



FEDERAAL AGENTSCHAP VOOR
DE OPVANG VAN ASIELZOEKERS

Drughulpverlening voor verzoekers om internationale bescherming (DRUGINT)

Conclusies & aanbevelingen



Charlotte De Kock

Tom Decorte

Ilse Derluyn

Referentie: De Kock, C., Decorte, T., Derluyn, I. (2023). *Drughulpverlening voor verzoekers om internationale bescherming (DrugInt). Conclusies & aanbevelingen*. Brussel: Fedasil.

Dit rapport is het resultaat van het DrugInt project, gesteund door Fedasil.

Projectoproep 2022 - SUB2023-95

De auteurs bedanken de interviewsrespondenten en de deelnemers aan de online bevraging uitdrukkelijk voor hun input. Ook de leden van de klankbordgroep wensen we uitdrukkelijk te bedanken voor hun kritische reflecties (Lien Bruggeman, Dirk Jacobs, Abdel-Ilah El Abbassi, Jeroen Daelman, Eric Husson, Joris Van Acker, Joel Zina Mbiton, Nicolas Van Puymbroeck). Tot slot bedanken we Elise Naméche en Eric Husson die ondersteuning boden voor vertalingen naar het Frans.

De afbeelding op de voorkaft is een woordenwolk op basis van de antwoorden op de vraag “*Welke drempels in het doorverwijzen naar de drughulpverlening heeft u zelf ervaren?*” in de online bevraging voor professionelen in de opvangcentra (zie 3.5.3 van dit rapport voor de volledige analyse).

DRUGINT CONCLUSIES

Deze studie had vier doelstellingen:

1. De huidige situatie wat betreft middelengebruik bij VIB in kaart brengen.
2. De ervaren obstakels in de toegang tot de drughulpverlening in kaart brengen.
3. Het formuleren van doelgerichte aanbevelingen op het niveau van de organisatie (opvangnetwerk én drughulpverlening) en het beleid.
4. De opmaak van een kennisklip en een infographic voor de opvangcentra.

In wat volgt gaan we dieper in op de antwoorden op de onderzoeksvragen, namelijk

1. Wat is de aard van het geobserveerd middelengebruik (zowel legale als illegale middelen en medicatie) bij VIB?
2. Welke interventies bestaan er in de Fedasil opvangcentra?
3. Naar welk type drughulpverlening worden VIB doorverwezen en wat zijn de ervaringen in het opvangnetwerk met betrekking tot doorverwijzing en behandeling in de drughulpverlening?
4. Welke opleidings- en interventienoden ervaren professionelen in de opvangcentra ten aanzien van middelengebruik bij VIB?

Om deze vragen te beantwoorden werd een online bevraging verspreid bij Fedasil-medewerkers en andere actoren in het opvangnetwerk. Deze bevraging werd volledig ingevuld door 273 respondenten (81% Fedasil). Er werden 49 kwalitatieve interviews afgenomen met voornamelijk Fedasil-medewerkers (n=25), professionelen in de drughulpverlening (n=16) en in de IBZ Gesloten Opvangcentra voor Illegalen (n=6) en andere partners in de opvangsector (n=2).

Tabak, alcohol, cannabis én een groeiende bezorgdheid rond medicatiegebruik

Het is erg moeilijk om de prevalentie van middelengebruik bij VIB en mensen op de vlucht vast te stellen. De weinige grootschalige Europese studies die voorhanden zijn (Elkholy et al., 2023; EMCDDA & De Kock, 2022; Harris et al., 2019; Kiesepä et al., 2020; van Dorp et al., 2021) wijzen erop dat de prevalentie van middelengebruik in deze doelgroepen op populatieniveau lager ligt kort na aankomst in de ontvangende landen en na een langer verblijf convergeert met het gebruik in het ontvangend land.

De **drie gebruikte middelen die meest geobserveerd** worden door de respondenten in deze studie zijn – net zoals in andere Europese landen (EMCDDA & EUAA, 2023) – dezelfde als in de algemene bevolking: tabak, alcohol en cannabis. Net als in andere Europese landen wordt door de respondenten in deze studie ook het niet-medisch gebruik van psychotrope medicatie geobserveerd waaronder benzodiazepines (vb. Rivotril©), pregabaline (Lyrica©) en opioïden (Tramadol©). Het gebruik van deze medicatie lijkt z'n oorsprong te vinden in de gebruikerscultuur in het land van herkomst. Ook wordt deze medicatie in Europa initieel wel medisch verantwoord voorgeschreven vanwege bijvoorbeeld lichamelijke of psychologische letsels (trauma) maar volgde daar overconsumptie op. In dit onderzoek werd net zoals in voorgaand onderzoek (Dufau, 2020; Moens & Husson, 2023; Servais et al., 2023; Transit, 2022) vastgesteld dat deze middelen vrij eenvoudig te verkrijgen zijn aan de hand van medisch nomadisme en op de zwarte markt en dat ze gebruikt worden in het kader van zelfmedicatie.

