

Referentie: De Kock, C., Decorte, T., Derluyn, I. (2023). *Drughulpverlening voor verzoekers om internationale bescherming (DrugInt)*. 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 Namèche 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).

INHOUDSTAFEL

Samenvatting.....	6
Summary	8
Résumé.....	10
1. Inleiding.....	12
1.1 De prevalentie van middelengebruik bij vluchtelingen in Europa.....	12
1.2 Risicofactoren voor middelengebruik en kwetsbaarheid bij vluchtelingen	14
1.3 Druggerelateerde interventies voor vluchtelingen in Europa	15
1.4 Fedasil en middelengebruik anno 2023	16
1.4.1 Kwetsbaarheid en de opvangwet.....	16
1.4.2 Fedasil drugbeleid en interventies	17
1.5 Doelstellingen van DrugInt.....	18
2. Methode.....	19
2.1 Online bevraging	19
2.1.1 Inhoud en doelstellingen van de online bevraging	19
2.1.2 Verspreiding van de online bevraging.....	20
2.1.3 Analyse van de bevraging.....	20
2.2 Interviews met professionelen in de OI en de drughulpverlening.....	20
2.2.1 Werving van de respondenten in de OI.....	20
2.2.2 Werving van respondenten in de drughulpverlening	21
2.2.3 Dataverzameling.....	21
2.2.4 Dataverwerking	21
2.2.5 Data analyse	21
3. Resultaten.....	23
3.1 Kenmerken van de steekproeven.....	23
3.1.1 Online bevraging	23
3.1.2 Interviews.....	26
3.2 Mening en kennis over middelengebruik en gerelateerde interventies.....	27
3.3 Druggerelateerde fenomenen in de centra	31
3.3.1 De aard van het middelengebruik.....	31
3.3.2 Kwetsbaarheid: persoonskenmerken en doelgroepen	34
3.3.3 Vooral alcohol gerelateerde agressie.....	37
3.3.4 Dealen in en rond het centrum	39
3.3.5 De beschikbaarheid beïnvloedt het gebruik	40
3.4 Druggerelateerde interventies in de centra.....	40

3.4.1	Identificatie en assessment van middelengebruik	40
3.4.2	De medische dienst	44
3.4.3	Begeleiding en gesprek in het opvangcentrum	45
3.4.4	Drug(hulpverlenings)beleid in het opvangcentrum	46
3.4.5	Politie, kamercontrole en transfers.....	47
3.4.6	Doorverwijzing naar de drughulpverlening.....	51
3.5	Drughulpverlening buiten de opvangcentra	52
3.5.1	Netwerken	52
3.5.2	Residentiële drughulpverlening: weinig succesverhalen	53
3.5.3	Ambulante drughulpverlening	53
3.5.4	Mobiele teams en crisisteams.....	54
3.5.5	Drempels in en naar de drughulpverlening.....	55
3.6	Trainings- en interventienoden.....	62
3.6.1	Opleidingsnoden.....	62
3.6.2	Interventienoden in de centra	64
3.6.3	Uitdagingen bij het implementeren van interventies in de centra	66
3.7	Aanbevelingen van de respondenten	70
3.7.1	Meer opleiding voor (startende) werknemers.....	70
3.7.2	Meer samenwerking in en tussen de centra en met de drughulpverlening	70
3.7.3	Toegang tot de drughulpverlening.....	71
3.7.4	Een duidelijk Fedasil-drug(hulpverlenings)beleid	71
3.7.5	Een gespecialiseerd centrum oprichten	71
3.7.6	Meer informatie verschaffen bij de doorverwijzing uit de Fedasil-centra.....	71
3.7.7	Sensibilisering van collega's wat betreft middelengebruik.....	71
3.7.8	Een gespecialiseerd team ter beschikking stellen.....	71
3.7.9	Politiek inzetten op een beter opvangbeleid en meer opvangplaatsen	72
3.7.10	Meer nazorg na drughulpverlening aanbieden	72
3.7.11	De procedures vereenvoudigen	72
3.7.12	Gespecialiseerde profielen rekruteren bij Fedasil.....	72
3.7.13	Discriminatie in de samenleving aanpakken	72
3.7.14	Aanbieden van meer individuele woongelegenheden.....	72
3.7.15	Informereren over het recht op medische zorg	72
3.7.16	Duur van de procedure inkorten	73
3.7.17	Inzetten op een globaal medisch dossier (GMD)	73
3.7.18	De bredere moeilijkheden de drughulpverlening aanpakken.....	73
4.	Beperkingen van deze studie	74

5.	DrugInt conclusies	76
5.1	Tabak, alcohol, cannabis én een groeiende bezorgdheid rond medicatiegebruik	76
5.2	Nood aan interventies die niet alleen veiligheid maar ook begeleiding vooropstellen.....	77
5.3	Taal als exclusiecriteria en wachtlijsten blokkeren doorverwijzing naar de juiste zorg....	78
5.4	Nood aan basisopleidingen voor alle personeelscategorieën in de opvangsetting	79
6.	DrugInt aanbevelingen	80
6.1	Aanbevelingen op het niveau van Fedasil.....	80
6.2	Aanbevelingen op het niveau van de Fedasil opvangcentra.....	82
6.3	Aanbevelingen op het niveau van de drughulpverlening	82
6.4	Aanbevelingen op het beleidsniveau (federaal en regionaal).....	83
7.	Bibliografie	85
	Bijlage 1: Overzicht respondenten	90
	Bijlage 2: Bevroegde en geïdentificeerde centra en diensten in Vlaanderen en Brussel.....	92
	Bijlage 3: Bevroegde en geïdentificeerde centra en diensten in Wallonië	95
	Bijlage 4: DrugInt Infographic.....	97
	Uitgelicht 1: Pregabaline (Lyrica®)	34
	Uitgelicht 2: Beroepsgeheim versus cruciale kennis voor begeleiding	44
	Uitgelicht 3: Preventie.....	66

TABELLEN

Tabel 1	Samenhangende risico- en beschermende factoren voor middelengebruik bij MEM.....	14
Tabel 2:	Aantal Fedasil opvangplaatsen per provincie.....	23
Tabel 3:	Provincies waar respondenten tewerkgesteld zijn.....	24
Tabel 4:	Regionale spreiding van Fedasil opvangcentra in maart 2023	24
Tabel 5:	Provincies Fedasil respondenten.....	25
Tabel 6:	Functies van de respondenten	25
Tabel 7:	Respondenten per provincie	26
Tabel 8:	Functie van de respondenten.....	27
Tabel 9:	Meningen over middelengebruik en gerelateerde interventies	28
Tabel 10:	Kennis over middelengebruik en gerelateerde interventies.....	30
Tabel 11:	waargenomen middelengebruik	31
Tabel 12:	Waargenomen kwetsbaarheden voor middelengebruik	35
Tabel 13:	Waargenomen druggerelateerde problemen	37
Tabel 14:	Ervaring met druggerelateerde problemen	38
Tabel 15:	Informatie over middelengebruik bij aankomst.....	41
Tabel 16:	Fase van de opvang waarin een assessment van middelengebruik plaatsvindt.....	42
Tabel 17:	Waargenomen drempels bij doorverwijzing naar de drughulpverlening	56
Tabel 18:	Opleidingsnoden.....	62
Tabel 19:	Interventienoden in de opvangcentra.....	64
Tabel 20:	Uitdagingen bij het realiseren van interventies in de opvangcentra	67
Tabel 21:	Aanbevelingen gegeven door 2 of meer respondenten.....	70

AFKORTINGEN

AMIF	Asylum, Migration and Integration Fund
NBM/MENA	Niet-begeleide minderjarige
EUAA	European Union Agency for Asylum
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EPSI	Eenheid voor Psychiatrische Spoedinterventie
LOI	Lokaal Opvang Initiatief
MSOC	Medisch sociaal opvangcentrum
OC	Opvangcentrum
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
PAAZ	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
SPOC	Single Point of Contact
VIB	Verzoeker om internationale bescherming
VAD	Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen

SAMENVATTING

Een recent rapport van het EU-asielagentschap en het Europees Drugsagentschap (EMCDDA & EUAA 2023) signaleert dat druggerelateerde incidenten in het Europees opvangnetwerk een groeiend probleem zijn. Respondenten in deze studie rapporteren bovendien een geobserveerde stijging in het niet-medisch gebruik van medicatie waaronder opioïden (bv. Tramadol©), pregabaline (Lyrica©), buprenorfine (Subutex©) en benzodiazepinen zoals clonazepam (bv. Rivotril©) in de Europese opvangcentra. Tot slot wijst deze studie uit dat professionelen in de Europese opvangsetting een hoge nood ervaren aan meer kennis en vaardigheden over druggerelateerde fenomenen en interventies in de opvangcentra.

In België zijn geen studies beschikbaar die inzicht geven in de prevalentie van het middelengebruik bij personen met een vluchtachtergrond. Onderzoek wijst wel uit dat personen zonder de Belgische nationaliteit ondervertegenwoordigd zijn in de residentiële drughulpverlening (De Kock et al., 2020). Bovendien is de Belgische residentiële drughulpverlening weinig toegankelijk voor personen die geen van de landstalen machtig zijn (De Kock, 2022).

Fedasil steunde in 2023 het DrugInt 1.0 onderzoeksproject om de situatie van middelengebruik en daaraan gerelateerde interventies in de Belgische opvangsetting beter te begrijpen. Dit project werd uitgevoerd in het kader van een samenwerking tussen twee onderzoekscentra aan Universiteit Gent: het Instituut voor Sociaal Drugonderzoek (ISD) en het Centrum voor de Sociale Studie van Vluchten en Migratie (CESSMIR).

