



Vlaamse Vereniging Behandelingscentra in de Verslavingszorg

“De ideale partner voor de uitbouw en ondersteuning van het
drughulpverleningslandschap in Vlaanderen.”

SPEERPUNTEN 2024-2028

Deskundigheids-
bevordering rond
afhankelijkheids-
problematiek in brede
GGZ.

VVBV als partner voor
verslavingsexpertise in
Vlaanderen, ook voor
de uitbouw van drug-
hulp aan justitiabelen.

Randvoorwaarden
voorzien om
ervaringswerkers ten
volle in te kunnen
zetten.

Marktconforme
verloning voor
artsen en psychiaters.

Werk maken van
kwaliteitsvolle zorg-
verlening, mét de
juiste omkadering.

Onzekere project-
financiering en
structurele onder-
financiering
voorkomen.

Inspelen op groeiende
instroom van cliënten
om wachtlijsten te
voorkomen.

Waarborgen van drug-
hulpverleningsaanbod
dat al 2 decennia
gefinancierd wordt via
SVPP-middelen.

Verslaving is een gezondheidsprobleem.

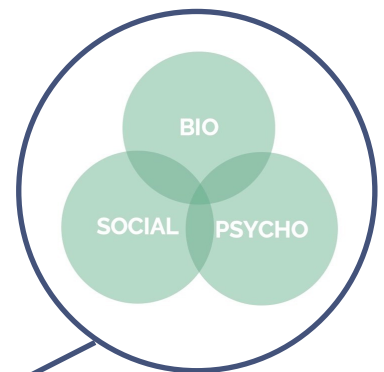
Net als andere aandoeningen, bevinden we ons voor de hulp aan personen met een **afhankelijkheidsproblematiek** op een **zorgcontinuüm** van preventie, vroeginterventie, (gespecialiseerde) hulpverlening, harm reduction, maatschappelijke integratie en nazorg.

Straffen van een gezondheidsproblematiek is zinloos...

GEZONDHEIDSPROBLEMATIEK

Verslaving kent een **chronisch** verloop

- ✓ zorg op lange termijn
(belangrijk: hervatbehandeling en nazorg)
- ✓ multidisciplinaire behandeling/begeleiding
- ✓ nood aan zorgcontinuïteit
- ✗ straffen alleen werkt niet



Expertise

VVBV als partner voor **deskundigheidsbevordering** verslaving in de GGZ.

RANDVOORWAARDEN



CORE-BUSINESS mag niet in het gedrang komen.



Voldoende tijd en middelen

AANBOD



Actuele tendensen in het aanbod van de behandelingscentra voor verslavingszorg



Wachtlijsten

Aantal **cliënten** dat beroep doet op gespecialiseerde verslavingszorg in Vlaanderen **groeit**, met (grotere) wachtlijsten tot gevolg.

Ervaringskennis = anciënniteit

Achterstand in **anciënniteit** van **ervaringsdeskundigen** wegwerken bij aanwerving blijft een moeilijkheid.

Ervaringskennis honoreren moet deel uitmaken van een regeling om ervaringsdeskundigen een volwaardige plaats te geven binnen hulpverlenende teams.

'Unmet need' in diverse regio's

Verdere realisering van het **uitbreidingsdossier VVBV** en andere blinde vlekken.

Zorg in beweging

Inspelen op **noden en trends** in het drughulpverleningslandschap

Terugvalbehandeling & nazorg blijft een belangrijke factor in het hulpverleningsproces.



KWALITEIT VAN ZORG

De sector wenst meer in te zetten op **kwaliteit** van de zorg, er zijn echter knelpunten om dit naar wens te realiseren.

Er is nood aan meer personeel en middelen (ICT- en andere faciliterende functie(s), kwaliteitsopvolging,...).



FINANCIERING

De structurele onderfinanciering die heerst bij de leden van de VVBV zorgt voor **uitdagingen** en **valkuilen**.



Door de hervorming van subsidiestromen vanuit Binnenlandse Zaken (SVPP-middelen), dreigen we ca. **20 VTE** te **verliezen** die al 26 jaar naar de sector gaan.



Ca. 30% van de totale financiering van de sector komt niet via de conventie. Deze niet-reguliere financieringsmodaliteiten zijn ontoereikend, waardoor de voorziening telkens zelf heel wat **eigen middelen moet opleggen**. (vb.: GAM, IFIC, Sociale Maribel, projectfinanciering,...).



VVBV als partner voor projectfinanciering kwaliteitszorg binnen de verslavingszorg in een **budgetneutraal** kader.



Marktconforme **verloningen** van artsen en psychiaters binnen de GGZ.

CONTINUÛTEIT VAN ZORG

VVBV als **geschikte partner** voor de verdere uitwerking van verslavingszorg aan justitiabelen (intra- en extramuros).

ZORG



ZORG

ZORG

JUSTITIE

Continuïteit van zorg, ook tijdens en na detentie.