Het middelengebruik wordt weliswaar beïnvloed door **factoren voor en gedurende migratie**: gebruikte men al middelen in het thuisland? Werd er medicatie voorgeschreven na aankomst in de

Europese Unie? Deze studie identificeert veel post-migratiefactoren die middelengebruik beïnvloeden. Zo noteerden we heel wat verhalen waarbij een positieve beslissing wat betreft de aanvraag om internationale bescherming tot minder gebruik heeft geleid of waar een negatieve beslissing het gebruik negatief beïnvloedt.

Verder worden door de respondenten in deze studie verschillende **kwetsbaarheden** voor middelengebruik geïdentificeerd zoals psychiatrische problemen hebben, alleenstaande man zijn, isolatie, een moeilijk migratieparcours, verveling en de lange asielpprocedure. Op het mesoniveau beïnvloeden ook exclusiecriteria (taal) en wachtlijsten in de drughulpverlening het verloop van het gebruik.

Een specifieke doelgroep springt in het oog wat betreft middelengebruik: **minderjarigen** die geen aanvraag voor internationale bescherming indienen, in transit zijn of in België zijn in het kader van circulaire migratie. Het gaat over jongeren die een nomadisch bestaan in Europa leiden en die moeilijk grijpbaar zijn voor begeleiding. Bovendien hebben ze vaak zeer beperkte toegang tot diensten. Deze doelgroep wordt ook door de diensten in de drughulpverlening – vooral in Brussel - opgemerkt en behoeft een specifieke aanpak (Moens & Husson, 2023). CAW Brabantia en Caritas International (2021) signaleren dat *“de kwetsbaarheid, de minderjarigheid en het uitzichtloze statuut het risico om op straat terecht te komen en de gevolgen op vlak van uitbuiting, alcohol- en drugsmisbruik, vluchtgedrag en mentale aandoeningen, vergroten”*.

Wat betreft aan **middelen gerelateerde problemen in de centra identificeren** respondenten vooral dat alcohol-gerelateerde incidenten een probleem vormen. Tijdens de interviews kwamen ook incidenten gerelateerd aan andere middelen aan bod. Deze incidenten vormen vooral een probleem als ze de veiligheid van andere bewoners of personeelsleden in het gedrang brengen. Het is dan ook van belang om in het kader van het welzijn van zowel de bewoners, het personeel, als de persoon in kwestie, wel overwogen met deze incidenten om te gaan. Bij een gebrek aan interventiemogelijkheden leiden deze incidenten te vaak tot een disciplinaire transfer naar een ander centrum waar de persoon het netwerk van hulpverlening en andere sociale contacten verliest en nazorg niet steeds verzekerd is. Zo is er in veel interviews sprake van het feit dat personen die problematisch middelen gebruiken vaak een lang parcours hebben van verschillende disciplinaire transfers zonder dat zij echt opgevolgd worden.

Nood aan interventies die niet alleen veiligheid maar ook begeleiding voorstellen

Wat betreft de beschikbare interventies werd eerst gefocust op **hoe middelengebruik geïdentificeerd** wordt in de centra. In de eerste- en tweede-fase-centra is het in theorie zo dat de medische intake toelaat dat de medische dienst op de hoogte is van middelengebruik. Deze informatie wordt echter zelden geïdentificeerd door de VIB vanwege tijdsgebrek of gebrek aan vertrouwen tijdens de medische intake. Na aankomst in een tweede-fase-centrum kan de VIB de medische dienst op de hoogte brengen van medicatie- of ander middelengebruik of vragen naar voorschriften bij de centrumarts. Dit is echter informatie die niet standaard doorstroomt naar de andere teams die instaan voor de dagelijkse begeleiding en procedurele opvolging van de bewoners.

