (inclusief therapeutisch advies) **te financieren**. Vooral de financiering van de zorgverstrekking aan niet-verzekerde druggebruik(st)ers is nog voor verbetering vatbaar. De wet voorziet nu al mogelijkheden om druggeld (en voertuigen gebruikt voor het transport van drugs) verbeurd te verklaren, en om de in de plaats gestelde goederen en waarden en de inkomsten uit de belegde voordelen verbeurd te verklaren. Nochtans lijken deze mogelijkheden onderbenut. Vooral de inning van de verbeurd verklaarde bedragen lijkt problematisch. De minister van Justitie zal er in zijn richtlijn dan ook op aandringen om druggeld snel in beslag te nemen. Hij zal ook de bestaande wetten verfijnen. De minister van Justitie zal verder initiatieven nemen om de effectieve verbeurdverklaring van de geschatte opbrengst van drughandel mogelijk te maken. In elk geval lijkt het niet aangewezen om de bijkomende straf van verbeurdverklaring met uitstel op te leggen.

De federale regering wenst het artikel **35bis van het Wetboek van Strafvordering** (bewarend beslag door de Procureur des Konings) en het artikel **43 van het Strafwetboek** (verplichte bijzondere verbeurdverklaring) hier in herinnering te brengen.

Ook de mogelijkheden tot **asset-sharing** in het kader van de internationale samenwerking zullen onderzocht worden.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Financiën (administratie kadaster, registratie en domeinen).

➤ *Timing*

Wetgevende en andere initiatieven: juni 2001

➤ *Geraamd budget*

De verbeurdverklaring van druggeld heeft positieve budgettaire gevolgen.

4.5.7. Een coherent penitentiair drugbeleid

➤ Inhoud

Een **omzendbrief over het penitentiair drugbeleid** is klaar.

De omzendbrief is gebaseerd op **de resultaten van het door de DWTC uitgeschreven onderzoek** en, meer bepaald, op de volgende **leidende principes**:

1. **Ongeveer de helft van de gevangenispopulatie** is vertrouwd met illegale drugs. Drugs zijn een realiteit in alle instellingen. Het probleem moet **door alle betrokken partijen en op alle niveau's** worden aangepakt.
2. De hoge concentratie van personen met drugproblemen veroorzaakt circuits van illegale handel en gebruik binnen de gevangenis. Er zullen dan ook maatregelen genomen worden om het **binnenbrengen van drugs in de gevangenis** te bestrijden, en dit met respect voor de rechten van de mens en met behoud van de socio-affectieve banden van de gedetineerden.
3. De aanpak van het fenomeen zal gericht zijn op **de begeleiding van de gebruiker**.
4. De gebruiker moet tijdens zijn detentie een beroep kunnen doen op **een kwaliteitsvolle zorgverlening**, zoals hij die zou kunnen krijgen indien hij niet opgesloten was.
5. Er dient een **intensief preventiebeleid** ontwikkeld te worden. Het personeel van de strafinrichtingen moet **regelmatig onderricht en gevormd** worden in de preventie van druggebruik en in het beperken van de schadelijke gevolgen ervan.

De bovenstaande principes hebben geleid tot de volgende **krachtlijnen**:

1. De **directies van de strafinrichtingen** moeten **externe zorgverl(e)en(st)ers** de mogelijkheid geven om **binnen de strafinrichtingen** preventief en zorgverlenend te kunnen optreden. De directies zullen zich in de eerste plaats richten tot de diensten die de **samenwerkingsakkoorden** tussen de Gemeenschappen en de minister van Justitie bekrachtigd hebben. Maar ook andere externe diensten moeten van de mogelijkheid kunnen genieten. De filosofie en de activiteiten van deze diensten moeten de principes van orde en veiligheid, die onontbeerlijk zijn in het gevangeniswezen, respecteren en doen respecteren.
2. Een strafinrichting is **noch een zorginstelling, noch een psychiatrisch ziekenhuis**. Een strafinrichting is wel een plaats waar **de vrijheidsberoving** wordt uitgevoerd. Er bestaat desalniettemin een verplichting om te antwoorden op de **medische en psycho-sociale noden** van de gedetineerden, om crisissituaties te beheersen en om de gedetineerden te oriënteren naar een gepaste oplossing.
3. In elke strafinrichting zal een dokter, verbonden aan de psycho-sociale dienst, de **behandelende referentiearts** van de gedetineerde zijn. Hij zal verantwoordelijk zijn voor de behandeling. Hij zal met name waken over de **continuïteit van de behandeling** indien de gedetineerde naar een andere strafinrichting gaat. Hij zal ook zo snel mogelijk **persoonlijk contact** opnemen met de externe zorgverlenende diensten indien de gedetineerde vrij komt. De referentiedokter zal ook waken over de voortzetting van een **substitutiebehandeling** indien de gedetineerde wordt overgebracht.
4. De **substitutiebehandelingen** zullen voornamelijk voorbehouden worden voor zwangere vrouwen, gevangenen die korte straffen uitzitten en personen die seropositief zijn of met hepatitis besmet zijn. Het verband tussen besmettelijke ziekten en druggebruik verplicht overigens tot een actief vaccinatie- en opsporingsbeleid. In alle andere gevallen zullen de substitutiebehandelingen slechts voorgeschreven worden (onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke arts) indien het doel afbouw van de verslaving is en er, in overleg met de gedetineerde, een onthoudingsplanning wordt opgesteld. In dit geval zullen de gedetineerde en de arts het voorgestelde programma moeten ondertekenen, eventueel in overleg met een externe zorgverlenende dienst.
5. Teneinde de **herintegratie** van de gedetineerde mogelijk te maken en zijn herval te vermijden, moet de gedetineerde tijdens zijn gevangenschap contacten kunnen onderhouden met ten minste één externe zorgverlenende dienst, die na zijn / haar vrijlating zal kunnen instaan voor de begeleiding van de gedetineerde. De directeur van de gevangenis zal de verantwoordelijke van de externe zorgverlenende dienst zo snel mogelijk informeren omtrent de geplande datum van invrijheidsstelling.

6. Op het moment van de vrijlating zal de verantwoordelijke arts alle nuttige **informatie overmaken** aan de arts die de opvolging verzekert, en dit onder een **dubbele voorwaarde**: de gevangene moet zich schriftelijk akkoord verklaren en het beroepsgeheim moet gerespecteerd worden.
7. De **drugvrije afdelingen** en gelijkaardige projecten zullen geëvalueerd worden.
8. Er komen maatregelen om de **oververtegenwoordiging van de allochtone druggebruikers** in de gevangenis tegen te gaan. Zij moeten net zo goed als de autochtone druggebruikers een beroep kunnen doen op de reguliere hulpverlening.

➤ *Verantwoordelijke minister*

De minister van Justitie is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit actiepunt. Hij pleegt overleg met de minister van Volksgezondheid en onderhandelt met de Gemeenschappen omtrent de organisatie van de hulpverlening, de preventiecampagne's en de opleiding van het gevangenispersoneel.

➤ *Timing*

Het nieuwe penitentiaire drugbeleid zal nog dit jaar geïmplementeerd worden.

➤ *Geraamd budget*

De minister van Justitie beschikt over een ruim budget om dit actiepunt uit te voeren.