OPPORTUNITEIT



Verdere uitbouw **verslavingszorg in detentie**. Detentie biedt ook hiertoe een opportuniteit.



Vlaamse
overheid



.be



De Vlaamse revalidatiecentra voor mensen met een middelenproblematiek

Memorandum 2024 – beknopt inhoudelijk rapport

Speerpunten voor een doeltreffende en kwaliteitsvolle Vlaamse Verslaafdenzorg.

ADIC Antwerpen
DE KIEM Gavere
DE SLEUTEL Merelbeke
DE SPIEGEL Kessel-Lo
KATARSIS Genk
KOMPAS Kortrijk
't KADER Kempen
MSOC Antwerpen
MSOC Gent
MSOC Limburg
MSOC Oostende
MSOC Vlaams-Brabant

VVBV vzw : Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg
Kortrijksesteenweg 185, 9000 Gent. Tel : 09/389.66.66 – Fax : 09/245.41.71
E-mail : dirk.vandevelde@dekiem.be BNP-Paribas-Fortis : IBAN BE77 0011 9874 9642 - GEBABEBB

Speerpunten 2024

Ook voor deze legislatuur heeft de VVBV een aantal speerpunten opgesomd, die ons inziens, het meest prangend zijn in de sector. De volgorde waarop deze speerpunten onderstaand zijn opgesomd, heeft geen betekenis. Alle speerpunten zijn aandachtspunten die we met gelijke waarde wensen aan te kaarten.

- VVBV als partner voor verslavingsexpertise in Vlaanderen, ook voor de uitbouw van forensische drughulpverlening in Vlaanderen.
- Deskundigheidsbevordering afhankelijkheidsproblematiek in brede GGZ
- Kwaliteitsmonitoring zorgt voor extra druk, wegens een tekort aan ondersteunende functies die mee in kunnen staan voor kwaliteit en kwaliteitsopvolging.
- Onzekere projectfinanciering en structurele onder-financiering voorkomen.
- Randvoorwaarden voorzien om ervaringswerkers ten volle in te kunnen zetten.
- Waarborgen van drughulpverleningsaanbod dat al 2 decennia gefinancierd wordt via SVPP-middelen.
- Marktconforme verloning voor artsen en psychiaters.
- Inspelen op de groeiende instroom van cliënten.

Inhoud

1.	Inleidend.....	3
2.	Aanbod van de gespecialiseerde drughulpverlening	4
2.1	Deskundigheidsbevordering in de GGZ.....	4
2.2	Actuele tendensen	4
	Groeiende vraag naar gespecialiseerde drughulpverlening en lange wachtlijsten	4
	‘Unmet need’ in diverse regio’s	5
	Ervaringswerkers: drempels bij de aanwerving	7
	Het belang van nazorg en terugvalbehandeling.....	7
	Verloning artsen en psychiaters	8
	Zorg in beweging	8
3.	Financiële druk: structurele onder-financiering, link met SVPP-middelen en kwaliteitsvereisten.	9
3.1	Onder-financiering: personeels- en projectfinanciering.....	9
3.2	Hervorming subsidiestromen vanuit Binnenlandse Zaken (SVPP-middelen).	10
3.3	Kwaliteitsmonitoring.....	10
4.	Justitiabelen.....	11

1. Inleidend

Een verslavingsproblematiek is een complex samenspel van biologische, sociale en psychosociale factoren. Deze problematiek valt onder Geestelijke Gezondheidszorg. Dat de aanwezigheid en het gebruik van (illegale) drugs en genotsmiddelen diep doorgedrongen is in onze samenleving hoeft geen betoog. We worden allemaal op tijd en stond geconfronteerd met drugs en druggebruik, zoniet met alle gevolgen vandien (maatschappelijk, fysisch, psychisch,...). Elk jaar blijft de toestroom aan cliënten in de sector stijgen en is er meer vraag naar drughulpverlening. Hoewel het aantal zorgvragers sterk gestegen is, is de capaciteit dat niet. In 2012 zijn ca. 4 600 nieuwe zorgvragers opgestart, 10 jaar later zitten we aan een totaal van 6 248 nieuw opgestarte begeleidingen. 30% van het totaal in 2022 betreffen instromers die voor het éérst beroep doen op gespecialiseerde drughulpverlening.

Aantal opgestarte zorgvragers¹:

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
6 248	5 761	5 072	5 761	6 083	6 103	5 691	5 645	5 086	5 024	4 679	4 716

Aangezien problemen met middelengebruik een gezondheidsproblematiek betreft, is straffen van druggebruikers zinloos. Het EMCDDA (Europees Monitoringcentrum voor Drugs en Drugsverslaving) toont aan dat er weinig verband is tussen het opleggen van straffen of boetes en de mate van het druggebruik in een land. Het komt zelfs regelmatig voor dat landen die minder restrictief zijn, een lager gebruik van illegale roesmiddelen optekenen.