Ook kan het zijn dat onthaalmedewerkers signalen van gebruik oppikken omdat zij ook na de kantooruren en 's nachts aanwezig zijn. Hoewel de meeste centra beschikken over observatieprocedures stroomt ook deze informatie niet standaard door naar de juiste diensten. Er worden bovendien problemen ervaren wat betreft de interpretatie van het medisch en al dan niet gedeeld beroepsgeheim enerzijds en de taakverdeling per functiecategorie anderzijds. Wat betreft de

initiële identificatie per medewerker blijkt er ook vaak sprake te zijn van een gebrek aan noodzakelijke informatiedeling tussen vooral de tweede en de derde fase en tussen de tweede fase en de drughulpverlening.

Gezien de **medische dienst** standaard instaat voor aan middelen gerelateerde problemen en bij gebrek aan een psycholoog in veel medische diensten wordt middelengebruik veelal vooral medisch en minder psycho-sociaal benaderd. Het gebrek aan structureel contact of afspraken rond gedeeld medisch beroepsgeheim versterken dit, doordat de communicatielijn tussen sociaal begeleiders en de medische dienst onduidelijk is. Nochtans blijkt uit de interviews dat er een groot potentieel ligt bij de sociaal begeleiders / assistenten. In heel wat (kleine en middelgrote) centra voeren sociaal begeleiders / assistenten gesprekken met bewoners waardoor zij bij uitstek aan vroeginterventie kunnen doen. Hoewel dit weliswaar centrum-afhankelijk is en vooral in de grote centra moeilijker ligt, kan nagedacht worden over hoe sociaal begeleiders / assistenten **motiverende gespreksvoering** en vroeginterventie (vb. Assist) maximaal kunnen aanwenden.

Een minderheid van de (vooral Vlaamse) centra beschikken over een **drugbeleid** als gevolg van het project dat VAD hieromtrent uitvoerde in 2017-2018 en het bijhorend [VAD-instrumentarium](#). We merken op dat zo'n beleid snel verwatert als het niet structureel wordt opgevolgd en verankerd. De recente aanduiding van SPOC Alcohol en Drugs brengt hier mogelijks verandering in. Fedasil beschikt wel over enkele duidelijke richtlijnen rond het feit dat er niet gebruikt mag worden in de centra, hoe doorverwijzing naar methadonverstrekking best verloopt en wat betreft het voorschrijven van medicatie. Gezien respondenten vragen om meer richtlijnen en begeleiding dient nagedacht te worden over een structureel en geïntegreerd drug(hulpverlenings)beleid op het niveau van Fedasil en aanpasbaar op centrumniveau.

Het betrekken van **politie** bij sterke vermoedens van dealen en bij incidenten, alsook **kamercontroles** en het **transfereren** naar andere centra na incidenten zijn interventies die door zowat alle centra worden toegepast. Hoewel deze interventies te beargumenteren zijn vanuit een veiligheids- en beheersperspectief is het van belang om parallel hieraan ook in te zetten op een coherent begeleidingsperspectief in bijvoorbeeld een Fedasil-drug(hulpverlenings)beleid. Het feit dat personeelsleden zich vaak hulpeloos voelen in het geval van een druggerelateerd incident kan er immers toe leiden dat bewoners in een spiraal van transfers terecht komen zonder gepaste begeleiding. Ook het feit dat bewoners soms naar de straat verwezen worden wanneer ze onhandelbaar zijn en / of een gevaar vormen voor bewoners of personeel dient onder de loep genomen te worden vanuit een begeleidings- en rechtenperspectief.

Taal als exclusie criterium en wachtlijsten blokkeren doorverwijzing naar de juiste zorg

Uit dit onderzoek blijkt dat de opties voor zowel residentiële als ambulante drughulpverlening voor VIB bijzonder beperkt zijn. Als VIB met een middelenproblematiek residentieel worden opgenomen, gaat het veelal over **psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ)**. Dit is in overeenstemming met het cijfermatig beeld van nationaliteiten in de drughulpverlening: niet-Belgen waren immers ondervertegenwoordigd in alle door het RIZIV erkende diensten in de drughulpverlening in de periode 2013-2015, behalve in PAAZ (De Kock, Blomme, et al., 2020). Respondenten klagen echter aan dat deze opnames meestal zeer kort zijn en aflopen wanneer er geen acuut levensgevaar meer is. VIB komen zelden in aanmerking voor een langdurig programma, veelal vanwege taalproblemen. De taal niet of onvoldoende beheersen is immers vaak een exclusie criterium. Er werden wel enkele opnames voor alcoholafhankelijkheid gerapporteerd in Wallonië.