Deze studie omvat vier centrale onderzoeksvragen:

1. Wat is de aard van het geobserveerd middelengebruik (zowel legale als illegale middelen en medicatie) bij verzoekers om internationale bescherming?
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 identificeren professionelen in de opvangcentra ten aanzien van middelengebruik bij verzoekers om internationale bescherming?

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 Gesloten Opvangcentra voor Illegalen (n=6) en andere partners in de opvangsector (n=2).

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. Het niet-medisch gebruik van psychotrope medicatie wordt ook in België geobserveerd. Wat betreft aan middelen gerelateerde problemen in de centra identificeren respondenten vooral dat alcohol-gerelateerde incidenten een probleem vormen.

Op het niveau van interventies stelt deze studie vast dat vooral aan veiligheid gerelateerde interventies worden ingezet en dat begeleidingsgerichte interventies uiteraard ook worden gebruikt, maar dat deze minder gestroomlijnd verlopen. Zo bestaat er een groot potentieel in de opvangcentra om in te zetten op *evidence-based* motiverende gespreksvoering (vroeginterventie) en preventie.

Verder bevestigt deze studie dat de taal niet beheersen veelal tot exclusie in de residentiële drughulpverlening leidt. Als verzoekers om internationale bescherming met een middelenproblematiek toch residentieel worden opgenomen, gaat het veelal over opnames in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) die slechts enkele dagen duren.

Tot slot bevestigt deze studie dat opvangmedewerkers nood hebben aan een basisopleiding met betrekking tot druggerelateerde fenomenen en interventies. De verkokerde werking van Fedasil zorgt er immers te vaak voor dat expertise wat betreft deze thema's onvoldoende gedeeld wordt, net zoals bewoner gerelateerde informatie die belangrijk is om een coherente begeleiding van druggerelateerde problemen te ontwikkelen.

Op basis van deze studie formuleren de auteurs tien aanbevelingen op het niveau van de Fedasil hoofdzetel, de opvangcentra, de drughulpverlening en op het niveau van het beleid. Deze aanbevelingen werden bij de klankbordgroep van dit onderzoeksproject afgetoetst en door hen gevalideerd.

1. Inzetten op coherent drug(hulpverlenings)beleid (Fedasil)
2. Inzetten op druggerelateerde expertise (Fedasil)
3. Inzetten op een gespecialiseerd opvangaanbod voor kwetsbare doelgroepen (Fedasil)
4. Inzetten op communicatie met en tussen personeel en met de doelgroep (Fedasil)
5. Inzetten op monitoring van druggerelateerde fenomenen en interventies (Fedasil)
6. Inzetten op efficiënte interne en externe informatiedeling (opvangcentra)
7. Druggerelateerde interventies bijsturen en ontwikkelen (opvangcentra)
8. Aanpassen van het aanbod op de noden van anderstaligen en personen op de vlucht (drughulpverlening)
9. Inzetten op de basisrechten van personen op de vlucht (beleid)
10. Inzetten op gelijkwaardige drughulpverlening voor personen met een migratie- en vluchtachtergrond en in het bijzonder op mobiele teams (beleid)

In het kader van dit project werd een *infographic* en kennisclip ontwikkeld voor Fedasil medewerkers. De twee instrumenten bieden inzicht in de definiëring en aandachtspunten bij preventie, vroeginterventie, behandeling en schadebeperking. Deze materialen worden integraal ter beschikking gesteld op de website van het Instituut voor Sociaal Drugonderzoek (ISD) en via Fedasil kanalen.

In 2024 ontwikkelt de projectgroep (DrugInt 2.0) de Basistraining Drugs in samenwerking met externe stakeholders en experts.

Voor meer informatie, toelichting bij de aanbevelingen of ondersteuning bij de toepassing ervan kan u contact opnemen met de auteurs via Drugint@UGent.be.

Charlotte De Kock, dr. (ISD, CESSMIR), Charlotte.DeKock@UGent.be

Tom Decorte, prof, dr. (ISD), Tom.Decorte@UGent.be

Ilse Derluyn, prof. dr. (CESSMIR), Ilse.Derluyn@UGent.be

Drugint@UGent.be

SUMMARY

A recent report by the EU Asylum Agency and the European Drugs Agency (EMCDDA & EUAA 2023) signals that drug-related incidents in the European reception network are a growing problem. Respondents in this study report an observed rise in non-medical use of medications including opioids (e.g. Tramadol©), pregabalin (Lyrica©), buprenorphine (Subutex©) and benzodiazepines such as clonazepam (e.g. Rivotril©) in European reception settings. Finally, the study points out that professionals in the European reception setting experience a high need for more knowledge and skills related to drug-related phenomena and interventions in reception setting.

In Belgium, no studies are available that document the prevalence of substance use among refugees or applicants of international protection. Studies do point out that persons without the Belgian nationality are underrepresented in residential substance use treatment (De Kock et al., 2020). Moreover, Belgian residential substance use treatment services have limited accessibility for individuals who are not proficient in either of the national languages (De Kock, 2022).

Fedasil (Federal Agency for the Reception of Asylum Applicants) supported the DrugInt 1.0 research project in 2023 to gain insight in the current situation of substance use and related interventions in the Belgian reception setting. This project was conducted as part of a collaboration between two research centres at Ghent University: The Institute for Social Drug Research (ISD) and the Centre for the Social Study of Refugees and Migration (CESSMIR).

This study includes four central research questions:

1. What is the nature of observed substance use (both licit and illicit substances and medication) among applicants for international protection?
2. Which substance use related interventions exist in Fedasil reception centres?
3. To what type of substance use treatment are applicants referred and what are the experiences in the reception network regarding referral and treatment?
4. What training and intervention needs do professionals in reception centres identify regarding substance use among applicants for international protection?

To answer these questions, an online survey was distributed to Fedasil staff and other actors in the reception network. This survey fully filled out by 273 respondents (81% Fedasil). Forty-nine qualitative interviews were conducted mainly with Fedasil staff (n=25), professionals in substance use treatment (n=16) and in the *Closed Reception Centres for Illegals* (n=6) and other partners in the reception setting (n=2).

As in other European countries (EMCDDA & EUAA, 2023), the three substances most commonly observed by respondents to be used by applicants in this study are the same as in the general population: tobacco, alcohol and cannabis. Non-medical use of psychotropic medication is also observed in Belgium. Regarding substance use related problems in reception centres, respondents mainly identify alcohol-related incidents as a problem.

At the level of interventions, this study finds that mainly safety-related interventions are deployed and that guidance-oriented interventions are also used but are less streamlined. For instance, there is great potential in the reception setting to deploy evidence-based motivational interviewing (early intervention) and prevention interventions.

Furthermore, this study confirms that not mastering the language often leads to exclusion in residential substance use treatment. When applicants for international protection with substance use

problems are admitted residentially, these are mostly admissions to psychiatric wards of general hospitals (PAAZ) that last only a few days.

Finally, this study confirms that reception staff need basic training on drug-related phenomena and interventions.

Based on this study, the authors formulate 10 recommendations at the level of Fedasil headquarters, reception centres, substance use treatment and at the policy level. These recommendations were validated by the guidance committee of research project.

1. Push for coherent drug (treatment) policy (Fedasil)
2. Deploy drug-related expertise (Fedasil)
3. Commit to a specialised reception offer for vulnerable populations (Fedasil)
4. Commit to communication with and among staff and with the target group (Fedasil)
5. Commit to monitoring drug-related phenomena and interventions (Fedasil)
6. Commit to efficient internal and external information sharing (reception centres)
7. Update and develop substance use related interventions (reception centres)
8. Adapt services to the needs of non-native speakers and refugees (substance use treatment)
9. Commit to basic human rights of refugees (policy)
10. Commit to equitable substance use treatment for persons with migration and refugee backgrounds and in particular to setting up mobile teams (policy)

As part of this project, an infographic and information video were developed for Fedasil staff in Dutch and in French. The two tools provide insight into the definition and practical tips in prevention, early intervention, treatment and harm reduction. These materials are made available in full on the Institute for Social Drug Research (ISD) website and via Fedasil.

In 2024, the project group will develop the Basic Drug Training in cooperation with external stakeholders and experts (DrugInt 2.0).

For more information, clarification on the recommendations or support in applying them, you can contact the authors.

Charlotte De Kock, dr. (ISD, CESSMIR), Charlotte.DeKock@UGent.be
Tom Decorte, prof, dr. (ISD), Tom.Decorte@UGent.be
Ilse Derluyn, prof. dr. (CESSMIR), Ilse.Derluyn@UGent.be
Drugint@UGent.be

RÉSUMÉ

Un rapport récent de l'Agence européenne pour l'asile et de l'Agence européenne des drogues (OEDT & EUAA, 2023) indique que les incidents liés à la drogue dans le réseau d'accueil européen sont un problème croissant. Ces études font également état d'un usage non médical de médicaments, notamment d'opioïdes (par exemple Tramadol©), de prégabaline (Lyrica©), de buprénorphine (Subutex©) et de benzodiazépines telles que le clonazépam (par exemple Rivotril©), dans les centres d'accueil européens. Enfin, l'étude européenne susmentionnée indique que les professionnels des centres d'accueil européens ont un grand besoin de connaissances et de compétences supplémentaires concernant les phénomènes liés à la drogue dans les centres d'accueil.