Het bestraffen van druggebruik labelt mensen die gebruiken als criminelen. Die criminalisering leidt tot stigmatisering, wat ertoe leidt dat de drempel tot het zoeken naar hulp vergroot en bijgevolg een negatieve impact heeft op het welzijn en gezondheid van de gebruiker. Beboeten of straffen heeft voornamelijk als effect dat de levensomstandigheden van problematische gebruikers nog moeilijker worden. We kunnen stellen dat het bestraffen van drugsbezit en mensen die gebruiken niet bijdraagt tot minder druggebruik, noch tot een hoger welzijn of herstel van verslaving, en daarenboven leidt tot bijkomende problemen (stigmatisering, verarming, uitsluiting, criminalisering,...). Waarom en hoe een gebruiker al dan niet evolueert naar een afhankelijke gebruiker is niet eenvoudig te bepalen. Het is de interactie tussen intrinsieke factoren, omgevingsfactoren en andere elementen waaronder het product of de producten die bepalend zijn (cfr. Middel-, Mens-, Milieumodel).

Bij een begeleiding en/of behandeling van iemand met een afhankelijkheidsproblematiek is de volledige zorgketen van belang. Een verslaving is een chronische gezondheidsaandoening, waar herval in problematisch druggebruik geen uitzondering is. Dankzij multidisciplinaire ondersteuning zijn er gebruikers die langdurig clean kunnen blijven. De aanpak voor deze problematiek gaat van preventie (primair, secundair en tertiair) tot nazorg. Onze centra werken vaak met cliënten waarbij er een hoge mate van psychiatrische comorbiditeit is en/of een ernstige sociaal-maatschappelijke problematiek. Deze populatie vraagt om een geïntegreerde behandeling en dus langdurige rehabilitatie. Gebruik van middelen valt te zien als één van de symptomen die in deze geïntegreerde behandeling aangepakt moet worden en is gerelateerd aan de aan- of afwezigheid van andere psychische/somatische klachten of sociale problemen die gelijktijdig behandeld worden. Het bereiken van (tijdelijke) abstinentie is onvoldoende om van een geslaagde behandeling te spreken als de andere beïnvloedende factoren nog onvoldoende behandeld zijn. Actief gebruik is dus niet het enige criterium om van een verslaving te spreken. Hervalpreventie wordt ingezet om in te spelen op die factoren die invloed hebben op het (probleem)gebruik.

¹ Gegevens op basis van de Treatment Demand Indicator die jaarlijks door alle voorzieningen wordt geregistreerd.

In dit memorandum worden de meest actuele noden en aandachtspunten vanuit het perspectief van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg besproken. Het gaat dan onder meer om deskundigheidsbevordering in de brede GGZ, forensische drughulpverlening, het inzetten van ervaringswerkers, het aanbieden van kwaliteitsvolle zorgverlening, de structurele onder-financiering waar de sector mee kampt en een marktconforme verloning voor artsen en psychiaters.

2. Aanbod van de gespecialiseerde drughulpverlening

2.1 Deskundigheidsbevordering in de GGZ

De VVBV is dé ideale partner wat betreft verslavingszorg, dat is ook binnen de netwerken GGZ niet onopgemerkt gebleven. Omwille van stigmatisering en gebrek aan deskundigheid met betrekking tot een afhankelijkheidsproblematiek in de brede GGZ, worden cliënten nog te vaak geweigerd in de acute of algemene Geestelijke Gezondheidszorg. De partners in de GGZ worstelen met deze problematiek en missen expertise om hiermee aan de slag te gaan. Medewerkers uit de verslavingszorg investeren meer en meer tijd in overleg met andere zorgpartners binnen de netwerken GGZ, waardoor de gespecialiseerde verslaafdenzorg zeer vaak in een consultfunctie ten opzichte van andere hulpverleners en teams komt te staan. Er is een groeiende nood aan acties die de kennis en deskundigheid met betrekking tot middelenafhankelijkheid versterken bij meerdere zorg- en hulpverleningsactoren. Mogelijke vormen van ondersteuning die deze deskundigheid van praktijkwerkers kunnen verhogen zijn vb. liaison, consult, intervisie, coaching, vorming,...

Investeren in het versterken van kennis en deskundigheid met betrekking tot verslaving bij andere hulpverleningsactoren is een zinvolle actie om stigmatiseren tegen te gaan. Mensen die drugs gebruiken moeten ook kunnen beroep doen op andere GGZ actoren voor problematieken die niet noodzakelijk gelieerd zijn aan het gebruik van drugs.

2.2 Actuele tendensen

Groeiende vraag naar gespecialiseerde drughulpverlening en lange wachtlijsten

Vóór de covid-pandemie in 2020 zagen we elk jaar een stijging in het aantal cliënten dat hulp zocht binnen de gespecialiseerde drughulpverlening. De sector kende een lichte dip tijdens de pandemie, maar ondertussen is het duidelijk dat het aantal hulpzoekende cliënten opnieuw toeneemt. De vraag naar professionele hulp betreft niet alleen de zogenoemde 'terugkomers', personen die eerder beroep deden op gespecialiseerde drughulpverlening, maar ook 'instromers'. 30% van het totaal aantal opgestarte begeleidingen in 2022 ging om personen die voor een allereerste keer professionele hulp zochten voor hun middelenproblematiek.