Opname in **psychiatrische ziekenhuizen** (met specifieke drughulpverleningsafdelingen) werd zelden gemeld tijdens de interviews. Ook in deze setting worden VIB vaak geweerd vanwege de taal. VIB worden daarentegen wel vaak opgevolgd in **MSOC en andere ambulante diensten** die methadonverstrekking ondersteunen. Vooral in Brussel en Wallonië bestaan er uiteenlopende centra die deze diensten verstrekken.

In zeldzame gevallen was er sprake van opvolging door een **CGG**. De CGG die vermeld werden blijken met lange wachtlijsten te kampen waardoor VIB er zelden terecht kunnen. Tot slot blijken ook de art. 107 **mobiele en crisisteams** zelden een optie voor Fedasil-centra die kampen met een aan middelen gerelateerde crisis omdat de focus van deze teams veelal op psychiatrische problematieken en niet op middelenafhankelijkheid ligt. ELEA was een uniek mobiel team dat hieraan tegemoetkwam maar bestaat niet meer omdat de AMIF-financiering werd stopgezet. Ook in Brussel bestaan er enkele voorbeelden van mobiele teams die voor heel het Belgisch grondgebied nuttig kunnen zijn.

Wat betreft de drempels in de **doorverwijzing naar de drughulpverlening** op het individueel niveau werden op basis van zowel de online bevraging als de interviews **motivatie, trauma, tijdelijkheid** en een **gebrek aan perspectief** geïdentificeerd. Op het niveau van de drughulpverlening werd vooral gerapporteerd dat de **taalbarrière en wachtlijsten** een drempel zijn. Ook de **afstand** tussen de diensten en de centra in specifieke regio's (uithoeken van Luxemburg, Henegouwen en Namen, maar ook Waals-Brabant en Brussel Hoofdstedelijk gewest) is een drempel. Tot slot is de **onaangepastheid** van de drughulpverlening, in het bijzonder bij het omgaan met trauma en werken met tolken, een drempel. Er dient dan ook nagedacht te worden over specifieke drughulpverlening voor deze doelgroepen.

Nood aan basisopleidingen voor alle personeelscategorieën in de opvangsetting

Zowel uit de online bevraging als uit de interviews blijkt dat veel Fedasil respondenten het een meerwaarde zouden vinden indien er training ter beschikking zou zijn wat betreft de inschatting van drugproblemen, een inleiding tot interventies en diensten en het omgaan met druggerelateerde incidenten. Daarenboven werd het aanbieden van een opleiding geïdentificeerd als prioritaire aanbeveling wanneer respondenten tijdens de interviews werd gevraagd naar drie aanbevelingen om drughulpverlening voor VIB te verbeteren.

Interventienoden werden alleen bevraged in de online bevraging. Respondenten vinden een meer **toegankelijke drughulpverlening** prioritair. Daarnaast werd ook aangegeven dat men nood heeft aan **psychologische interventies, informatie over de behandeling van dubbeldiagnose en bewustwording** bij de bewoners over middelengebruik. Hoewel deze vraag dus niet werd gesteld tijdens de interviews werd wel de nood voor meer **preventieactiviteiten** besproken tijdens de interviews. Er bleek echter weinig bewustzijn met betrekking tot het cruciaal onderscheid tussen preventie gericht op vooral jongeren die nog niet in contact zijn geweest met middelen en preventie / vroeginterventie / schadebeperking bij zij die wel al in contact zijn met middelen. Gezien het belang van dit onderscheid wordt dit idealiter ook meegenomen in toekomstige vormingen en preventieactiviteiten. Immers, de focus op kennis alleen (bv. type middelen en de risico's) is niet effectief om middelengebruik te voorkomen of te verminderen. Er dient meer ingezet te worden op gedrag, persoonlijke en sociale vaardigheden in preventieactiviteiten maar ook op de omstandigheden waarin VIB leven als gevolg van het opvangbeleid.

DRUGINT AANBEVELINGEN

In wat volgt formuleren we 10 aanbevelingen op het niveau van Fedasil, de Fedasil-opvangcentra, de drughulpverlening en op het niveau van het breder opvangbeleid. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten uit de interviews, de online bevraging en de recente literatuur en in het bijzonder onderstaande rapporten en aanbevelingen.

