

**Perstekst  
CAD Jaarverslag 2008**

**1. Aantal cliëntdossiers in 2008**

	AANTAL CLIENTEN				
	M	V	TOT	% M	% V
overgedragen dossiers (lopende begeleiding op 01.01.08)	736	267	1.003	73,4	26,6
nieuwe dossiers (1° contact met CAD in '08)	851	305	1.156	73,6	26,4
heropende dossiers (begeleiding heropgenomen in '08)	382	103	485	78,8	21,2
onbekend	5	1	6	83,3	16,7
<b>TOTAAL</b>	<b>1.974</b>	<b>676</b>	<b>2.650</b>	<b>74,5</b>	<b>25,5</b>

**2. Alcohol blijft ook in 2008 product nr. 1**

	hoofdproduct		2de en evt. volgende producten	
	a.c.	%	a.c.	%
OPIATEN				
heroïne	516	21,3	48	3,1
opium-morfine	3	0,1	1	0,1
codeïne	6	0,2	7	0,4
voorgeschreven methadon	26	1,1	17	1,1
Niet voorgeschreven methadon	1	0,0	3	0,2
buprenofine	0	0,0	1	0,1
andere opiaten	5	0,2	2	0,1
niet gespecificeerd	53	2,2	6	0,4

<i>subtotaal</i>	610	25,2	85	5,5
STIMULANTIA				
cocaïne	193	8,0	254	16,3
amfetamine	261	10,8	151	9,7
xtc (mdma)	22	0,9	77	4,9
andere stimulantia	3	0,1	4	0,3
niet gespecificeerd	6	0,2	19	1,2
<i>subtotaal</i>	485	20,0	505	32,5
SLAAP- EN KALMEERMIDDELEN				
barbituraten e.d.	1	0,0	2	0,1
benzodiazepine	28	1,2	124	8,0
pijnstillers	8	0,3	9	0,6
andere slaap- kalmeermiddelen	1	0,0	9	0,6
niet gespecificeerd	1	0,0	37	2,4
<i>subtotaal</i>	39	1,6	181	11,6
HALLUCINOGENEN				
lsd	1	0,0	1	0,1
paddestoelen en andere plantafleringen	0	0,0	4	0,3
andere hallucinogene producten	0	0,0	2	0,1
niet gespecificeerd	1	0,0	1	0,1
<i>subtotaal</i>	2	0,1	8	0,5
VLUCHTIGE SNUIFMIDDELEN				
bepaalde vluchtige snuifmiddelen	1	0,0	1	0,1
onbepaalde vluchtige snuifmiddelen	0	0,0	2	0,1
<i>subtotaal</i>	1	0,0	3	0,2
CANNABISDERIVATEN				
hasj	21	0,9	17	1,1
marihuana	356	14,7	183	11,8
andere cannabisderivaten	0	0,0	1	0,1
niet gespecificeerd	123	5,1	240	15,4
<i>subtotaal</i>	500	20,6	441	28,3
ALCOHOL				
bier	354	14,6	106	6,8
wijn	110	4,5	33	2,1
sterke drank	91	3,8	48	3,1
aperitieven	19	0,8	10	0,6
andere alcohol	5	0,2	4	0,3
niet gespecificeerd	128	5,3	87	5,6
<i>subtotaal</i>	707	29,2	288	18,5

ANDERE PSYCHOACTIEVE DRUGS				
onbepaalde drugs of substanties	0	0,0	4	0,3
niet-gespecificeerde geneesmiddelen	1	0,0	1	0,1
speedball	0	0,0	3	0,2
anti-depressiva	2	0,1	0	0,0
GHB	9	0,4	13	0,8
andere specifieke drugs	3	0,1	7	0,4
niet gespecificeerd	0	0,0	1	0,1
<i>subtotaal</i>	15	0,6	29	1,9
OVERIGE VERSLAVINGEN (geen middelen)				
gokken	62	2,6	15	1,0
internetverslaving	3	0,1	0	0,0
andere verslavingsproblemen	0	0,0	1	0,1
<i>subtotaal</i>	65	2,7	16	1,0
<b>TOTAAL</b>	<b>2.424</b>	<b>100,0</b>	<b>1.556</b>	<b>100,0</b>

relevante derden

226

### **3. Evolutie van het aantal cliëntdossiers over 10 jaar tijd + 54,6 %**

1998	1.713
2000	1.943
2002	1.907
2004	2.304
2006	2.545
2008	2.650

### **4. Evolutie producten over 9 jaar.**

	2000	2002	2004	2006	2008
Alcohol	528	610	699	689	707
Opiaten	419	432	558	516	610
Cannabis	508	374	379	567	500
Stimulantia	322	310	408	450	485
Slaap & kalm	36	46	55	65	44
Gokken	83	58	58	40	62