En Belgique, aucune étude ne documente la prévalence de la consommation de substances chez les réfugiés ou les demandeurs de protection internationale. Des études soulignent toutefois que les personnes n'ayant pas la nationalité belge sont sous-représentées dans les traitements résidentiels (De Kock et al., 2020). En outre, les services de traitement résidentiel en Belgique sont peu accessibles aux personnes qui ne maîtrisent pas l'une ou l'autre des langues nationales (De Kock, 2022).

Fedasil (Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile) a soutenu le projet de recherche DrugInt 1.0 (2023) pour mieux comprendre la situation actuelle en Belgique. Ce projet a été réalisé dans le cadre d'une collaboration entre deux centres de recherche de l'Université de Gand : l'Institute for Social Drug Research (ISD) et le Centre for the Social Study of Refugees and Migration (CESSMIR).

Cette étude comprend quatre questions centrales de recherche

1. Quelle est la nature de la consommation de substances observée (substances licites et illicites et médicaments) parmi les demandeurs de protection internationale ?
2. Quelles sont les interventions liées à la consommation de substances psychoactives dans les centres d'accueil de Fedasil ?
3. Vers quel type de traitement les demandeurs sont-ils orientés et quelles sont les expériences du réseau d'accueil en matière d'orientation et de traitement ?
4. Quels sont les besoins de formation et d'intervention identifiés par les professionnels des centres d'accueil en matière de consommation de substances psychoactives chez les demandeurs de protection internationale ?

Pour répondre à ces questions, une enquête en ligne a été distribuée au personnel de Fedasil et à d'autres acteurs du réseau d'accueil. Cette enquête a été entièrement remplie par 273 répondants (81% Fedasil). Quarante-neuf entretiens qualitatifs ont été menés principalement avec le personnel de Fedasil (n=25), des professionnels des services de prise en charge des assuétudes (n=16) et des *centres d'accueil fermés pour illégaux* (n=6) et d'autres partenaires du réseau d'accueil (n=2).

Comme dans d'autres pays européens (OEDT & EUAA, 2023), les trois substances les plus couramment observées par les répondants comme étant consommées par les demandeurs de protection internationale sont les mêmes que dans la population générale : le tabac, l'alcool et le cannabis. La consommation non médicale de médicaments psychotropes est également observée en Belgique. En ce qui concerne les problèmes liés à la consommation de substances dans les centres d'accueil, les répondants identifient principalement les incidents liés à l'alcool comme un problème.

Au niveau des interventions, cette étude constate que ce sont principalement des interventions liées à la sécurité qui sont déployées et que des interventions axées sur l'orientation sont également utilisées, mais qu'elles sont moins rationalisées. Par exemple, il existe un grand potentiel dans le cadre

de l'accueil pour déployer des entretiens motivationnels (intervention précoce) et des interventions de prévention fondés sur des données scientifiques.

En outre, cette étude confirme que la non-maîtrise de la langue conduit souvent à l'exclusion du traitement résidentiel. Lorsque des demandeurs de protection internationale ayant des problèmes liés à la drogue sont admis en résidence, il s'agit le plus souvent d'admissions dans des services psychiatriques d'hôpitaux généraux qui ne durent que quelques jours.

Enfin, cette étude confirme que le personnel d'accueil a besoin d'une formation de base sur les phénomènes et les interventions liés à la drogue.

Sur la base de cette étude, les auteurs formulent 10 recommandations au niveau du siège de Fedasil, des centres d'accueil, des services de prise en charge des assuétudés et au niveau politique. Ces recommandations ont été validées par le groupe de réflexion du projet de recherche.

1. Pousser à une politique cohérente en matière de drogues (et de prise en charge des assuétudés) (Fedasil)
2. Déployer l'expertise en matière de drogues (Fedasil)
3. S'engager dans une offre d'accueil spécialisée pour les populations vulnérables (Fedasil)
4. S'engager à communiquer avec et parmi le personnel et avec le groupe cible (Fedasil)
5. S'engager à surveiller les phénomènes et les interventions liés à la drogue (Fedasil)
6. S'engager à partager efficacement les informations internes et externes (centres d'accueil)
7. Actualiser et développer les interventions liées à la consommation de substances (centres d'accueil)
8. Adapter l'offre aux besoins des allophones et des réfugiés (services de prise en charge des assuétudés)
9. S'engager à respecter les droits fondamentaux des réfugiés (politique)
10. S'engager en faveur de fournir des services de prise en charge des assuétudés équitable pour les personnes issues de l'immigration et les réfugiés et, en particulier, financier des équipes mobiles (politique).

Dans le cadre de ce projet, une infographie et une vidéo d'information ont été développées pour le personnel de Fedasil en néerlandais et en français. Ces deux outils donnent un aperçu de la définition et des conseils pratiques en matière de prévention, d'intervention précoce, de traitement et de réduction des risques. Ces outils sont disponibles dans leur intégralité sur le site de l'Institute for Social Drug Research (ISD) et via Fedasil.

En 2024, le groupe de projet développera la formation de base sur les drogues en coopération avec des parties prenantes et des experts externes (DrugInt 2.0).

Pour plus d'informations, des précisions sur les recommandations ou un soutien dans leur application, vous pouvez contacter les auteurs.

Charlotte De Kock, dr. (ISD, CESSMIR), Charlotte.DeKock@UGent.be
Tom Decorte, prof, dr. (ISD), Tom.Decorte@UGent.be
Ilse Derluyn, prof. dr. (CESSMIR), Ilse.Derluyn@UGent.be
Drugint@UGent.be

1. INLEIDING

1.1 De prevalentie van middelengebruik bij vluchtelingen in Europa

In Europa zijn er **weinig gegevens beschikbaar** over de prevalentie van middelengebruik bij personen met een migratieachtergrond en in het bijzonder verzoekers om internationale bescherming (Humphris & Bradby, 2017; Priebe et al., 2016; SEMID-EU, 2022; Speth et al., 2018). Wel is geweten dat de prevalentie van posttraumatische stress en het posttraumatisch stress syndroom (PTSS) frequenter voorkomen bij vluchtelingen in vergelijking met de algemene bevolking (Giacco et al., 2018).

Horyniak en collega's (2016) stelden vast dat de prevalentie van schadelijk alcoholgebruik hoger was **in vluchtelingenkampen wereldwijd** (17%-36%) in vergelijking met residentiële settings (4-7%). Dit impliceert dat de huisvestingscontext een belangrijke invloed heeft op middelengebruik. Zij stelden echter ook vast dat Europese studies schaars zijn.

Harris en collega's publiceerden een van de zeldzame studies die een Europese nationale bevolkingscohort beschouwen. Data van 1,2 miljoen mensen die in Zweden wonen, waaronder 17.000 erkende vluchtelingen¹ werden geanalyseerd om de incidentie van druggerelateerde stoornissen ('disorders') te onderzoeken. Zij concludeerden dat er een lagere prevalentie was bij vluchtelingen en personen met een migratieachtergrond zonder vluchtgeschiedenis in vergelijking met personen die in Zweden geboren waren.

Zoals aangegeven in onderzoek bij langer gevestigde vluchtelingen (Bogic et al., 2012) **convergeerde de prevalentie van middelengebruik na verloop van tijd naar het percentage van personen zonder migratieachtergrond**. Dit werd ook waargenomen voor het gebruik van voorgeschreven psychotrope medicatie in Zweden (Brendler-Lindqvist et al., 2014). Er wordt dus een verhoging van middelengebruik vastgesteld naarmate men langer in het land verblijft.

Een gelijkaardig patroon is vastgesteld in Finland (Kieseppä et al., 2020), Libanon (Abbas et al., 2021) en Duitsland (Kuhn et al., 2018). Dit doet vermoeden dat **post-migratiefactoren** zoals de opvangcontext en middelengebruik in het gastland de prevalentie van middelengebruik sterk beïnvloeden.

De bevindingen van Harris en collega's verschilden niet wezenlijk naargelang de **regio van herkomst**. Niettemin suggereren sommige studies dat op populatieniveau vluchtelingen met een Afghaanse achtergrond een hogere prevalentie van middelengebruik kunnen hebben (Schaffrath et al., 2016), mogelijk als gevolg van de algemeen hoge prevalentie van middelengebruik onder de bevolking in Afghanistan (El-Khani et al., 2021; FRA, 2017). Ook andere studies bevestigen dat de gebruikerscultuur in het thuisland maar vooral de eigen **consumptiegewoonten vóór migratie** een invloed hebben op het gebruik na migratie (Speth et al., 2018).

In de media in Zweden, Denemarken, Duitsland, Nederland en België zijn zorgwekkende trends gesignaleerd met betrekking tot het gebruik van alcohol, toluen inhaleermiddelen, geneesmiddelen op basis van opioïden (bv. Tramadol©) en benzodiazepinen zoals clonazepam (bv. Rivotril©) bij vluchtelingen. Ook een studie bij het personeel in de Europese opvanginstellingen (EMCDDA & EUAA, 2023) wijst uit dat het **gebruik van medicatie een groeiend probleem** is. Deze studie wijst op

¹ Degenen die geen officieel verblijf in Zweden hadden (d.w.z. aanvragers van internationale bescherming en migranten zonder papieren) en degenen bij wie vóór hun 14e verjaardag een niet-affectieve psychose (ICD-10 F20-F29) of een stoornis in het middelengebruik (F10-F19) was vastgesteld, werden uitgesloten.

problematisch gebruik van opioïden (bv. Tramadol©), Pregabaline (Lyrica©), buprenorfine (Subutex©) en benzodiazepinen zoals clonazepam (bv. Rivotril©).