	2022		2021		2020	
Terugkomers	4 362	70,6%	3 950	69,4%	3 383	67,8%
Instromers	1 816	29,4%	1 739	30,6%	1 607	32,2%
Totaal	6 178	100%	5 689	100%	4 990	100%
Onbekend	70		72		82	

Door de grote vraag naar ondersteuning, begeleiding en/of behandeling, kampen de centra met wachtlijsten en is het een uitdaging om de wachttijden zo kort mogelijk te houden of goede alternatieven te voorzien tijdens de wachtp periode. Het wachten kan je voor de zorgvrager zinnvoller

maken, maar ook dat vraagt tijd, middelen en energie. Het lost daarenboven de wachtlijsten niet op. Het lijkt ons in die optiek alsnog beter om te investeren in uitbreidingscapaciteit om wachtlijsten in te korten en voldoende intensief met de cliënt te kunnen werken.

De wachttijden bij de centra van de VVBV variëren. Sommige MSOC's zijn nog in de mogelijkheid om zonder wachtlijsten te werken, weliswaar ten koste van de frequentie waarop ze de vele cliënten zien. In de ambulante centra lopen de wachttijden op tot wel 8 maanden. Ook voor de detox- en oriëntatiecentra (residentieel), zijn er wachttijden van ca. 2-3 maand. Zorgvragers die zich vaak in crisissituaties bevinden, zijn niet gebaat bij de lange wachttijden. De situatie verergert vlug en wordt schrijnender. Snel kunnen inspelen op de problematiek is hierbij noodzakelijk, wat echter telkens een uitdaging blijft.

Dankzij de projectmiddelen uit het relanceplan, konden enkele centra extra middelen inzetten om de wachtlijsten en -tijden te verkorten. Deze middelen kennen echter een eindig karakter, waardoor deze welgekomen extra middelen voor wachtlijstmanagement opnieuw wegvallen. Het is zinvol om opvolging tijdens de wachtperiode te voorzien, maar dit doet niets af aan de dringende nood aan meer behandelcapaciteit.

'Unmet need' in diverse regio's

De Vlaamse Vereniging Behandelcentra Verslaafdenzorg geeft in het uitbreidingsdossier haar visie weer op de uitbreiding van de gespecialiseerde zorg voor mensen met een verslavingsproblematiek in Vlaanderen. Dit zowel voor de ambulante als de residentiële revalidatieovereenkomsten. Het uitbreidingsdossier werd in 2020 ingediend bij op het kabinet van Wouter Beke, toenmalig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Ondertussen zijn een aantal jaren verstreken, zijn enkele zaken uit het uitbreidingsdossier 2020 gerealiseerd en werd in 2023 een geactualiseerde versie van het dossier opgesteld.

Het geactualiseerde dossier biedt een overzicht van de bestaande ambulante antennepunten die op heden nog steeds onderbemand zijn, geeft overzichtelijk weer welke blinde vlekken in Vlaanderen er nog zijn wat betreft ambulante verslavingszorg en benoemt de nood aan bijkomende residentiële behandelcentra voor personen met een afhankelijkheidsproblematiek.

Het voorgestelde groeipad voor de revalidatieovereenkomsten voor mensen met een middelenaafhankelijkheid baseert zich op een reeks zorgstrategische en sociodemografische parameters die werden opgesteld (o.a. werkloosheidsgraad, aantal inwoners, inkomen, bereikbaarheid,...). Het voorstel tracht een goed evenwicht te bewaren tussen het consolideren van een bestaand, maar kwetsbaar aanbod en het voorzien van nieuw aanbod waar de tekorten nog steeds het grootst zijn in Vlaanderen.

Het eerste deel van het uitbreidingsdossier 2023 gaat om bestaande ambulante antennepunten per provincie die niet aan de minimum equipe van 2,94 VTE komen. De VVBV stelt voor om ambulante antennepunten met minder dan 2,94 VTE te beschouwen als onderbemand. We hanteren hiervoor volgende minimale personeelsbezetting als richtinggevend kader:

Aantal VTE	Aantal te presteren uren	Functie
2 VTE	76u	Hulpverlener (IFIC 14/16)
0,2 VTE	7,6u	Dienstverantwoordelijke (IFIC 17/18)
0,5 VTE	19u	Administratief (IFIC ..)
0,24 VTE	9u	Arts
2,94 VTE	111,6u	

Wat betreft onderbemande antennepunten heeft elke provincie nog heel wat tekorten op te vullen. In de provincie Antwerpen is het noodzakelijk dat de ambulante drughulp in de Kempen in zijn totaliteit versterkt wordt met 3.11 voltijds equivalenten om de daar bestaande antennes de minimale invulling te geven. In Limburg zou er in totaal 6.4 voltijds equivalenten moeten bijkomen om alle regionale antennes voldoende te versterken. In Oost-Vlaanderen zitten we over alle bestaande antennes heen met een tekort van 7.7 voltijds equivalenten en in West-Vlaanderen is het bestaande tekort 4.57 voltijds equivalenten. Over alle provincies heen, komen we op een totaal tekort aan inzet ambulante drughulpverlening van 25.03 voltijds equivalenten.