### **5 Alcohol stijgt met 34 %**

Het aantal personen die zich bij de CAD aanmeldden met alcoholproblemen steeg in 7 jaar tijd met 34 %.

Nochtans, globaal genomen daalde in België het alcoholgebruik. In 1990 dronk de Belg gemiddeld 9,9 liter pure alcohol. In 2006 was dit geminderd tot gemiddeld 8,5 liter pure alcohol. Waar heeft deze opmerkelijke stijging van het aantal aanmeldingen dan mee te maken? Wellicht zijn hier meerdere verklaringen voor.

In de genoemde periode is het hulpaanbod van de CAD niet noemenswaardig toegenomen en werden er ook geen speciale acties gevoerd om het aanbod bekend te maken.

We moeten de verklaring dan ook elders zoeken.

Zijn we minder tolerant geworden t.a.v. alcoholmisbruik en worden 'drinkers' sneller onder druk gezet om de stap naar hulpverlening te zetten? We kunnen die stelling vooralsnog niet staven met cijfers, maar de dagelijks klinische ervaring leert ons wel dat personen met alcoholproblemen over het algemeen vlugger de stap zetten naar hulp dan dit vroeger het geval was.

Een andere verklaring is wellicht te zoeken in de verschuiving van het drinkpatroon in Vlaanderen. We evolueren van een gezelschaps- (bier) en gastronomisch drinken (wijn) naar roesdrinken. Onze straathoekwerkers zien meer en meer mannen en vrouwen die er alles aan doen om zo vlug (en zo goedkoop) mogelijk dronken te zijn. Zij hebben flesjes sterke drank op zak of kopen grote blikken bier in de 24 u. shop en drinken deze snel ter plaatse leeg.

Alcoholmisbruik wordt dan ook meer en meer op straat zichtbaar.

Ook zien we een toenemend aantal cliënten met opiaten-, stimulantia- en cannabisproblemen die als goedkoop alternatief roesmiddel alcohol bijgebruiken. De laatste 5 jaar steeg het aantal van 211 in 2005 naar 288 in 2008. Of een stijging met meer dan + 36 %.

In Vlaanderen voldoet 6% van de personen die alcohol drinken aan de normen van problematisch alcoholgebruik: 8% mannen en 3,5% vrouwen. In verhouding komt het grootste aantal problematische alcoholgebruikers voor in de leeftijdsgroep 45-54 jaar. We weten ook dat alcoholproblemen zich voordoen in alle lagen van de bevolking. Uit onderzoeken van Prof. Cattaert bij universiteitsstudenten in Leuven (in 2004) blijkt dat 10 % van de studenten overmatig alcohol drinkt en dat er bij 3,6 % sprake is van afhankelijkheid.

Als we deze gegevens, vrouwen/mannen en opleidingsniveau vergelijken met de hulpvragen aan de CAD dan is het duidelijk dat bepaalde doelgroepen door de CAD onvoldoende worden bereikt én ook dat heel wat probleemdrinkers (nog) niet de stap zetten naar hulpverlening.

#### leeftijd en geslacht

	MANNEN		VROUWEN		TOTAAL	
	a.c.	%	a.c.	%	a.c.	%
< 18 jaar	2	0,4	1	0,4	3	0,4
18 - 24 jaar	23	4,8	4	1,8	27	3,8
25 - 34 jaar	88	18,3	23	10,1	111	15,7
35 - 44 jaar	118	24,6	52	22,9	170	24,0
45 - 54 jaar	166	34,6	89	39,2	255	36,1
55 - 64 jaar	68	14,2	44	19,4	112	15,8
> 64 jaar	12	2,5	12	5,3	24	3,4
onbekend	3	0,6	2	0,9	5	0,7
<b>TOTAAL</b>	<b>480</b>	<b>100,0</b>	<b>227</b>	<b>100,0</b>	<b>707</b>	<b>100,0</b>