Deze medicatie zou gebruikt worden als gevolg van het gebruik in het land van herkomst of omdat ze werden voorgeschreven in het eerste aankomstland of verkregen via illegale drugsmarkten (bv. in transitlanden). De verschillende richtlijnen bij het voorschrijven van medicatie tussen verschillende landen spelen daarbij een rol. Toch geven eerstelijns werkers algemeen aan dat het type middelen dat gebruikt wordt gelijkaardig is aan dat van de algemene bevolking en dus vooral uit het gebruik van tabak, alcohol en cannabis bestaat.

Een recent onderzoek bij meer dan 30.000 vluchtelingen en migranten in opdracht van de WHO (2020) rapporteert dat de geestelijke gezondheidstoestand als **gevolg van COVID-19** verslechterd is bij mensen op de vlucht en dat het gebruik van alcohol en andere middelen gestegen is. Ongeveer 50% van de respondenten rapporteerde meer symptomen van depressie, zorgen, angst en eenzaamheid, terwijl 20% aangeeft een toegenomen gebruik van drugs en alcohol waar te nemen (WHO, 2020). Deze trends veranderen echter snel en blijven grotendeels onderbelicht in de literatuur. Bovendien is waakzaamheid geboden bij het identificeren van middelengebruik in deze populaties omdat een verkeerde interpretatie van gegevens kan bijdragen aan stigmatisering (De Kock et al., 2017; Hunt et al., 2018; Nordgren, 2017).

Ook in België weten we weinig over de prevalentie van (problematisch) middelengebruik bij vluchtelingen of VIB². Overigens leert kennis over prevalentie alleen ons onvoldoende als we gerichte interventies willen ontwikkelen. Gegevens over prevalentie alleen, zoals Ritter en collega's stellen (2019, p. 22), *"is beperkt in bruikbaarheid tenzij het gepaard gaat met een beschouwing van verschillende behandelingstypes en hun relatieve intensiteit, en/of onderzocht worden als functie van geografie en subpopulatie"*.

In plaats van zich alleen op de prevalentie te richten, dient men zich dus ook te richten op de context van het middelengebruik om er een impact op te hebben. Het EMCDDA en het EUAA stelden vast dat het personeel in de Europese opvangcentra grotendeels onvoorbereid is op het omgaan met aan middelengebruik gerelateerde problemen en dat men nood heeft aan bijkomende opleiding. Meer kennis over preventie (bv. bewustmaking, beoordeling, gespreksvaardigheden, enz.), vroegtijdige interventie, schadebeperking (vb. opioïdensubstitutie) en over veranderende trends in middelengebruik (bv. kennisuitwisseling over soorten middelengebruik, behandeling, voorschrijfprotocollen, enz.) behoren tot de noden. Bovendien worden een gebrek aan deskundigen en expertise, protocollen (bv. voor de beoordeling van het middelengebruik) en een gebrek aan medewerking van VIB genoemd als belangrijkste redenen voor het ontbreken van dergelijke interventies.

Een recent rapport van het EU-asielagentschap (EUAA, 2020) rapporteert dat druggerelateerde incidenten in het Europees opvangnetwerk een groeiend probleem zijn. Bovendien toonde eerder onderzoek aan dat de residentiële drughulpverlening in België weinig toegankelijk is voor personen die geen van de landstalen machtig zijn (De Kock, 2022) en vooral voor VIB.

² Er zijn vier belangrijke bronnen die de prevalentie van middelengebruik op populatieniveau meten: de VAD Leerlingenbevraging, de Nationale Gezondheidsenquête, de studentenenquête en de Global Drug Survey (GDS2019). Maar aangezien geen van deze enquêtes representatieve steekproeven van vluchtelingen bevat en er tot nog toe geen gerichte prevalentiestudies in deze populatie werd ondernomen (De Kock et al., 2019), kan geen conclusie worden getrokken over de prevalentie van middelengebruik bij vluchtelingen in België.

STUDIEDOEL 1: Het eerste doel van deze studie is om een Europese bevraging naar de Belgische context te vertalen. De bevraging is gericht op professionals in de opvangcentra en heeft als doel om een beter zicht te krijgen op druggerelateerde fenomenen in en nabij de opvangcentra, in het type middelen dat gebruikt wordt, de beschikbare interventies, trainingsnoden en andere uitdagingen.

1.2 Risicofactoren voor middelengebruik en kwetsbaarheid bij vluchtelingen

De risico- en beschermende factoren voor middelengebruik bij migranten en etnische minderheden (EMCDDA & De Kock, 2022) worden weergegeven in tabel 1.

Niveau	Risico/beschermende factor
MACRO (nationaal gezondheidsbeleid, migratie- en integratiebeleid) (Bhopal, 2012, 2019; Razum & Stronks, 2014; Spooner, 2005)	Formele toegang tot gezondheidszorg (voornamelijk gedefinieerd door wettelijk recht, maar beïnvloed door kennis van en [waargenomen] discriminatie of vooroordelen in de gezondheidszorg op meso- en microniveau) (Blom et al., 2016; Lindert & Schimina, 2011; Madeira et al., 2018)
	(Blootstelling aan) gewoonten inzake middelengebruik in het ontvangende land (Bogic et al., 2012; Lorant et al., 2016; Saigí et al., 2014)
	Sociale uitsluiting / integratie (Casals et al., 2011; Ivert & Magnusson, 2019)
MESO ([postmigratie] sociale omgeving) (Bogic et al., 2012; Horyniak et al., 2017)	Familie / sociaal netwerk (afwezigheid / aanwezigheid van familie, vrienden, partner, sociaal netwerk, sociale controle) (Bogic et al., 2012; Fisher et al., 2019; Ivert & Magnusson, 2019)
	Huisvestingssituatie (sociaal achtergestelde gebieden, omstandigheden opvangkampen en -centra) (Horyniak et al., 2016) en wonen in de buurt van open drugsscènes (Kajanová & Hajduchová, 2014; Köhnlein, 2018; López et al., 2018; Mravčík et al., 2014; SRAP, 2012)
	Contact en sociale netwerken met niet-migrantenpopulaties (Delforterie et al., 2014; Lorant et al., 2016)
MICRO (individuele kenmerken)	(Pre- en postmigratie-) coping mechanismen (zoals zelfmedicatie) en gebruik voor migratie (Brendler-Lindqvist et al., 2014; Dupont et al., 2005; Gibbons et al., 2016; Jane-Llopis et al., 2006)
	Geïnternaliseerde normatieve kaders (zoals religieuze kaders) (Alamilla et al., 2019; De Kock, 2020; Hurcombe et al., 2010)
	Ervaren discriminatie / stigma in de eigen gemeenschap en samenleving (Alamilla et al., 2019; De Kock, 2020; Wernesjö, 2019)
	Psychologische kwetsbaarheden / veerkracht (trauma, PTSS, depressieve symptomen, migratie gerelateerde stress) (Giacco et al., 2018; Jane-Llopis et al., 2006; Knipscheer et al., 2015; Missinne & Bracke, 2012; Salama et al., 2019)
	Verveling en onzekerheid (bv. als gevolg van werkloosheid of in afwachting van een asielsbeslissing) (Dupont et al., 2005; Saleh et al., 2023)
Sociaaleconomische status (Hjern, 2004; Lindert & Schimina, 2011; Reid et al., 2001)	

Tabel 1: Samenhangende risico- en beschermende factoren voor middelengebruik bij MEM

Zowel factoren voor als na de migratie kunnen een rol spelen in middelengebruik. Deze risico- en beschermende factoren beïnvloeden elkaar en kunnen dus niet onafhankelijk van elkaar gezien worden. Zo stellen ecosociale theoretici (Alegría et al., 2011; Krieger, 2011) dat maatschappelijke en beleidsmatige factoren en ongelijkheden (denk maar aan integratie- en opvangbeleid) letterlijk belichaamd (*'embodied'*) worden op individueel (micro)niveau.

Dit betekent dat er naast het analyseren van de individuele factoren die bijdragen aan middelengebruik ook nood is aan de analyse van sociale determinanten en factoren op het macro- en mesoniveau die bijdragen aan middelengebruik (Greene et al. 2022).

Onderzoek van het EMCDDA en het EUAA heeft bijvoorbeeld aangetoond dat het middelengebruik onder vluchtelingen in Europa onder meer (maar niet uitsluitend) wordt beïnvloed door: het voorschrijfgedrag van artsen dat land per land kan verschillen, de beschikbaarheid van medicatie via illegale markten en de nabijheid van de opvangplaatsen bij (open) drugsscènes. In een UNODC-rapport (2023) wordt er ook verwezen naar de mogelijke invloed van (gedwongen) middelengebruik in het kader van terroristische bewegingen of betrokkenheid in criminaliteit.

Tot slot wijst een recente studie uit dat een laag opleidingsniveau, een lager gevoel van coherentie en psychische angsten bij bewoners in een opvangcentrum in Duitsland geassocieerd werden aan middelengebruik. De onderzochte personen leken zich minder bewust te zijn van externe stressoren (lage niveaus van gerapporteerde postmigratiestress). Dit wijst erop dat inzetten op coping mechanismen bijzonder belangrijk is bij de doelgroep. (Solfrank et al., 2023)

STUDIEDOEL 2: Voor vluchtelingen in veel Europese gastlanden zijn er hoge drempels voor de toegang tot de drughulpverlening en de algemene gezondheidszorg (Saleh et al., 2022). Gezien er ook in België belangrijke uitdagingen zijn vastgesteld voor niet-Belgen (De Kock, 2022), is deze studie gericht op het identificeren van uitdagingen in de (toegang tot) drughulpverlening. Deze studie heeft als doel het verbeteren van de toegang tot de drughulpverlening en bijhorende interventies die zich richten op risico- en beschermende factoren eigen aan verzoekers om internationale bescherming (VIB). Om dit doel te bereiken nemen we kwalitatieve interviews af bij personeel in de Fedasil-opvangcentra en bij drughulpverleners met ervaring met de doelgroep, ter aanvulling van de online bevraging (zie supra).