- “Alcohol- en drugsbeleid in opvangcentra voor asielzoekers” (VAD) (intern rapport) (2018)
- “Exil et Migration” Recommandations (Feda, 2023).
- “XTRA-MENA: Niet-begeleide minderjarigen op doortocht in België en de nood aan pre-opvang” (Caritas International, 2021).
- “Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care” (WHO, 2023).
- “Good Practice in Reaching and Treating Refugees in Addiction Care in Germany – A Delphi Study” (Stynlianopoulos et al., 2023).
- “Drug use and access to drug dependency services for vulnerable migrants who use drugs in the European Union” (van Selm et al., 2023).
- “Kwetsbare personen met specifieke opvangnoden. Definitie, identificatie, zorg” (Fedasil, 2018).
- “ETHEALTH: Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden” (Counne et al., 2020).
- “Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drug related challenges and support needs” (EUAA & EMCDDA, 2023).

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN FEDASIL

1. Inzetten op coherent drug(hulpverlenings)beleid

- 1.1 Het uitwerken van een **coherent drug(hulpverlenings)beleid** dat inzet op een begeleidings- en welzijnsperspectief bovenop het veiligheids- en beheer perspectief door de bestaande richtlijnen samen te brengen en aan te vullen (integratie onduidelijkheden gedeeld beroepsgeheim, ‘wat als’ – scenario’s, sociale kaart e.d.) en het doorlichten van het huishoudelijk reglement met oog voor nieuwe en tijdelijke centra. Het zou de begeleiding ten goede komen om het de facto gedoogbeleid ten aanzien van o.m. alcohol te verankeren in de huishoudelijke reglementen en de regels aan te passen.
- 1.2 De richtlijnen rond **gedeeld beroepsgeheim** verfijnen en verspreiden aan alle medewerkers met oog voor communicatie naar VIB en een betere samenwerking in en tussen centra rond specifieke casussen en interdisciplinaire opvolging met externen. In deze context kan het ook nuttig zijn om de verkokering van de diverse personeelscategorieën te analyseren en herstructureren waar nodig (vb. medische en sociale diensten).
- 1.3 **Gemeenschappelijke instrumenten voor de opvang- en drughulpverleningssector** ontwikkelen voor informatie, coördinatie, samenwerking en doorverwijzing van verzoeken om bijstand tussen opvangpersoneel en gespecialiseerde diensten.
- 1.4 Het **reguleren van voorschrijfgedrag** bespreken met aan Fedasil verbonden artsen aan de hand van verfijning van de afspraken, gezamenlijke vorming, overleg tussen artsen en meer multidisciplinair overleg / miniteams waarbij artsen aanwezig zijn en consultatie van aan de BIZA centra verbonden artsen.

2. Inzetten op druggerelateerde expertise

- 2.1 Inzetten op een **gespecialiseerd personeelsbestand** met meer kennis van drughulpverlening en in het bijzonder psychologen (met het oog op zoveel mogelijk centra met een vaste psycholoog in dienst) aan de hand van aantrekkelijke rekruteringscampagnes.
- 2.2 Voorzien van een **jaarlijkse Basistraining Drugs** voor nieuwe medewerkers in alle functiecategorieën, de SPOC Alcohol en Drugs en de medische diensten met het oog op het doorgeven van deze kennis in de centra.
- 2.3 **Intervisie en supervisie** organiseren tussen opvangcentra van verschillende fasen in het opvangnetwerk om goede praktijken te delen.
- 2.4 De bestaande vorming rond **omgaan met incidenten** meer afstemmen op middelen gerelateerde incidenten.

3. Inzetten op een gespecialiseerd aanbod

- 3.1 Maximaal inzetten op **individuele opvangplaatsen** voor kwetsbare profielen die buiten de wettelijk bepaalde kwetsbaarheids categorieën vallen, waaronder druggebruikers (die vaak ook met andere mentale problemen kampen).
- 3.2 De **collectieve centra waar mogelijk specialiseren** per doelgroep zodat bijvoorbeeld kinderen niet in aanraking komen met middelen die door volwassenen geconsumeerd worden.
- 3.3 De **doorverwijzing naar de tweede fase** blijvend en consequent op basis van kwetsbaarheid, aangepastheid van het centrum en beschikbaarheid van diensten laten plaatsvinden vanuit een begeleidings- en welzijnsperspectief.
- 3.4 Inzetten op een **gespecialiseerd aanbod** met oog voor zowel crisisopvang (na kritische incidenten) als nazorg na trajecten in de drughulpverlening. CARDA, Parsame en ELEA bieden mogelijks inspiratie.
- 3.5 Bijkomende specifieke en aangepaste strategieën ontwikkelen voor de opvang van minderjarigen en straatkinderen **met verslavingsproblemen. De (pre-)opvang voor niet-begeleide minderjarigen** zoveel mogelijk concentreren in kleine opvangcentra en gescheiden van volwassenen.