➔ 68 % mannen, 32 % vrouwen

## opleiding

	a.c.	%
GEEN ONDERWIJS GEVOLGD	1	0,1
KLEUTERONDERWIJS	0	0,0
LAGER ONDERWIJS	27	3,8
SECUNDAIR ONDERWIJS	42	5,9
Algemeen secundair onderwijs	39	5,5
Technisch secundair onderwijs	60	8,5
Beroeps secundair onderwijs	95	13,4
Kunst secundair onderwijs	3	0,4
DEELTIJDS BEROEPSSECUNDAIR ONDERWIJS	7	1,0
LEERTIJD (LEERCONTRACT)	29	4,1
BUITENGEWOON ONDERWIJS	0	0,0
Buitengewoon kleuteronderwijs	0	0,0
Buitengewoon lager onderwijs	3	0,4
Buitengewoon secundair onderwijs	4	0,6
HOGER ONDERWIJS	0	0,0
Hogeschoolonderwijs	90	12,7
Universitair onderwijs	31	4,4
ANDERE	9	1,3
ONBEKEND	267	37,8
<b>TOTAAL</b>	<b>707</b>	<b>100,0</b>

➔ hoger onderwijs: 17,1 %

## [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be)

Met deze wetenschap voor ogen zijn we in 2007 gestart met [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be)

De website [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be) is een initiatief van de CAD Limburg en Drughulp Kempen, en wordt gesteund door de FOD Volksgezondheid.

Deze website is gericht op het grote publiek en biedt:

1. ruime informatie over alle aspecten van alcoholgebruik (zowel voor de drinkers zelf, als voor hun omgeving), en een online zelftest om na te gaan in welke risicozone men zich bevindt wat alcoholgebruik betreft,
2. een geautomatiseerd zelfhulpprogramma voor mensen die zelfstandig iets aan hun drinkgewoontes willen veranderen,

3. en een online begeleiding waarbij deelnemers een programma kunnen volgen en daarnaast wekelijks beroep kunnen doen op een professionele hulpverlener (via chat of e-mail). Deze vorm van hulpverlening is een primeur in Vlaanderen en is overal gratis en anoniem toegankelijk.

*Enkele cijfers:*

- Sinds begin dit jaar heeft de website een stijgend aantal bezoekers. Gemiddeld tussen de 8.000 en 10.000 per maand.
- De zelftest wordt tussen de 700 en 1.200 keer per maand uitgevoerd.
- Ongeveer 550 deelnemers zijn actief bezig geweest in het zelfhulpprogramma, 120 zijn momenteel nog bezig.
- Bij de online begeleiding hadden we een 100-tal deelnemers, van wie er momenteel nog een 30-tal in behandeling zijn.
- Slechts 16% van de deelnemers aan de online programma's deed voordien beroep op andere vormen van hulpverlening voor alcoholproblemen. We bereiken dus vooral 'nieuwe' mensen.
- Het aantal vrouwen in ambulante behandeling bedraagt 25%, bij de deelnemers aan het online zelfhulpprogramma is 42% vrouw, bij de online begeleiding 50 à 60%.
- Het aantal hoger opgeleiden bedraagt 55% van de deelnemers aan de online programma's. Ambulant is dit 17 %. De meerderheid werkt.

Het is duidelijk dat we met dit – in Vlaanderen unieke aanbod – een belangrijk complementair aanbod doen op de bestaande alcoholhulpverlening.

## **6. Opiaten, nog steeds niet over zijn hoogtepunt !**

Het aantal hulpvragen omwille van heroïneafhankelijk blijft toenemen. In 2000 ging het over 419 cliënten, vorig jaar bereikte het aantal hulpvragen 610, of over de genoemde jaren heen een stijging met 45 % of gemiddeld 5 % per jaar.

Deze toename zien we ook in het aantal cliënten in ons methadonprogramma. In 2007 volgden maandelijks gemiddeld 276 patiënten dit programma, vorig jaar was dit aantal opgelopen tot 322, of een toename, in één jaar, met 16,67 %.

Nagenoeg 60 % van deze groep bekomt dagelijks zijn methadon bij de apotheker. De meesten onder hen zijn gestabiliseerd en maatschappelijk (terug) geïntegreerd. Er is echter nog veel 'puin' te ruimen en nood aan verdere psycho-sociale begeleiding.