1.3 Druggerelateerde interventies voor vluchtelingen in Europa

Druggerelateerde interventies worden onderverdeeld in preventie, vroeginterventie, behandeling en schadebeperking. Repressieve maatregelen worden in het Belgische drugbeleid als een laatste redmiddel beschouwd (Federale Beleidsnota Drugs, 2001). Parallel aan deze interventies dient te worden ingezet op een assessment van het type middelengebruik voor men tot interventie overgaat.

Preventie	Vroeginterventie	Behandeling	Schadebeperking	Repressie
-----------	------------------	-------------	-----------------	-----------

Uit een studie van het EMCDDA (2022) blijkt dat in veel EU-landen preventie en schadebeperking gericht op vluchtelingen beschikbaar zijn, maar dat vroegtijdige interventie en residentiële behandeling voor deze doelgroep grotendeels on(der)ontwikkeld zijn. Er blijkt dus behoefte te zijn aan meer korte en vroegtijdige interventies omdat zij in de opvangsetting een *quick-win* zijn: deze interventies kunnen de escalatie van middelengebruik voorkomen. Dit wordt eveneens aanbevolen door het UNODC (Greene et al., 2018). Bovendien moet de toegang tot residentiële diensten worden verbeterd (De Kock, 2022; Kour et al., 2021; Lorenz et al., 2023; Saleh et al., 2023) en is de beschikbaarheid van trauma-geïnformeerde behandeling noodzakelijk (EMCDDA, 2022).

Wat betreft de bestaande interventies in de drughulpverlening is het zo dat zij vaak alleen bestudeerd werden in homogene populaties waardoor ze mogelijk niet representatief zijn voor personen met een migratieachtergrond (Sue, 2019). De volgende interventies in het veld van de geestelijke gezondheidszorg die raken aan middelengebruik werden in de eerstgenoemde studie geïdentificeerd: ASSIST (Doty et al., 2018), AUDIT (Marth et al., 2022), het Cultural Formulation Interview (Rohloff et al., 2017), PACCT© (Serneels et al., 2017), korte interventies (Kane en Greene, 2018), intercultureel bemiddelen (Verrept, 2019) en Mind-Spring© gericht op veerkracht (Reuten, 2018). Meer recente initiatieven in het domein van evidence-base druggerelateerde interventies omvatten onder meer het Duits PREPARE project (Schäfer et al., 2023) en het Zweeds PIA project (Amouri, 2023).

Het merendeel van deze interventies is echter vooral gericht op psychisch en psychosociaal welbevinden en niet specifiek of uitsluitend op middelengebruik. Ze zijn echter wel relevant, omdat ze de grondoorzaken van middelengebruik kunnen aanpakken.

Welbell en collega's rapporteerden in 2013 in een studie naar organisaties voor geestelijke gezondheidszorg voor deze doelgroep in 12 EU-landen dat slechts 30% van de geïdentificeerde diensten drughulpverlening aanbood. In 20% van de diensten was middelengebruik een exclusiecriteria. Slechts 10% van de geïdentificeerde drughulpverleningsdiensten bood diensten aan voor vluchtelingen en aanvragers om internationale bescherming.

Er zijn dus veranderingen nodig in de residentiële settings opdat die ook voor vluchtelingen toegankelijk zouden zijn. In België is taal de grootste barrière voor residentiële behandeling omdat het een uitsluitingscriterium is in de meeste (residentiële) diensten. Het uitbreiden van de beschikbaarheid van interculturele bemiddelaars en het diversifiëren van het aanbod (minder talige therapie) zou kunnen bijdragen tot het aantrekken van deze doelgroep (De Kock, 2022).

Tot slot wijzen twee studies in België (De Kock et al., 2020) en Duitsland (SEMID-EU, 2022) uit dat onder personen die door justitie verplicht doorverwezen werden naar de drughulpverlening, het aandeel migranten significant hoger ligt in vergelijking met niet-migranten. In welke mate vluchtelingen in die cijfers gerepresenteerd zijn, dient verder onderzocht te worden.

STUDIEDOEL 3: Er wordt nagegaan welke interventies in de opvangsetting al beschikbaar zijn, welke belemmeringen VIB ondervinden in de Belgische drughulpverlening en hoe de dienstverlening voor deze populatie kan worden geoptimaliseerd.

1.4 Fedasil en middelengebruik anno 2023

1.4.1 *Kwetsbaarheid en de opvangwet*

Volgens het UNHCR zijn alle verzoekers om internationale bescherming kwetsbare personen (2013, in Fedasil 2018). Kwetsbaarheden kunnen voortvloeien uit de situatie in het land van herkomst, de omstandigheden tijdens de vlucht en de persoonlijke situatie en ervaringen met het opvangsysteem in het gastland. De Belgische Opvangwet (12 januari 2007) bevat echter geen kenmerken van kwetsbaarheid (risicofactoren) maar bevat een niet-exhaustieve lijst van kwetsbare personen waaronder minderjarigen, slachtoffers van mensenhandel en personen met een handicap.

Sinds 2013 werden ook personen met ernstige ziekten, personen met mentale stoornissen en slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking opgenomen in de lijst van kwetsbare personen (Fedasil, 2018). Fedasil heeft dan ook werk gemaakt van de creatie van specifieke opvangplaatsen en zet in op externe dienstverlening en interne procedures voor het opvangnetwerk ten aanzien van deze kwetsbare doelgroepen.

Fedasil identificeerde in een rapport in 2016 bijkomende persoons- en omgeving gebonden factoren die ook in het kader van middelengebruik risicovol zijn, zoals jongvolwassenheid en een lang verblijf in de opvang wat zogenaamde 'opvangschade' kan veroorzaken. Deze factoren kunnen de begeleiding informeren maar geven niet per definitie recht op specifieke opvang.

De Belgische opvangwet is vaag in haar omschrijving van hoe kwetsbare personen (waaronder personen die kampen met een aan middelen gerelateerde problematiek) behandeld moeten worden (Fedasil, 2018). In de praktijk blijkt er een onderscheid te bestaan in de visie op kwetsbaarheid tussen de toewijzingsfase en de opvangfase. In de toewijzingsfase is het zaak om op korte termijn te bepalen

of een verzoeker tot een van de tien kwetsbare groepen behoort tijdens de registratie³ of *dispatch* fase⁴, want dan heeft men recht op aangepaste opvang.

Eenzijds wordt in de toewijzingsfase dus een categoriale definitie van kwetsbaarheid gehanteerd vanuit een beheer perspectief. Anderzijds wordt er in de eigenlijke opvangfase een factoriale definitie en een begeleidingsperspectief gehanteerd. Hoewel psychologische problemen een reden zijn om aangepaste opvang te krijgen, is middelengebruik vaak een exclusiecriteria in gespecialiseerde opvangplaatsen. Bovendien is er in de toewijzingsfase onvoldoende fysieke privacy en vertrouwen om problematisch middelengebruik te identificeren als een kwetsbaarheid. (Fedasil, 2018)

In de opvanginitiatieven zelf wordt aan permanente evaluatie en assessment gedaan en kan in dat kader een transfer naar een andere opvangplaats plaatsvinden om meer gepaste hulp te bieden⁵. De mate waarin dit gebeurt, verschilt echter tussen de opvangcentra en is afhankelijk van de druk op het opvangsysteem. Er kan ook een disciplinaire transfer plaatsvinden vanwege problematisch gedrag dat ingaat tegen het huishoudelijk reglement, waaronder druggebruik (Fedasil, 2018, p. 76).

1.4.2 Fedasil drugbeleid en interventies

De algemene beleidlijn inzake middelengebruik en aanverwante problemen in de opvangfase bestaat erin zich te concentreren op **preventie en de bewoners zo nodig door te verwijzen** naar gespecialiseerde diensten (Fedasil, 2018, p. 59). Onder meer in het *Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin* en het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius werden specifieke initiatieven ontwikkeld met betrekking tot psychische kwetsbaarheden bij personen op de vlucht (Fedasil, 2018, p. 92). Ook CARDA en CIBA (Rode Kruis) zijn specifiek gericht op verzoekers met psychische kwetsbaarheden. Diensten als *L'autre Sense* zijn gericht op verslavingsproblematiek (Fedasil, 2018, p. 90). Doorverwijzing naar gespecialiseerde diensten blijkt echter moeilijk te zijn, onder meer vanwege de afstand tot diensten (Fedasil, 2018, p. 81).

In 2017-2018 financierde Fedasil een project gericht op de **ontwikkeling van een drugsbeleid** in de opvangcentra dat uitgevoerd werd door het Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen (VAD). Als resultaat werd onder meer een [toolkit](#) ontwikkeld en werd er een opleiding aangeboden voor eerstelijns werkers in de opvangcentra en de drughulpverlening. Hoewel dit geen onderzoeksproject was, deed de projectwerkgroep relevante observaties (Werkverslag 10.03.2017, 27.06.2017, intern eindrapport) die een startpunt voor de huidige studie zijn. Deze observaties nemen we mee in de resultatensectie van deze studie. Er werden ook aanbevelingen geformuleerd die in de DrugInt aanbevelingen verder uitgediept worden.