Naast onderbemande antennepunten, zijn er ook regio's in Vlaanderen waar geen nabije ambulante drughulpverlening aanwezig is. De zogenoemde 'blinde vlekken'. Over alle Vlaamse provincies heen, benoemen we 10 steden in 10 eerstelijnszones waar momenteel geen ambulante drughulpverlening aanwezig is.

In de provincie Antwerpen is de noordkant, met daarbij eerstelijnszones 'Noorderkempen' en 'Voorkempen', onbediend qua ambulante drughulpverlening. Brasschaat en Brecht worden daarbij naar voren geschoven als gemeenten waar op termijn best nieuw aanbod komt. Daarnaast stellen we in deze provincie dat ook de gemeenten Heist op den Berg en Lier, respectievelijk in eerstelijnszones 'Bonstato' en 'Pallietterland' blinde vlekken zijn. Ook in deze eerstelijnszones is momenteel geen ambulante drughulp voorzien.

In Oost-Vlaanderen schuiven we 3 eerstelijnszones naar voren waar er geen of nauwelijks ambulante drughulpverlening aanwezig is: de eerstelijnszone 'Schelde en Leie' met de gemeente Deinze, de eerstelijnszone 'Vlaamse Ardennen', met de gemeente Oudenaarde en de eerstelijnszone 'Panacea' met de gemeente Zottegem.

In Vlaams-Brabant stelt zich in de eerstelijnszone 'Demerland' het belangrijkste tekort aangezien in die zone geen ambulante drughulpverlening aanwezig is. De gemeente Aarschot wordt daarbij naar voren geschoven als kandidaat gemeente om een nieuw ambulant aanbod uit te bouwen.

In West-Vlaanderen stellen we de eerstelijnszone 'RITS' voor, met daarin ofwel Izegem ofwel Tielt als geschikte plaats om op termijn nieuwe ambulante drughulpverlening op te richten.

Naast de realisatie van een evenwichtig gespreid aanbod van ambulante centra voor mensen met een middelenafhankelijkheid is er ook een grote nood aan een bijkomend ontwenning-, oriëntatie- en kortdurend behandelcentrum om het hiaat in de zorgzone Aalst, Dendermonde, Sint-Niklaas en de aanpalende zorgzone SAVHA in te vullen. Een dossier hiervoor werd reeds ingediend bij de bevoegde Minister. Het dossier wordt ondersteund door het netwerk ADS, de 3 burgemeesters van de steden Aalst, Dendermonde en Sint-Niklaas, de procureur van Oost-Vlaanderen, de afdelingsprocureur van Dendermonde, de justitieuze en de eerstelijnszones van de regio. Het betreft hier concreet de realisatie van een behandelcentrum met 8 plaatsen in een oriëntatie- en ontwenningafdeling en 8 plaatsen in een kortdurend behandelprogramma. Voor deze 16 plaatsen (20 op dagbasis) wordt een personeelsomkadering van 24 VTE gevraagd. De geschatte jaarlijkse kost is ongeveer €2.267.000,00. Ook in de regio Zuid-West-Vlaanderen is er vraag naar 4 bijkomende ontwenningbedden (crisiswerking). De geschatte werkings- en personeelskosten voor deze uitbreiding wordt geraamd op €362.854,00.

Daarnaast pleiten we ook voor bijkomende plaatsen waar aan middelen verslaafde moeders samen met hun kind kunnen opgenomen worden. Naast de werking van De Kiem (Oost-Vlaanderen) en ADIC (Antwerpen) lijkt het aangewezen om ook in de provincie Limburg zo'n initiatief te ontwikkelen. Door

toevoeging van 1,5 VTE medewerker aan de bestaande equipe en werkingskosten omwille van aangepaste accommodatie kunnen vier vrouwen, samen met hun jonge kind begeleid worden.

Ervaringswerkers: drempels bij de aanwerving

Zowel de Vlaamse Overheid als de VVBV is voorstander van de inzet van ervaringsdeskundigen in de zorg voor personen die problemen ervaren met middelengebruik. De ondersteuning die door hen geboden wordt in het revalidatieproces is gebaseerd op herkenning, erkenning en begrip van 'binnenuit'. Het sluit aan op de principes van herstelondersteunende zorg. Ervaringsdeskundigen hebben enerzijds het vermogen om eigen ervaringen in te zetten in het ondersteunen van zorggebruikers in hun herstelproces en kunnen anderzijds voldoende afstand bewaren tegenover die ervaringen. Ze zijn in staat hun eigen verhaal in te zetten om het groei- en herstelproces van cliënten te stimuleren en te ondersteunen.