40 % komt dagelijks naar één van onze centrale verstrekkingen en dit in 7 verschillende gemeenten.

Vooraf deze mensen hebben het maatschappelijk en persoonlijk bijzonder moeilijk: geen werk, precare huisvesting, lage of geen uitkering, veel schulden, onder justitieel toezicht, illegaal, psychiatrisch problemen ....

Zij hebben nood aan structuur en dagelijkse ondersteuning. Hun aantal blijft toenemen en de problemen worden alsmat groter en ... de personeelsomkadering blijft dezelfde.

## **7. Het aantal "geregistreerde" hulpvragen omwille van cannabis daalt**

	2000	2002	2004	2006	2008
Cannabis	508	374	379	567	500

Aanmeldingen omwille van problemen met cannabis gebeuren binnen onze dienst via 2 kanalen:

- individuele aanmeldingen door gebruikers en/of hun directe omgeving;
- in functie van vroeginterventie door scholen en politie (zie ook verder onder vroeginterventie). Dit specifieke aanbod startte in 2008 en in dat jaar werden 151 jongeren tussen de 14 en de 21 jaar bereikt.

De tabel hierboven heeft enkel betrekking op de eerste groep. Van deze personen werd een individueel dossier gemaakt. Gezien de aard van de tweede groep – vooral experimenterende gebruikers met een risicovol gedrag – werden van de deelnemers geen individuele dossiers gemaakt.

Het totaal aantal cannabisgebruikers die vorig jaar op onze dienst beroep deden bedroeg dus 615. De evolutie van het aantal hulpvragen omwille van cannabis wordt beïnvloed door meerdere factoren.

Uit zowel Europees als Vlaams onderzoek blijkt dat het aantal cannabisgebruikers daalt, maar dat tegelijkertijd ook het aantal cliënten dat omwille van problemen met cannabis beroep doet op hulpverlening toeneemt.

Problemen met cannabis kunnen erg verschillend zijn: de omgeving (politie) die alarm slaat en de gebruiker aanzet (dwingt) hulp te zoeken, de gebruiker zelf die tot de vaststelling komt dat hij/zij zich volledig verliest in cannabis ...

In de afgelopen 9 jaar kende het aantal personen dat omwille van cannabisproblemen op onze dienst beroep deed een erg grillig verloop.

508 in 2000, de twee daaropvolgende jaren een sterke daling, terug een belangrijke toename in 2007 en 2008 (als we voor dat laatste jaar ook rekening houden met het project vroeginterventie)

Deze schommelingen kunnen niet verklaard worden door plotse verschuivingen in het (problematisch) gebruik van cannabis, maar eerder door de mate waarin de politie op dit terrein actie voerde en naar onze dienst verwees alsook het aanbod dat door de CAD wordt gedaan.

De 'cijfers' van het aantal aanmeldingen zeggen dus weinig over de cannabisproblematiek.

We kijken daarvoor beter naar de 'ernst' van de problematiek. In welke mate wordt er problematisch gebruikt, dan wel gaat het hier over een 'paniekaanmelding', of m.a.w. gaat het over een éénmalig, sporadisch gebruik op de verkeerde plaats en/of verkeerd moment.

We stellen vast dat helft (251) van de eerste groep cannabisgebruikers *dagelijks* gebruiken en 1/5 (95) 2 tot 6 maal per week. We kunnen hier spreken van ernstig problematisch en soms verslavend gebruik.

Betekent dit dat het gebruik voor de anderen probleemloos is? Voor een aantal wellicht wel en bij hen stopt de de CAD interventie dan ook na een eerste gesprek, waarbij wel telkens het risico van verder gebruik wordt besproken. Een aantal van hen wordt ook verwezen naar ons initiatief *vroeginterventie*. We komen daar verder op terug.

Vanuit preventie oogpunt willen we als de CAD het gebruik van cannabis sterk ontraden. We zien de soms desastreuze gevolgen die het gebruik veroorzaken bij vooral kwetsbare mensen. Teveel nog wordt cannabis gebagatelliseerd.

## **8. Stimulantia**

Het aantal aanmeldingen omwille van problemen met stimulantia (vooral amfetamine en cocaïne) blijft toenemen.