Dit VAD-project resulteerde in enkele concrete maatregelen bij Fedasil. Ten eerste beschikt Fedasil sinds 2018 over een regelgevend kader wat betreft middelengebruik en beschikken enkele

³ Sinds 2016 kan men volgende categorieën aanvinken tijdens de intake (Fedasil, 2018): 'minderjarigheid', '+65 jaar', 'zwangerschap', 'medische problemen', 'psychologische problemen', 'met minderjarig(e) kind(eren)', 'alleenstaande vrouw', 'slachtoffer mensenhandel', 'LGBTI', 'slachtoffer geweld (fysiek, psychologisch, seksueel)'.

⁴ Een toewijzing aan een specifieke doelgroep gebeurt wanneer bij een persoon meerdere specifieke noden vastgesteld worden die volgens Dispatching een aangepaste opvang vereisen. De medische doelgroep wordt ruim ingevuld, met inbegrip van personen met een handicap, psychologische problemen, mobiliteitsproblemen en zwangerschap (Fedasil, 2018).

⁵ Bijlage B – aanvraag tot wijziging / opheffing van de verplichte plaats van inschrijving (Fedasil, 2018).

Nederlandstalige centra over een drugbeleid. Ten tweede werd een protocol ontwikkeld voor methadonverstrekking en bestaan er richtlijnen voor centrumartsen betreffende medicatiegebruik zoals Diazepam. In 2018 is een training over methadon georganiseerd voor centrumartsen. Er wordt echter opgemerkt dat deze medische richtlijnen niet altijd worden opgevolgd omdat niet elk centrum een eigen centrumarts heeft (*uitwisseling Lien Bruggeman, 08.06.2021*).

Tien Fedasil centra beschikten eind 2018 over een alcohol- en drugsbeleid. Alle centra konden voor de follow-up terecht bij hun regionale CGG-preventiewerker. Deze preventiewerkers hebben echter vaak onvoldoende tijd om hierop in te zetten (*uitwisseling Fred Laudens, 08.11.2021*). Bovendien bleek uit een enquête onder de Nederlandstalige Fedasil-centra in 2022 (met antwoorden van 9 centra) dat de meerderheid niet of niet meer beschikte over een alcohol- en drugsbeleid vanwege tijdsgebrek. Slechts één centrum gaf aan dat de ontwikkelde toolkit nog in gebruik was. Het huidig personeel bleek vaak te weinig op de hoogte te zijn van het bestaan van dit materiaal. Drie van deze centra beschikten wel over een gespecialiseerde referentiepersoon inzake alcohol en drugs. In 2023 moedigt een Fedasil preventiemedewerker alle centra opnieuw aan om te werken aan een drugbeleid en om een SPOC Alcohol en Drugs te identificeren.

1.5 Doelstellingen van DrugInt

De doelstellingen van deze studie zijn viervoudig.

1. **De huidige situatie in kaart brengen / monitoren:** Aan de hand van een online bevraging gaan we in de opvanginitiatieven (Fedasil en andere) na (a) Hoe VIB geconfronteerd worden met (kritische incidenten gerelateerd aan) middelengebruik (zowel legale als illegale middelen en medicatie), (b) naar welk type drughulpverlening verzoekers worden doorverwezen en (c) wat de ervaringen in het opvangnetwerk zijn met doorverwijzing en behandeling.
2. **Aan de hand van kwalitatieve interviews met telkens 3 personeelsleden van (Fedasil) opvanginitiatieven in elke provincie (n=30) en 10 professionelen in de drughulpverlening per gemeenschap (n=20) zullen ervaren obstakels in de toegang tot de drughulpverlening worden in kaart gebracht.**
3. Op basis van de resultaten van de bevraging, kwalitatieve interviews met personeel in de Fedasil-opvangcentra (n=30) en in de drughulpverlening (n=20) en op basis van recente wetenschappelijke inzichten (zie boven, evenals geüpdatete ETHEALTH-aanbevelingen, 2018 VAD-studie, SEMID-EU) op Belgisch en Europees niveau zullen doelgerichte aanbevelingen op het niveau van de organisatie (opvangnetwerk én drughulpverlening) en het beleid worden geformuleerd.
4. De resultaten worden omgezet in een toegankelijke kennisklip en een *infographic* voor de opvanginitiatieven.

Vier onderzoeksvragen stonden centraal.

1. Wat is de aard van het 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?

2. METHODE

Deze studie omvat resultaten uit een online bevraging van professionelen in de OI en kwalitatieve interviews met professionelen in de OI en drughulpverleners. In wat volgt beschrijven we eerst de methode (doelstelling, verspreiding, analyse).

In het resultatenluik worden de resultaten getrianguleerd en dus samen besproken met het oog op leesbaarheid en een inzichtelijk begrip van de resultaten. De resultaten worden eveneens aangevuld met observaties uit het VAD-project (2018, zie inleiding) en de EUAA online bevraging (2023).

2.1 Online bevraging

2.1.1 *Inhoud en doelstellingen van de online bevraging*

De bevraging heeft als doel om een beeld te schetsen van onderstaande fenomenen in de Belgische context.

1. Druggerelateerde problemen en interventies in de opvangcentra
2. Opleidingsnoden in de opvangcentra wat betreft middelengebruik
3. Valkuilen bij het doorverwijzen naar de drughulpverlening
4. Valkuilen bij het implementeren van druggerelateerde interventies

De bevraging is gebaseerd op de EUAA / EMCDDA bevraging die in 2021 werd gelanceerd (EMCDDA & EUAA, 2023). Deze vragenlijst is samengesteld op basis van volgende vragenlijsten:

- *Delphi-studie van het UNODC over het identificeren en prioriteren van belangrijke lacunes in informatie en middelengebruik en met betrekking tot drughulpverlening in humanitaire settings (Greene et al., 2021);*
- [*EASO-enquête naar de geestelijke gezondheid van aanvragers van internationale bescherming in Europa \(EASO, 2020\);*](#)
- [*EMCDDA Harm Reduction Initiative – HCV-tests en doorverwijzingen voor mensen die drugs injecteren;*](#)
- *EMCDDA gevangenis vragenlijst;*
- [*Iers onderzoek naar “Druggerelateerde kennis, attitudes en overtuigingen in Ierland”. \(Bryan et al., 2000\).*](#)

De bevraging werd aangepast op basis van de *IOM Interview Guide: Infectious disease health services for refugees and asylum seekers in Europe* (Bozorgmehr et al., 2019). De bevraging werd ook aangepast aan de Belgische context op basis van 4 proefbevestigingen bij Fedasil-medewerkers en de leden van de klankbordgroep. De volgende componenten werden toegevoegd.

- Aanvulling ‘kritische incidenten’ bij de keuzemogelijkheden bij de vraag *“In welke mate zijn onderstaande zaken volgens jou een probleem in het opvangcentrum waar je vooral werkt?”*.
- Aanvulling van de optie ‘druggerelateerd afval’ bij de vraag *“Ben je de afgelopen 12 maanden getuige geweest van één van de volgende problemen als gevolg van middelengebruik in het centrum waar je vooral werkt?”*.
- Toevoeging van specifieke medicatie bij de vraag *“Welke middelen werden volgens jou gebruikt door bewoners gedurende de laatste 12 maanden?”*.
- Toevoeging van de open vraag *“Zie je specifieke gebruikspatronen bij vrouwen?”*.

2.1.2 Verspreiding van de online bevraging

Deze bevraging was in eerste instantie gericht op alle medewerkers in de Fedasil-opvangcentra en in tweede instantie op medewerkers in opvangcentra uitgebaut door andere instanties.

De bevraging werd gelanceerd in februari 2023 en kon ingevuld worden gedurende een periode van drie weken. De uitnodiging tot deelname werd verstuurd naar alle Fedasil-medewerkers (inclusief een specifiek bericht voor coördinatoren) en naar alle coördinatoren van de Rode Kruis-opvanginitiatieven. Er werden twee herinneringen verstuurd na telkens een week.

2.1.3 Analyse van de bevraging

De analyse van de bevraging verliep getrapt. In eerste instantie werd de analyse beschrijvend in Qualtrics¹⁴ uitgevoerd. Waar de antwoorden specifieke patronen weergaven werd significantie berekend op basis van een Chi² test. Gezien een groot deel van de vragen een kwalitatieve component omvat (open vraag), gezien de kwantitatieve vragen veel antwoordopties hadden (grotere vrijheidsgraden) en gezien de verkennende aard van deze studie werd de analyse grotendeels beschrijvend uitgevoerd.

Open antwoorden werden (axiaal) gecodeerd in Excel. Deze resultaten worden beschrijvend weergegeven.

De resultaten worden hoofdzakelijk weergegeven als percentages zonder cijfers achter de komma om de leesbaarheid te bevorderen. Waar mogelijk worden percentages aangevuld met beschrijvende analyses en significantie. Verder worden absolute aantallen weergegeven wanneer dat noodzakelijk is voor een correct begrip van het resultaat.

2.2 Interviews met professionelen in de OI en de drughulpverlening

2.2.1 Werving van de respondenten in de OI

De respondenten in de OI werden in de eerste plaats geselecteerd op basis van een positief antwoord op de vraag “Mogen we je contacteren voor een anoniem interview met de onderzoeker?” in de online bevraging. Uit de 90 respondenten die “ja” antwoordden werden 30 respondenten geselecteerd met het oog op een representatieve doch gerichte steekproef⁶.