4. Inzetten op communicatie met en tussen personeel en met de doelgroep

- 4.1 Inzetten op het voorzien van **alle benodigde informatie voor personen op de vlucht kort na aankomst** om toegang tot de gezondheidszorg te krijgen, onafhankelijk van het verblijfsstatuut.
- 4.2 Het **toegankelijk en openbaar maken van regels en richtlijnen** in het Fedasil-netwerk opdat ze eenvoudig te consulteren zijn voor VIB, medewerkers en het brede publiek waaronder actoren in de (drughulp)verlening.

5. Inzetten op monitoring van druggerelateerde fenomenen en interventies

Coherent **registreren van druggerelateerde profielen en fenomenen** in het opvangnetwerk, hetzij via jaarlijkse momentopnames in de medische diensten, hetzij door consequente registratie in Match-it en doorgedreven geanonimiseerde analyse daarvan om op de hoogte te blijven van trends en erop in te kunnen spelen.

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE FEDASIL OPVANGCENTRA

6. Inzetten op efficiënte interne en externe informatiedeling

- 6.1 De wijze waarop **onthaalmedewerkers observaties** registreren, standaardiseren en deze informatie integreren in de dagelijkse begeleiding.
- 6.2 Gebruik maken van de mogelijkheid om **casussen te bespreken bij de CGG's** (zoals geopperd in de VAD-aanbevelingen, en in de mate dat preventiemedewerkers hier tijd voor kunnen vrijmaken).
- 6.3 Bij doorverwijzing naar **de tweede en derde fase of de drughulpverlening voldoende informatie** voor de zorgverstrekker voorzien, met respect voor het beroepsgeheim en eventueel in overleg met de VIB, ofwel in het sociaal dossier in Match-It, ofwel door gestandaardiseerd persoonlijk contact tussen professionelen.
- 6.4 Een referentiepersoon (SPOC) afvaardigen om deel uit te maken van de **regionale netwerken** van diensten in de drughulpverlening met het oog op synergiën, kennisdeling en doorverwijzing (zie ook aanbeveling 8.3 op het niveau van de drughulpverlening).
- 6.5 Inzetten op **samenwerking tussen de medische diensten en sociaal begeleiders / assistenten** (afhankelijk van de centrumstructuur) voor de opvolging van middelengebruik en doorverwijzing.

7. Interventies bijsturen en ontwikkelen

- 7.1 **Motiverende gespreksvoering en andere vormen van vroeginterventie (vb. Assist) en preventie** gericht op gedrag, persoonlijke en sociale vaardigheden (i.p.v. kennisdeling) voor afgebakende doelgroepen voorzien en opleiding voor medewerkers mogelijk maken. Omkaderd gebruik maken van de vertaalde preventie brochures van de [Druglijn](#).
- 7.2 **Kamercontroles** zoveel mogelijk beperken tot de (preventie- en) veiligheidsmedewerkers om de vertrouwensrelatie met de sociale begeleiders / assistenten niet op het spel te zetten.
- 7.3 **Disciplinaire transfers** alleen inzetten indien er geen andere uitweg is. Interventies ontwikkelen die de noodzaak van transfers reduceert.
- 7.4 Het integreren van de [Guidelines de prise en charge des jeunes isolés usagers de substances psychoactives](#) & aanbevelingen uit [XTRA-MENA: Niet-begeleide minderjarigen op doortocht in België en de nood aan pre-opvang](#) (2021) in opvangcentra voor niet-begeleide minderjarigen.
- 7.5 De **Basistraining Drugs** promoten bij alle functiecategorieën.