	2000	2002	2004	2006	2008
Stimulantia	322	310	408	450	485

Tussen 2000 en 2008 zien we een toename met nagenoeg 50 % of een gemiddelde jaarlijkse toename met 5,6 %.

We hebben het hier dan over cliënten die zich aanmelden omwille van problemen met stimulantia, maar nog veel meer cliënten hebben er problemen mee. Zij misbruiken stimulantia

naast hun ‘hoofddrug’ . Hun aantal is groter dan het aantal cliënten dat zich in eerste instantie aanmeldt omwille van stimulantia problemen.

Ter illustratie enkele cijfers van de laatste 3 jaar.

	Als Hoofdproduct	Als 2° of 3° product
2005	356	421
2006	450	505
2007	458	469
2008	485	505

Als hoofdproduct zien we de sterkste toename bij amfetamine; bij het 2° en 3° product zien we cocaïne als sterkste stijger.

	Hoofdproduct				2e – 3e product			
	2005 a.c.	2006 a.c.	2007 a.c.	2008 a.c.	2005 a.c.	2006 a.c.	2007 a.c.	2008 a.c.
Cocaïne	135	155	183	193	187	229	249	254
Amfetamine	184	253	245	261	128	153	141	151
XTC (mdma)	23	28	20	22	79	92	60	77
Andere stim.	3	3	1	3	5	6	5	4
Niet gespec.	11	11	9	6	22	25	14	19
<b>TOTAAL</b>	<b>356</b>	<b>450</b>	<b>458</b>	<b>485</b>	<b>421</b>	<b>505</b>	<b>469</b>	<b>505</b>

Personen met primaire afhankelijkheid aan stimulantia grijpen dus eerder naar ~~het~~ amfetamine, daar waar personen met een primair andere verslaving (heroïne, alcohol, cannabis) eerder cocaïne gebruiken.

En wat dat ‘gebruiken’ betreft stellen we vast dat meer en meer aan amfetamine verslaafden gebruik maken van spuiten. Daarvoor doen zij onder meer beroep op de CAD spuitenruilproject. Een groot probleem bij de behandeling van stimulantia-verslaafden is de therapietrouw. Veelal is het pas onder grote externe druk dat zij de stap zetten naar behandeling. Het gebruik van stimulantia leidt inherent tot ‘zelfoverschatting’, de overtuiging dat men het zelf wel aan kan, dat externe hulp overbodig is, dat even proberen geen problemen geeft en men best in staat is het gebruik terug onder controle te krijgen.

## **9. Slaap- en kalmeringsmiddelen**

Meer nog dan bij de stimulantia hebben hier de ‘bijgebruikers’ de bovenhand. In 2008 waren er zelf 5x meer cliënten die op ons beroep deden omwille van bijgebruik dan wel omwille van hoofdgebruik van slaap- en kalmeermiddelen. Een situatie die, als we de voorafgaande jaren beschouwen, niet uitzonderlijk is.

	2005	2006	2007	2008
Hoofdproduct	56	65	44	39
2° en 3° product	146	172	148	181

Vooral het *bijgebruik* van benzodiazepines, de zogenaamde benzo's, is voor onze cliënten een probleem. Vooral heroïneverslaafden, maar ook wel cocaïne en sommige alcoholisten, contacteren diverse huisartsen om een (of meerdere) voorschriften te bekomen. Ze hebben dit nodig als vervang- dan wel als extra roesmiddel of om negatieve effecten tegen te gaan, bijvoorbeeld de flashdown van cocaïne. Het bijgebruik van benzo's kan zowel voor het individu als de maatschappij bijzonder gevaarlijk zijn. Zelden overlijden druggebruikers ten gevolge van een overdosis drugs. Veelal is er sprake van een mix. Een dodelijke mix van heroïne, cocaïne, alcohol en benzo's. Niet zelden zijn het deze laatste middelen die de 'emmer doen overlopen' en de fatale afloop veroorzaken.

Naast het ernstig verslavend effect wordt door het bijgebruik van benzo's het gedrag van alcohol- en druggebruikers onvoorspelbaar en soms zelfs gevaarlijk. Nagenoeg alle agressie-incidenten waarmee wij de laatste jaren geconfronteerd werden, vonden hun oorzaak in het bijgebruik van benzo's.