Ervaringswerkers starten bij aanwerving meestal met een aanzienlijke anciënniteitsachterstand omdat aanwervingen gebeuren op basis van een diploma en eerdere professionele ervaring in de sector. Onze doelgroep heeft vaak geen diploma of eerdere relevante professionele ervaring. Een ervaringswerker wordt aangeworven op basis van zijn/haar ervaring met een middelenafhankelijkheid. Iemand met veel (niet-professionele of andere) ervaring, ontvangt hetzelfde loon als een schoolverlater. Ervaringskennis honoreren, kan ervoor zorgen dat ervaringswerkers een volwaardige plaats krijgen binnen de hulpverlenende teams.

Meer specifiek stelt de VVBV voor om ervaringsdeskundigen, zonder reguliere basisopleiding doch wel met een vormingsattest, vlot in te schakelen in het personeelskader onder IFIC barema 14bis. Om ervaringswerkers dan ook enige vorm van anciënniteit te kunnen toewijzen, stellen we voor om de duur van de ervaring te delen door 5 en de uitkomst van deze deling te gebruiken als verworven anciënniteit. Vb.: een ervaringsdeskundige met 20 jaar ervaring binnen de problematiek, kan 4 jaar relevante anciënniteit toegekend krijgen bij aanwerving.

Het belang van nazorg en terugvalbehandeling

Omdat een afhankelijkheidsproblematiek gezien wordt als een chronisch gezondheidsprobleem (cfr. supra), is het van belang om in te zetten op de volledige zorgketen. Dit geldt ook voor terugvalbehandeling en nazorg.

Zeker wanneer iemand langdurig in opname verbleef, is een sterk nazorgtraject belangrijk voor een goede re-integratie en resocialisatie en dient het ook als preventiemechanisme om herval te voorkomen.



Figuur 1. interventiespectrum (naar Mrazek & Hagerty, 1994)

Terugvalpreventie is een therapievorm die wordt gebruikt om een verslaafde in herstel te helpen omgaan met triggers die het probleemgebruik faciliteren. Het is dus niet omdat een persoon geen middelen gebruikt, dat iemand niet verslaafd is en er geen verdere behandeling nodig is, integendeel!

Verloning artsen en psychiaters

Bepaalde functies in de sector van de verslaafdenzorg worden niet marktconform betaald waardoor het moeilijk wordt om bepaalde noodzakelijke beroepsgroepen aan te trekken. In de verslaafdenzorg heeft naar schatting 40-65% van de cliënten zowel een verslaving als één of meerdere andere psychische/psychiatrische stoornissen. De algemene consensus is dat een geïntegreerde behandeling van verslaving en andere psychische stoornissen de voorkeur verdient boven opeenvolgende of parallelle behandelingen.

De wedden van psychiaters zijn binnen de conventies gelijk aan die van omnipractici en kunnen niet concurreren met de loonbarema's binnen de brede GGZ. Loonbarema's voor psychiaters werkzaam binnen de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) zijn een aantal jaar geleden verhoogd met 25%. Hoewel dit voor de CAR's een goede zaak is, verzwakt dit de positie van de revalidatiecentra voor mensen met een afhankelijkheidsprobleem nog verder.

Het groot verschil zorgt voor een hoge loonspanning tussen sectoren die dicht tegen elkaar aanleunen. Dit maakt het enorm moeilijk voor de centra van de VVBV om psychiaters/artsen aan te trekken en te behouden. We pleiten voor een marktconforme verloning voor deze noodzakelijke actoren in de verslaafdenzorg.

Zorg in beweging

De gespecialiseerde zorg voor mensen met een middelenafhankelijkheid heeft in de marge van de revalidatieconventies doorheen de jaren een grote diversiteit in aanbod opgebouwd. In Vlaanderen zorgt dit voor ruime keuzemogelijkheden voor cliënten en hun verwijzers om op zoek te gaan naar een aanbod dat aansluit bij hun noden en verwachtingen. De vraag en het aanbod van de zorg is steeds in beweging. In een snel veranderende maatschappij, moet ook het aanbod voldoende kunnen meevolueren. Zo wordt er de laatste jaren meer ingezet op intersectorale samenwerking, wat ook z'n impact heeft op het aanbod en de zorg.

Daarnaast merken we dat het probleem van druggebruik in de openbare ruimte met de daarmee gepaarde overlast in een aantal grote steden in Vlaanderen een gegeven is. Een gebruikersruimte kan hiervoor een oplossing zijn. Een gebruikersruimte kan fungeren als ingangspoort voor die chronische gebruikers die moeilijk hun weg vinden naar de hulpverlening. Contact houden met deze preciaire doelgroep is van belang om ernstige gezondheidsproblemen te voorkomen.