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE DRUGHULPVERLENING

8. Aanpassen van het aanbod op de noden van anderstaligen en personen op de vlucht

- 8.1 Inzetten op **opleiding** wat betreft trauma en werken met tolken.
- 8.2 Inzetten op **alternatieve(n voor) groepstherapie** in de residentiële drughulpverlening met oog voor cliënten die de taal niet of beperkt beheersen zodat taal geen exclusie criterium is.
- 8.3 Het betrekken van een referentiepersoon uit nabijgelegen Fedasil-centra in regionale **netwerken** van diensten in de drughulpverlening met het oog op synergiën, kennisdeling en doorverwijzing (zie ook aanbeveling 6.4 op het niveau van de Fedasil opvangcentra).
- 8.4 Het aanbieden van **mobiele dienstverlening** aan Fedasil-opvangcentra voor aan middelen gerelateerde opvolging en crisissen, in het bijzonder in provincies waar weinig hulpverlening ter beschikking is.

- 8.5 Inzetten op een breed personeelsbestand met **anderstalige medewerkers** met aandacht voor de beperkingen van deze personeelsstrategie (sommige cliënten prefereren een hulpverlener met een gelijkaardige achtergrond en / of taal, anderen helemaal niet).
- 8.6 De ontwikkeling van **informatiematerialen** wat betreft schadebeperking en preventie in verschillende talen en / of het gebruik van de materialen van de Druglijn.
- 8.7 Inzetten op **nazorgmogelijkheden** door onder meer standaard een nazorgplan op te stellen dat direct aansluit bij de beëindiging van een zorgprogramma in PZ, PAAZ of andere gespecialiseerde centra.
- 8.8 Het **betrekken van personen op de vlucht bij de ontwikkeling van** interventies die op hen gericht zijn.

AANBEVELINGEN OP HET BELEIDSNIVEAU (FEDERAAL EN REGIONAAL)

9. Inzetten op de basisrechten van personen op de vlucht

- 9.1 Het vrijwaren van de **grondrechten** van alle personen op de vlucht (in casu bed/bad/brood en dringende medische hulp), onafhankelijk van hun statuut is prioritair. Immers, personen wiens grondrechten worden geschaad (vb. gebrek aan huisvesting, ontnemen nationaliteit op basis van strafblad) worden letterlijk uit de maatschappij gesloten waardoor zij meer risico lopen om met criminaliteit in contact te komen.
- 9.2 Migratiebeleid dient de **sociale determinanten** van geestelijke gezondheid te erkennen en aan te pakken omdat ze zowel middelengebruik als integratie beïnvloeden. Dit is van belang in het kader van een herstelgerichte visie op drughulpverlening.
- 9.3 **Tolken en intercultureel bemiddelaars** betaalbaar ter beschikking stellen in de gespecialiseerde drughulpverlening.

10. Inzetten op gelijkwaardige drughulpverlening voor personen met een migratie- en vluchtachtergrond en in het bijzonder het financieren van mobiele ploegen

- 10.1 Het **monitoren van de toegankelijkheid** en kwaliteit van de drughulp- en andere dienstverlening is cruciaal voor beleidsevaluatie en het vrijwaren van de toegankelijkheid van de drughulpverlening voor mensen op de vlucht.
- 10.2 Vereenvoudiging en standaardisering van **procedures en de reikwijdte van dringende medische hulp** (o.m. voorstellen van Médecins du Monde en de Federatie van OCMW's).
- 10.3 Het **reguleren van de exclusiecriteria** (vb. taal) in psychiatrische ziekenhuizen, te beginnen bij een objectieve doorlichting van de gebruikte exclusiecriteria.
- 10.4 **Artsen en apothekers** versterken in het omgaan met mensen op de vlucht door in te zetten op migratie, diversiteit, verslaving en trauma in de artsopleidingen en richtlijnen rond doorverwijzen, voorschrijven en het ter beschikking stellen van medicatie breed te verspreiden.
- 10.5 Structureel inzetten op **mobiele teams die middelengebruik niet als exclusie criterium** hanteren en aangepast zijn aan de situatie van mensen op de vlucht.
VLAANDEREN: Het creëren van **mobiele en crisisteams** met voldoende capaciteit om wachtlijsten te vermijden, die ook gericht zijn op middelen gerelateerde problematieken en die toegankelijk zijn voor personen die de Nederlandse taal niet spreken en bewoners in de Fedasil-centra.
WALLONIE: Inzetten op de aanwezigheid van voldoende drughulpverlening in alle provincies en op mobiele teams.

- Mobiele teams inzetten die regionale verschillen in de afwezigheid van diensten in de drughulpverlening, kunnen opvangen.
- Het bestaande drughulpverleningsaanbod toegankelijk in kaart brengen en ontsluiten voor de Fedasil centra.