Ondanks de soms grote druk die van de cliënten uitgaat, worden door de de CAD artsen geen benzo's voorgeschreven. In vergelijking met enkele jaren terug zijn de Limburgse artsen zorgvuldiger geworden in het voorschrijven van benzo's. Toch zijn er nog 'voldoende' artsen die ondanks de gekende medische evidentie moeilijk tegen hun patiënten 'neen' kunnen zeggen.

## 10 Gokproblematiek

	2000	2002	2004	2006	2008
Gokken	83	58	58	40	62

Het aantal cliënten dat zich bij de CAD aanmeldde omwille van gokproblemen is terug gestegen. Nu, is dit slechts één indicatie van de aanwezige problematiek in de samenleving. Het aantal problematische gokkers wordt geschat tussen de 0,6 en 1,2 % van de bevolking. Het is duidelijk dat slechts een bijzondere kleine minderheid van hen 'doorstroomt' naar de hulpverlening. In Vlaanderen is de CAD een van de weinige centra die voor de gokproblematiek een specifiek aanbod doet, zowel hulpverlenend als preventief.

Tussen 2006 en 2008 kenden we dus een sterke toename van het aantal hulpvragen. Nu, het gaat om relatief kleine aantallen en we moeten dan ook bijzonder voorzichtig zijn met verklaringen. Toch kunnen we er niet omheen dat het aanbod voor (potentiële) gokkers de laatste jaren bijzonder sterk is toegenomen. We denken daarbij onder meer aan online gokken, sportweddenschappen in wedkantoren, via internet en in de krantenwinkel, pokeren, telefoon, bel en gsm spelletjes. We merken op dat in bijzonder in kansarme buurten het aanbod aan wedkantoren substantieel is toegenomen. En dit zonder dat er een aangepaste wetgeving voor deze kansspelen is. Zoals hoger aangegeven is het aantal probleem 'spelers' die beroep doen op hulpverlening klein. We krijgen echter van zowel onze straathoekwerkers als van de maatschappelijk werkers van de OCMW voldoende signalen om ons ernstig ongerust te maken.

In samenwerking met de provinciale overheid hebben we dan ook een programma 'Actiepunten gokken in je gemeente' uitgewerkt waarop nagenoeg alle gemeenten hebben ingeschreven. Concreet konden de lokale besturen 5 actiepunten ondertekenen:

- vorming voor OCMW personeel
- evaluatie gemeentelijk kienbeleid
- sticker plakken op alle bingotoestellen
- affiche en stickercampagne in jeugdhuizen, sportclubs...

- wetgeving bingo controleren

Enkele lokale besturen (Beringen, Heusden-Zolder, Genk: niet toevallig de gemeentes met een sterke toename van het aantal wedkantoren) wilden verder gaan en werkten een gemeentelijk gokbeleid uit dat steunt op 3 pijlers: wetgeving, begeleiding en preventie. Het lokale gokbeleid heeft onder andere aandacht voor:

- de toepassing van de reglementering met onder meer toezicht op vergunningen voor bingo's;
- vorming aan welzijnswerkers opdat zij zo vroeg mogelijk de signalen van problematisch gokken erkennen en de speler, met kennis van zaken, kunnen begeleiden. Zo zijn weinigen – ook de spelers niet – er van op de hoogte dat een speler zichzelf toegangsverbod kan geven om nog speelhallen en casino's te bezoeken;
- informatie en sensibilisering naar de ganse bevolking.

Op dit moment is er weinig of geen wetgeving omtrent de inplanting van wedkantoren, online gokken,

## **11. Onze cliënten hebben een alcohol- en/of drugprobleem maar ook ...**

Ons cliënteel is zeer verscheiden, zowel naar aard van het product, de mate waarin het verslavingsgedrag de leefwereld van de cliënt heeft aangetast, de persoonlijke weerbaarheid, motivatie, maatschappelijke status,...

Sommige cliënten functioneren nog zeer goed en kunnen zich zowel privé, als professioneel (nog) goed handhaven.

Anderen lijken op een hellend vlak te zitten, waarlangs de terugweg bijzonder moeilijk is. En deze laatste groep neemt jaar na jaar toe. Zij hebben niet alleen een verslavingsprobleem, maar ook ...