Deze respondenten werden uitgenodigd voor een interview en minstens tweemaal herinnerd in een periode van twee weken. 13 respondenten werden op die manier gerekruteerd. Minstens 5 (vooral Nederlandstalige) respondenten antwoorden dat zij niet wensten deel te nemen aan het interview vanwege drukte, weinig ervaring en het verlaten van de sector. Vervolgens werden de 60 overige

⁶ (1) Selectie van respondenten die in de open antwoorden ervaringen of fenomenen uitvoerig beschrijven en die een aanvulling bieden op de kwantitatieve resultaten. (2) 3 respondenten voor de provincies die meer dan 1.000 opvangplaatsen hebben (Luik, Brussel Hoofdstedelijk Gewest, Antwerpen, Henegouwen, Namen, West-Vlaanderen, Limburg). (3) 2 respondenten voor provincies die minder 1.000 opvangplaatsen hebben (Vlaams-Brabant, Waals-Brabant, Luxemburg, Oost-Vlaanderen). (4) Evenredige representatie van werkgevers (Fedasil, andere) ten aanzien van de online bevraging. (5) Evenredige representatie van fase in de opvang (eerste of tweede fase) ten aanzien van de online bevraging. (6) Respondenten gespecialiseerd in de begeleiding van kwetsbare VIB (met bijzondere aandacht voor NBM/MENA). (7) Diversiteit in de steekproef wat betreft geslacht en migratieachtergrond (eigen geboorteland of geboorteland ouders of grootouders).

respondenten gecontacteerd. Dit resulteerde in 9 nieuwe respondenten. Gezien op basis van deze oproepen weinig respons kwam uit de Vlaamse opvangcentra werd bijkomend een e-mail (en herinnering) naar de medische diensten van de Vlaamse Fedasil centra gestuurd. Dit leverde 1 respondent op. Algemeen kunnen we stellen dat de bereidheid bij Nederlandstalige respondenten laag leek te zijn.

2.2.2 Werving van respondenten in de drughulpverlening

De respondenten in de drughulpverlening werden geselecteerd op basis van de organisaties die in de kwantitatieve bevraging vernoemd werden⁷. Uit dertien organisaties werden er 20 respondenten geselecteerd op basis van onderstaande criteria.

3. Ervaring met de doelgroep van erkende vluchtelingen en verzoekers om internationale bescherming of ervaring met de vorming of begeleiding van medewerkers in de Fedasil centra.
4. 8 respondenten uit Wallonië, 8 uit Vlaanderen en 4 uit Brussel.
5. Een balans tussen residentiële en ambulante diensten.

Deze oproep leverde twaalf Franstalige respondenten op. Vanuit twaalf aangeschreven diensten werd geantwoord dat men niet kon deelnemen aan het onderzoek vanwege een drukke agenda of omdat met geen ervaring heeft met de doelgroep. Opvallend was dat het vooral over diensten in Vlaanderen ging. De overige respondenten werden geïdentificeerd op basis van persoonlijke contacten (klankbordgroep) en een gerichte oproep aan alle IBZ Gesloten Centra voor Illegalen.

2.2.3 Dataverzameling

Een semigestructureerde interviewleidraad werd opgemaakt op basis van de topics die ook in de online bevraging (zie supra) aan bod kwamen. Om aan te sluiten bij bestaand Fedasil onderzoek werden de topics in overeenstemming gebracht en aangevuld met relevante topics uit de Fedasil-kwetsbaarheidstudie (2018)⁸. Tijdens de interviews werden antwoorden van de respondenten uit de online bevraging uitgediept.

2.2.4 Dataverwerking

Het audiomateriaal van de interviews werd ad verbatim getranscribeerd aan de hand van geautomatiseerde transcriptie software (MSTeams). De transcripties werden vervolgens geanonimiseerd en volledig gereviseerd aan de hand van het herlezen en herbeluisteren van de audiobestanden door twee medewerkers. Na deze revisie werden de Franstalige transcripties automatisch vertaald (DeepL 23.11.1.11181 Pro Starter) en gereviseerd door de onderzoeker (herlezen en herbeluisteren).

2.2.5 Data analyse

Data analyse werd uitgevoerd op basis van de *Framework Coding* methode (Gale et al. 2013). Dit hield in dat er op basis van zowel de dataverwerkingsfase als de semigestructureerde interviewleidraad een codeboek werd opgesteld. Deze codes werden vervolgens onafhankelijk toegepast op 5 interviews door de onderzoeker en een medewerker waarna het codeboek werd aangevuld en bijgestuurd

⁷ Bij de vragen “Welke organisaties in jouw regio spelen een rol in de begeleiding van verzoekers met middelengebruik? Gelieve de namen van de organisaties en hun taken op te sommen” en “Ken je diensten in de (drug)hulpverlening met expertise over dit thema?”.

⁸ Proces van identificatie, aangepaste opvang en transfers, focus tijdens de begeleiding, voorwaarden voor een kwaliteitsvolle begeleiding, multidisciplinaire aanpak, begeleiding van kwetsbare personen, samenwerking met externe diensten en gebruik van instrumenten en tools voor identificatie en begeleiding.

(intercoder agreement). Een medewerker codeerde drie interviews op basis van het codeboek waarna het een laatste keer werd bijgestuurd en toegepast op alle interviews door de onderzoeker. Tijdens deze codeerfase werden ook nieuwe thema's gecodeerd (inductief luik).

3. RESULTATEN

In wat volgt worden de resultaten van de online bevraging besproken. De resultaten uit de bevraging worden uitgediept aan de hand van de kwalitatieve interviews met professionelen en getrianguleerd met de Europese online bevraging (EMCDDA & EASO, 2023) en de relevante literatuur. Om de privacy van de respondenten te respecteren werd ervoor gekozen om alleen naar functie en provincie van de respondenten te verwijzen bij de citaten en om alleen toelichting te geven bij de relevante achtergrond van de respondent per thema. In de citaten worden plaatsnamen geanonimiseerd en details wat betreft bijvoorbeeld incidenten weggelaten.

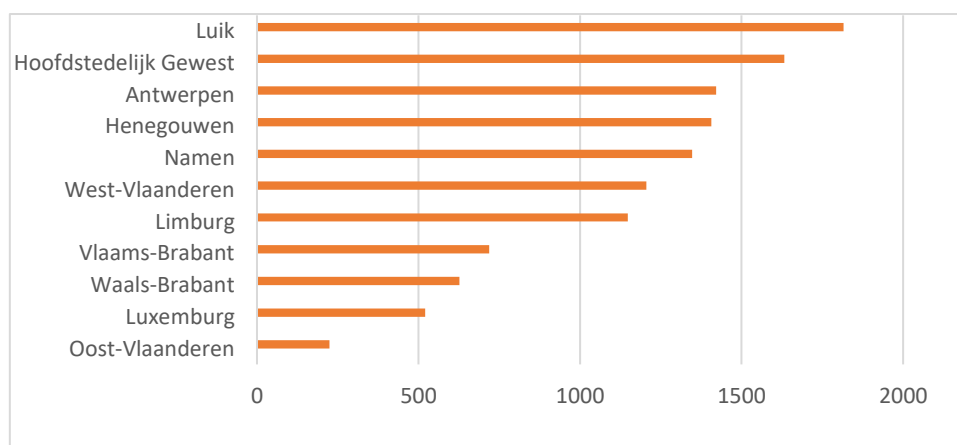
Achtereenvolgens worden de kenmerken van de steekproeven (3.1), meningen en kennis over middelengebruik (3.2), druggerelateerde fenomenen (3.3) en interventies in de centra (3.4), drughulpverlening buiten de centra (3.5), trainings- en interventienoden en uitdagingen bij het implementeren van interventies in de opvangcentra (3.6) besproken.

3.1 Kenmerken van de steekproeven

3.1.1 *Online bevraging*

De bevraging werd in totaal door 273 personen volledig ingevuld. Vragenlijsten die niet volledig werden ingevuld (n=29) werden niet in de resultaten verwerkt. De tabellen en grafieken geven steeds alle antwoorden (n=273) weer, tenzij anders vermeld. Wat betreft persoonskenmerken identificeren we hieronder achtereenvolgens taal, werkgever, provincie, fase in het opvangproces, functie en opleiding wat betreft middelengebruik.

Taal: 58% van de deelnemers vulde de bevraging in het Frans in en 42% in het Nederlands. Dit onevenwicht is in overeenstemming met het groter aantal opvangplaatsen in Fedasil-opvangcentra in Wallonië (5'717 in maart 2023 ten aanzien van 4'717 plaatsen in Vlaanderen) (tabel 2).



Tabel 2: Aantal Fedasil opvangplaatsen per provincie

Werkgever: 81% (n=220) van de deelnemers was tewerkgesteld door Fedasil, 11% (n=30) door een OCMW (die lokale opvanginitiatieven beheren) en 4% (n=11) door Caritas International en Caritas Wallonne. Voor Rode Kruis Vlaanderen, SVASTA en Ciré nam telkens 1 respondent deel. Gezien er in totaal 2'316 mensen in de Fedasil centra werkten in maart 2023, bedraagt de foutenmarge van deze bevraging met betrekking tot Fedasil respondenten 6,29% bij een betrouwbaarheidsgraad van 95%.