Zorggebruikers geven dikwijls zelf aan baat te hebben bij drugstesting. Drugstesting is een schadebeperkende maatregel om na te gaan wat en hoeveel van welk product in de middelen zit. Op die manier komen ook geen (extra) schadelijke stoffen, waarmee middelen soms versneden worden, in het lichaam van de gebruiker. Het is dus ten voordele van de algehele gezondheid van de zorgvrager.

Het regelgevend kader moet meer kunnen inspelen op reële noden binnen de doelgroep. Flexibel kunnen omgaan met de middelen die we ontvangen, om het aanbod vraaggestuurd vorm te geven is van groot belang.

3. Financiële druk: structurele onder-financiering, link met SVPP-middelen en kwaliteitsvereisten

De sector kampt om diverse redenen met financiële druk. In 2020 werd als besparingsmaatregel 1,3% gesnoeid op de totaliteit van middelen in de sector. Naast deze grote impact op de sector, zijn de prijsberekeningen de laatste 30 jaar niet mee geëvolueerd met de kosten van hedendaagse ICT, instandhouding van de infrastructuur en bijkomende verplichtingen als werkgever (vb.: vormingen voorzien, thuiswerkvergoeding,...). De revalidatieconventies moeten nog steeds op constante basis een bezetting van 94% halen om net kostendekkend te werken. Dit laat het helaas niet toe om reserves op te bouwen en in te zetten in tijden van financiële nood. De recente prijsstijgingen van diverse producten zoals energie en voeding, de verwachtingen naar registratie in het kader van kwaliteit, ..., dragen hier ook niet aan bij.

Naast bovenstaande redenen die de financiën in de sector in de klem houden, zijn er ook een aantal structurele mechanismen die zorgen voor een onder-financiering en ook het binnenkort wegvallen van de SVPP-middelen, zorgt voor extra financiële onrust. Mogelijks valt er hierdoor een groot deel van het specifieke aanbod voor mensen met een middelenafhankelijkheid weg.

3.1 Onder-financiering: personeels- en projectfinanciering

Omstreeks 30% van de totale financiering van de sector komt niet via de conventie. Deze niet-reguliere financieringsmodaliteiten zijn ontoereikend waardoor betrokken voorziening(en) telkens zelf heel wat eigen middelen moet opleggen. Alles wat buiten de conventies valt, blijft erg versnipperd en onzeker. Zo zijn er heel wat projecten waarbij enkel personeelsfinanciering, zonder anciënniteit, indexatie en werkingskosten wordt voorzien. Via andere kanalen tracht de voorziening het hoofd boven water te houden om deze projecten financieel meester te kunnen.

Ook bij de middelen die ons bereiken via de Sociale Maribel en de Gerechtelijke alternatieve maatregelen, waarmee heel wat personeelsleden betaald worden, is er een structureel tekort. Het blijft voor de betrokken voorzieningen zoeken naar middelen om de discrepantie in de ontvangen middelen en de reële loonkost te bewerkstelligen. De discrepantie tussen de reële loonkost en de ontvangen middelen van vb. de Sociale Maribel bedroeg in 2021 gemiddeld €50.000 per betrokken voorziening.

We pleiten ervoor om goedwerkende projecten structureel te verankeren en te veralgemenen. De afgelopen jaren werden bijvoorbeeld de projecten “Kompas aan Huis” en het cocaïneproject van De Kiem definitief aan de conventie toegevoegd. Zo zijn er echter nog heel wat projecten, onder andere ook voor druggebruikende ouders, die in een onzekere positie blijven zitten. Eén van die projecten voor druggebruikende ouders is PONDO, een ondersteunend preventief netwerk dat samen met druggebruikende ouders op zoek gaat naar verantwoord ouderschap. De veiligheid van het (on)geboren kind staat hierbij centraal. Het doel van de werking is om het ouderschap te versterken, om zo het risicoprofiel bij deze kinderen te verkleinen. Families die ondersteunt worden door het PONDO-team, hebben vaak een groot netwerk van professionele zorgverlening, wat veel tijd en inzet van de projectmedewerkers vraagt. Het project heeft een grote meerwaarde, maar de PONDO financiering is tijdelijk en zal niet verder verlengd worden.

Het is hoog tijd om dit goed werkend project en de bijhorende financiering structureel te verankeren en open te trekken naar alle centra. 40% van alle cliënten in de centra van de VVBV heeft één of meerder kinderen. Het PONDO-project moet kunnen blijven bestaan en worden veralgemeend naar alle Vlaamse provincies.

3.2 Hervorming subsidiestromen vanuit Binnenlandse Zaken (SVPP-middelen).

Meerdere gemeentebesturen besteden middelen uit het Strategisch Veiligheids- en Preventie Plan in de organisatie van drughulpverlening. Sinds een aantal jaar worden vanuit Binnenlandse Zaken beperkingen voorgesteld in de besteding van de SVPP-middelen. Deze zullen hoogstwaarschijnlijk in de toekomst niet meer ingezet kunnen worden voor hulpverlening, enkel voor andere doeleinden die passen binnen het Strategisch Veiligheids- en Preventie Plan. De huidige inzet van deze middelen wordt gecontinueerd tot eind 2024, nadien worden deze stopgezet.