Slechts 1/3 van ons cliënteel heeft een regulier inkomen uit arbeid. Nagenoeg 2/3 leeft van een vervangingsinkomen en gaan daarenboven gebukt onder zware schulden. Gegeven de hoge huurprijzen is het hebben van een (eigen) woonst voor velen niet meer haalbaar. 1/10 van de gasten die de straathoekwerker ontmoet zijn (dringend) op zoek naar een eigen woonst. Tijdelijk kunnen zij soms bij 'vrienden' terecht of in een onthaaltehuis voor daklozen.

Dat heel wat van ons cliënten zo moeilijk aan werk geraken heeft vanzelfsprekend te maken met hun soms chaotische levensstijl, met hun fysieke toestand, met de economische crisis, maar zeker ook met hun lage scholingsgraad. Daarboven op komen nog eens hun juridische problemen en de discriminerende houding van sommige werkgevers.

We merken de laatste jaren ook een duidelijke toename van het aantal dubbeldiagnoses waarbij naast de verslavingsproblematiek ook een ernstige persoonlijkheidsstoornis wordt vastgesteld. De combinatie van inkomens-, relatie-, woon-, opleidings-, werk-, medische- juridische- en persoonlijkheidsproblemen vereist een *integrale* aanpak waarbij de verschillende hulpverleners en diensten samenwerken en hierin ook beleidsmatig ondersteund worden. En daarin geven we in Limburg het goede voorbeeld. We denken daarbij onder meer aan de lokale intervisiegroepen waarin de methadonpatiënten worden opgevolgd, de Lokaal Cliënt Overleggen die door de OCMW's georganiseerd worden en waar de cliënt mee aan tafel zit. Het is dank zij deze samenwerkingsformule dat we er de voorbije winter in Hasselt in slaagden om het aantal daklozen terug te brengen tot 3. In de voorgaande jaren waren het er meer dan 20 !

## 12. Preventieve werking

Met haar preventieve werking wil onze dienst het alcohol- en druggebruik van dé bevolking, en inzonderheid van risicogroepen beïnvloeden. We weten uit ervaring, en iedereen kan dit voor zichzelf evalueren: duurzame gedragsverandering is bijzonder moeilijk te realiseren.

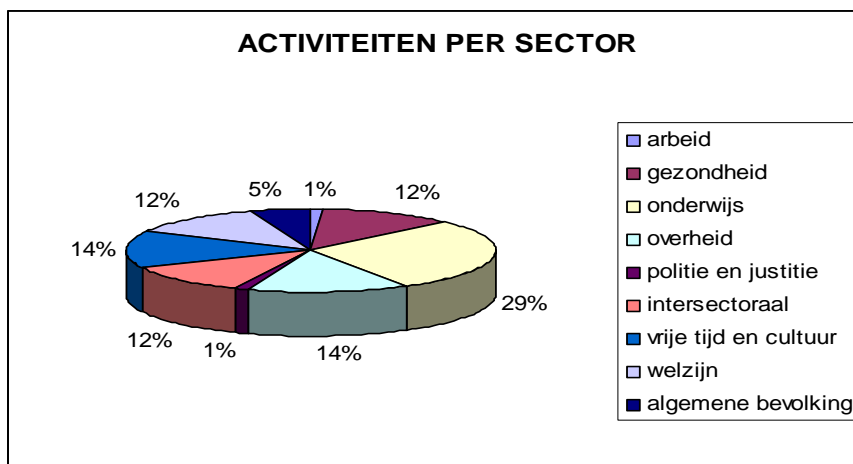
Dit kan maar tot het gewenste resultaat leiden mits de inspanningen duurzaam en consequent worden volgehouden. Eenmalige goedbedoelde acties halen weinig of niets uit, behoudens misschien dat ze het geweten van de initiatiefnemer sussen: “ik heb toch iets gedaan”

We opteren voor structurele preventie, waarbij de doelgroep duurzaam en consequent eenzelfde preventieve boodschap krijgt.

In plaats van onze energie te spenderen in éénmalige acties in de scholen (klasje in, klasje uit) ontwikkelen we samen met de directies, CLB's en leerkrachten een *drugbeleid op school*.

Ook in onze acties t.a.v. jeugdhuizen, gevangenissen, sportverenigingen, spoeddiensten van ziekenhuizen ... ligt het accent op vorming van *sleutelfiguren of intermediären*.