BRUSSEL

- De bestaande **mobiele ondersteuningsteams** die gespecialiseerd zijn in de zorg druggebruikers met een vluchtachtergrond blijvend ondersteunen.
- Financiële steun voorzien voor de "**05-functie**" en financiering op de lange termijn voor gespecialiseerde en algemene diensten voor druggebruikers met een vluchtachtergrond.
- Het openen van een **pre-opvang** met een geïntegreerd open inloopcentrum voor niet-begeleide minderjarigen in transit.

Bibliografie

- Ballyn, M., Nechelput, J., & Bruyneel, L. (2021). *Niet-begeleide minderjarigen op doortocht in België en de nood aan pre-opvang*.
- Counne, I., Dauvrin, M., & Verrept, H. (2020). *Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden - Toelichting*. Cel interculturele bemiddeling en beleidsondersteuning.
- De Kock, C. (2021). Equitable substance use treatment for migrants and ethnic minorities: the entwinement of micro and meso barriers and facilitators. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, Advance online publication*.
- De Kock, C. (2022). Equitable Substance Use Treatment for Migrants and Ethnic Minorities in Flanders, Belgium: Service Coordinator and Expert Perspectives. *Substance Abuse: Research and Treatment, 16*, 11782218221097390.
- De Kock, C., Blomme, E., & Antoine, J. (2020). Non-national clients in Belgian substance use treatment. *Drugs & Alcohol Today, 20*(2), 157-171.
- De Kock, C., Toyinbo, L., Laudens, F., Alexandre, S., Hensgens, P., Marscia, C., Leclercq, S., Janssens, S., Jacobs, D., & Decorte, T. (2020). *Migrants et minorités ethniques: Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues / Wegwijzer voor een toegankelijke en interculturele drughulpverlening*. Gompel & Svacina.
- Dufau, M. (2020). *Le mésusage de la Prégabaline chez les toxicomanes*. (Publication Number 149) Université de Bordeaux. Bordeaux.
- Elkholy, H., Tay Wee Teck, J., Arunogiri, S., Asaad, M. R., Baessler, F., Bhad, R., Borghi, E. N., Busse, A., Ekhtiari, H., & Dave, S. (2023). Substance Use Disorders Among Forcibly Displaced People: a Narrative Review. *Current Addiction Reports, 1-12*.
- EMCDDA, & De Kock, C. (2022). *Responding to drug-related problems among migrants, refugees and ethnic minorities in Europe. Background paper commissioned by EMCDDA*.
- EUAA & EMCDDA. (2023). *Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drugrelated challenges and support needs*.
- Fedasil. (2018). *Kwetsbare personen met specifieke opvangnoden. Definitie, identificatie, zorg*.
- Harris, S., Dykxhoorn, J., Hollander, A.-C., Dalman, C., & Kirkbride, J. B. (2019). Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *PLoS medicine, 16*(11).
- Kiesepää, V., Torniaainen-Holm, M., Jokela, M., Suvisaari, J., Gissler, M., Markkula, N., & Lehti, V. (2020). Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 55*, 487-496.
- Moens, K., & Husson, E. (2023). *Guidelines de pris en charge des jeunes isolés usagers de substances psychoactives*. Project Lama asbl.
- Servais, L., Huberland, V., & Richelle, L. (2023). Misuse of Pregabalin: a qualitative study from a patient's perspective. *Bmc Public Health, 23*(1), 1339.
- Stynlianopoulos, P., Hertner, L., Heinz, A., Kluge, U., Schäfer, I., & Penka, S. (2023). Good Practice in Reaching and Treating Refugees in Addiction Care in Germany – A Delphi Study. *ResearchSquare*.
- Suijkerbuijk, H. (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. Wolters Kluwer Belgium SA.
- Transit. (2022). *Prégabaline - Etat des lieux en Région de Bruxelles-Capitale*.
- van Dorp, M., Boon, A., Spijkerman, R., & Los, L. (2021). Substance use prevalence rates among migrant and native adolescents in Europe: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 40*(2), 325-339.
- van Selm, L., White, T. M., Picchio, C. A., Requena-Méndez, A., Busz, M., Bakker, I., Romero, D., Gayo, R. P., Pouille, A., & Vanderplasschen, W. (2023). Drug use and access to drug dependency services for vulnerable migrants who use drugs in the European Union: Consensus statements and recommendations from civil society experts in Europe. *International Journal of Drug Policy, 118*, 104087.
- WHO. (2022). *World report on the health of refugees and migrants*.
- WHO. (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care*