De wijziging van de bestemming van de SVPP-middelen zal een grote impact hebben op de capaciteit van de verslaafdenzorg in Vlaanderen. Binnen de MSOC bijvoorbeeld, kan dit ertoe leiden dat er 5 tot 7 VTE minder ingezet kan worden binnen de werking. In andere voorzieningsvormen loopt het zelfs op tot 12-15 VTE. Dit is geen evidente situatie voor de voorzieningen, waar de positie van heel wat medewerkers in het gedrang komt. In totaal dreigt de ambulante verslavingszorg ca. 20 VTE aan capaciteit te verliezen.

De sector vraagt om hiervoor dringend een oplossing te voorzien en stelt voor dat de Vlaamse Overheid instaat voor de betaling van het stukje van de SVPP-middelen aan de MSOC. Ook het ambulante centrum in Aalst (Traject) wordt op heden via de SVPP-middelen gefinancierd. Traject zou baat hebben bij een conventie met de Vlaamse Overheid, zodat er in een grote stad als Aalst een aanbod voor mensen met een middelenafhankelijkheid blijft bestaan. We verwachten dat de Vlaamse Overheid het aanbod dat dreigt weg te vallen, door het verlies van de SVPP-middelen, continueert.

3.3 Kwaliteitsmonitoring

Door de overheveling van bevoegdheden van het Federale naar het Vlaamse niveau, zijn er heel wat bijkomende taken ontstaan voor de betrokken voorzieningen. Zo dienen er geleidelijk aan veel meer staf- en beleidstaken vervuld te worden, veelal in het teken van kwaliteit en kwaliteitsmonitoring (vb.: Zorginspectie, stuurgroepen BELRAI, kwaliteitsbeleid, Kind Reflex, suïcidepreventiebeleid, GDPR, ICT,...).

De realiteit op de werkvloer is dat hiervoor noodgedwongen steeds vaker hulpverlenend personeel moet ingezet worden om deze deelaspecten van de werking mee te ondersteunen. De VVBV is vragende partij voor structurele financiering om voor al deze faciliterende functies klinisch personeel te kunnen ontlasten. De inhaalbeweging die onze sector moet maken is enorm en de inzet van hulpverlenend personeel ten behoeve van de bijkomende taken gaat ten koste van beschikbare tijd voor de kerntaken.

Bovenop voormeld aspect, blijft ook de hoge bezettingsgraad in de sector een extra factor die de werkdruk voor het hulpverlenend personeel enorm hoog houdt. De hoge bezettingsgraad zorgt voor een grote prestatiedruk die onevenredig is met de verwachtingen binnen de ambulante en residentiële GGZ, waar de norm op 80% ligt voor wat de residentiële GGZ betreft. De invloed van de prestatiedruk, zorgt overigens ook voor weerstand op het werkveld om telkenmale extra taken op te nemen in het kader van kwaliteitsbeleid, zonder dat hier werkdrukverlaging en/of meer middelen bij komen kijken.

4. Justitiabelen

Ook voor de uitbouw van drughulpverlening aan justitiabelen kan de VVBV een grote rol spelen. Onze jarenlange opgebouwde expertise rond verslaafdenzorg maakt dat we hiervoor de geschikte partner zijn.

50 tot 60% van alle gedetineerden heeft ooit drugs gebruikt. 10% van alle gedetineerden leert drugs gebruiken in de gevangenis. Er wordt momenteel werk gemaakt van een masterplan forensische zorg. Het is evident dat hierin ook een groot luik forensische verslaafdenzorg zal moeten geschreven worden. De VVBV is zeer sterk gemotiveerd om hieraan mee te werken.

Ongeveer 50% van alle cliënten in de centra verslaafdenzorg hebben een juridisch dossier. Samenwerking tussen de verslaafdenzorg en justitie is met andere woorden een evidentie. We merken nochtans dat de versnipperde bevoegdheden en gebrekkige financiering een rol spelen bij het tekort aan drughulpverlening voor gedetineerden of voor niet-gedetineerde justitiabelen. Hoewel er op heden een lopende hervorming van het aanbod geestelijke gezondheidszorg binnen de gevangensystemen gaande is, blijft het belangrijk om structureel en op lange termijn een aanbod voor mensen met een middelenafhankelijkheid te voorzien, zowel voor gedetineerden die binnen de gevangensystemen verblijven als voor cliënten die door justitie worden opgevolgd in de maatschappij via een maatregel vrijheid onder voorwaarden, een elektronisch toezicht, een probatiemaatregel, enz.

Ook hier zien we een rol voor de VVBV als geschikte partner en vragen we om bij de verdere uitwerking mee aan tafel te zitten.