In 2008 organiseerde de preventie-equipe van de de CAD in de 42 gemeenten waar we actief zijn 1181 activiteiten. Dat “het Limburgs Model”, de geïntegreerde aanpak met ondersteuning van lokale besturen werkt, kan blijken uit het feit dat deze 1181 preventieactiviteiten ongeveer één derde uitmaken van alle in Vlaanderen geregistreerde activiteiten!



Onderwijs, welzijn en vrije tijd krijgen veel aandacht. Eigenlijk blijft de verdeling over de sectoren zeer constant over de laatste 5 jaren. De misvatting als zou drugpreventie alleen iets zijn voor scholen of voor jongeren lijkt ten minste voor een stuk van de baan!

## 13 Vroeginterventie naar jonge druggebruikers

Met dit project willen zo vroeg mogelijk een zinvol signaal geven aan jongeren van wie we weten dat ze met alcohol of andere drugs omgaan op een manier die risico's kan inhouden.

Het gaat niet om vroegtijdige hulpverlening en afhankelijkheid van een middel is een exclusie criterium voor vroeginterventie! Uit het aantal verwijzingen en de frequentie van de sessies (1 groep per maand) kunnen we afleiden dat dit aanbod inspeelt op een reële behoefte.

Een behoefte die reeds lang bestond, maar vaak onbeantwoord bleef of een reactie kreeg die zowat alle partijen frustreerde. Jongeren vinden de reacties (een verwijzing naar de hulpverlening) nogal overdreven, verwijzers hebben moeite met enige relativisering en verwachten behandeling of straf.

Met de steun van de Vlaamse Overheid, de Europese Gemeenschap (Fred goes Net) en in samenwerking met VAD en Katarsis hebben we in 2008 het project vroeginterventie gestalte gegeven in Limburg.

We richten ons tot jongeren van 14 tot 21 jaar en hun ouders of verwijzers. Zij worden omwille van signalen van experimenteel of risicovol (niet verslaafd) gebruik verwezen door politie, school, ouders, werkgever. Het gaat om gebruikers van illegale drugs (niet heroïne) en alcohol. Na verwijzing nodigen we de jongeren en hun ouders uit voor een eerste gesprek op basis waarvan aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria deelname aan de groep al dan niet geadviseerd wordt. Indien de ernst van het probleem dit vereist wordt een individueel zorgtraject uitgestippeld en aangeboden worden.



#### Inhoud van de cursus

Effecten en risico's van de verschillende producten  
Wettelijk kader  
Zelfevaluatie : hoe riskant is je gebruik?  
Voor- en nadelen van eigen gebruik  
Invloed van gebruik op de omgeving  
Hoe verminder of stop ik gebruik?

#### Praktisch

Vooraf kennismakingsgesprek, achteraf evaluatie  
3 sessies van 3 uur  
Certificaat voor de deelnemers  
Beroepsgeheim en vertrouwen

**In 2008 volgden 151 jongeren deze vroeginterventiecursus**

### BESLUITEND

We gaven hierboven een bijzonder beknopte weergave van onze werking in 2008. We hadden daarbij onder meer geen aandacht voor het Sputomruilproject, het Project Alternatieve Maatregelen, het casemanagement, straathoekwerk ... Hier exhaustief op ingaan zou ons immers te ver leiden.

Toch willen we tot slot twee belangrijke bekommernissen kwijt:

- de werking van de CAD steunt in belangrijke mate op *projectfinanciering*: zo worden bijvoorbeeld de hierboven beschreven projecten [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be) en vroeginterventie projectmatig gefinancierd → onzekerheid voor het project, voor het personeel én voor het cliënteel. Wij pleiten al jaren voor structurele financiering. Voor minder geld kan er op die manier meer kwaliteit gewaarborgd worden.
- jaar na jaar neemt de werkdruk toe. Wachtlijsten zijn nog niet direct aan de orde, maar we zitten er bijzonder kort bij. En zeker op piekmomenten (en deze worden alsmaar langer...) slagen we er moeilijk en moeilijker in om de voor ons zelf vooropgestelde doelstellingen: intake binnen de 7 werkdagen en start behandeling binnen de 14 dagen na te komen en schuiven deze periodes op. 'Motivatie' is in de verslaafdenzorg een bijzonder ambivalent gegeven (wil ik wel, of niet). Je moet met andere woorden het 'ijzer kunnen smeden als het heet is'.

Genk, 12 juni '09,  
Marcel Vanhex  
directeur