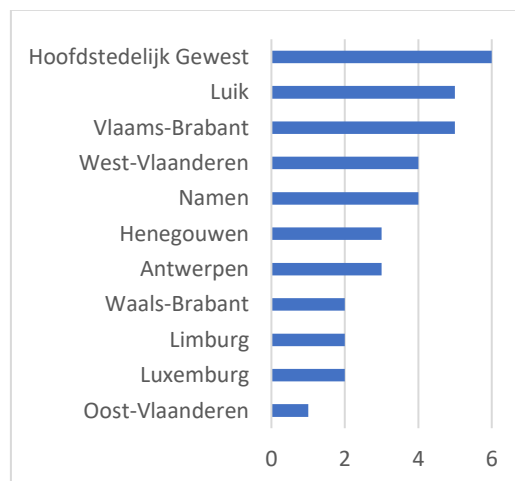
Dit ligt tussen de aanvaardbare marge van 4 en 8%. In het resultaatengedeelte wordt bijgevolg regelmatig gefocust op deze doelgroep.



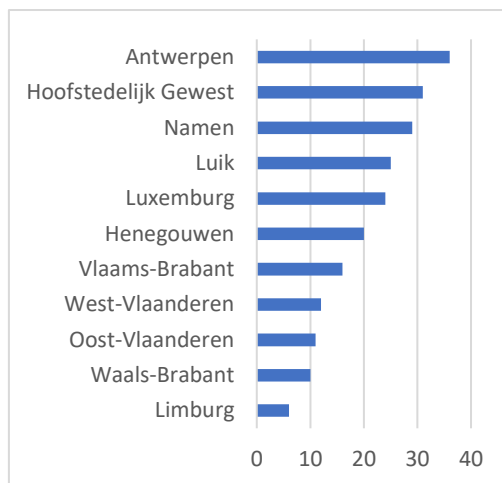
Tabel 3: Provincies waar respondenten tewerkgesteld zijn

72% (n=197) van de respondenten was tewerkgesteld in de Fedasil-opvangcentra in de tweede fase en 14% (n=38) in de eerste fase. 6% van de respondenten (n=17) werkte in een lokaal opvanginitiatief van het OCMW (n=17). 7 respondenten waren in beide fasen in de Fedasil-centra tewerkgesteld en 7 respondenten in crisis- en specifieke opvangcentra.

Provincie: De meerderheid van de respondenten was afkomstig uit respectievelijk Antwerpen (n=43), Brussel Hoofdstedelijk gewest (n=35), Luik (n=34), Namen (n=31), Henegouwen (n=29) en Luxemburg (n=28) (zie tabel 3). Er is een goede spreiding van de provincies waar respondenten werkten ten aanzien van het aantal centra en het aantal bewoners in de OI per provincie (vooral voor Brussel Hoofdstedelijk Gewest, Luik, Namen en Antwerpen). Alleen Luxemburgse respondenten zijn oververtegenwoordigd ten aanzien van het aantal bewoners in die provincie. Limburgse respondenten zijn dan weer ondervertegenwoordigd ten aanzien van het aantal bewoners in de OI die provincie.

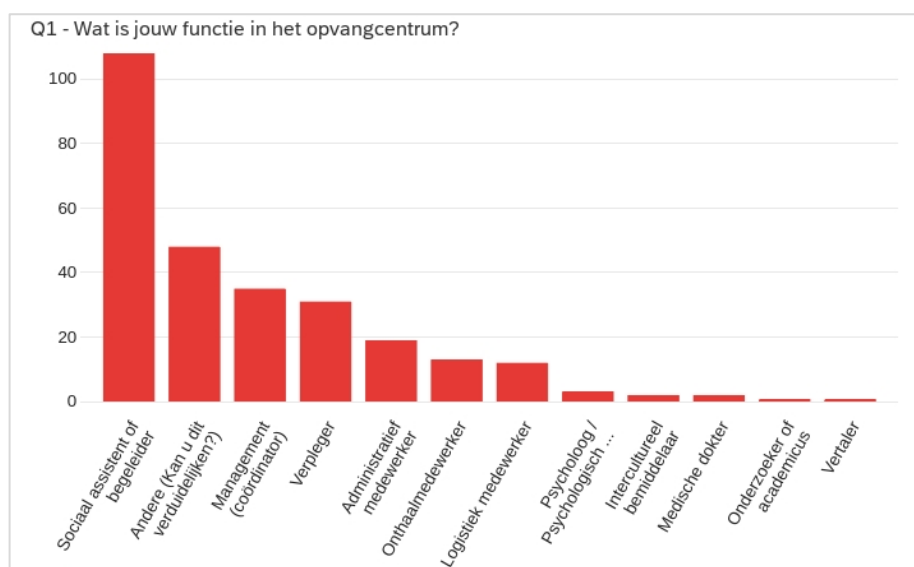


Tabel 4: Regionale spreiding van Fedasil opvangcentra in maart 2023



Tabel 5: Provincies Fedasil respondenten

Functie: 40% (n=108) van de deelnemers definieerden hun functie als sociaal assistent of begeleider. 18% van de deelnemers koos voor de ‘andere’ categorie (zie tabel 6). Het gaat vooral over personen gespecialiseerd in het werken met minderjarigen en personen die werkzaam zijn in een technische dienst. Ook coördinatoren (n=35) en verplegers (n=31) zijn goed vertegenwoordigd (24%). We zien dezelfde spreiding bij Fedasil respondenten.



Tabel 6: Functies van de respondenten

Opleiding: 78% (n=217) van de respondenten gaf aan geen opleiding te hebben genoten wat betreft middelengebruik. Voor uitsluitend Fedasil respondenten gaat het over 76%. Opvallend is dat zij die wel een opleiding volgden dat vooral deden bij VAD in Vlaanderen terwijl in Wallonië en Brussel Hoofdstedelijk Gewest een brede waaier aan vzw's, steden en gemeenten vermeld werd (Ciré, asbl Alto, asbl Solaix, asbl Periscope, asbl Alfa, asbl Trepolin, asbl Project Lama, vzw Divers). Slechts twee personen gaven aan dat dit thema in hun vooropleiding aan bod kwam.

3.1.2 Interviews

49 respondenten werden geïnterviewd (zie bijlage 1 en 2 voor een volledig overzicht) waarvan 27 werkzaam in Fedasil en andere opvanginitiatieven, 16 in de drughulpverlening en 6 in de IBZ gesloten opvangcentra voor illegalen. 19 respondenten vulden ook de online vragenlijst in. 27 respondenten werden in het Frans geïnterviewd en 22 in het Nederlands. Het bleek immers niet gemakkelijk om respondenten in Vlaamse opvanginitiatieven en opvangcentra bereid te vinden voor een interview (zie 2.2.2 Werving). Tijdens de interviews met Nederlandstalige respondenten bleek dat minstens 5 respondenten aangaven weinig ervaring te hebben met middelengebruik in het centrum waar zij werken en / of daarmee gepaard gaande incidenten.

Wij hebben eigenlijk zeer weinig met drugs te maken gehad. Als het dan gaat over harddrugs nog geen enkele keer in de 3,5 jaar dat wij open zijn. Directie, Oost-Vlaanderen

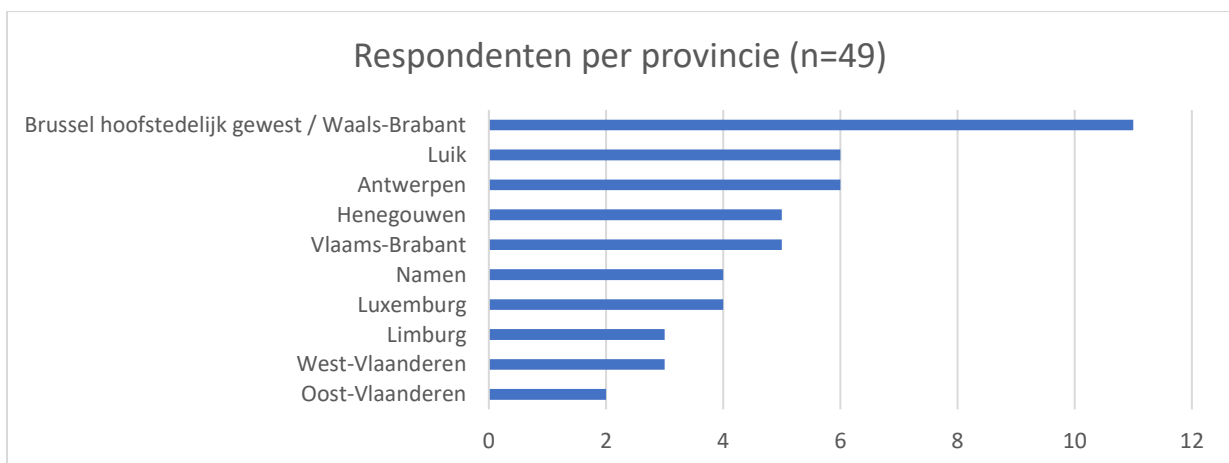
Ik dacht dat de sociale [dienst] daar misschien meer aanraking mee heeft of de medische dienst, maar ook zij gaven dat eigenlijk terug aan mij van goh ja, "heel veel extra gaan wij u niet wijzer kunnen maken". Diensthoofd sociale begeleiding, Limburg

Als de mensen binnenkomen, hebben we wel problemen dat ze iets nodig hebben en niet direct krijgen van onze medische dienst. Maar ja, de dokter die schrijft methadon voor. Die methadon wordt dan gegeven en meestal hebben we dan toch geen problemen met die bewoners. Directie, Brussel

Ik spreek over een handvol situaties op het jaar dat we open zijn. En ook geen extreme gevallen dat er politie of dat er een ambulance moest gebeld worden. Dat is nog niet voorgevallen. Psycholoog, Vlaams-Brabant

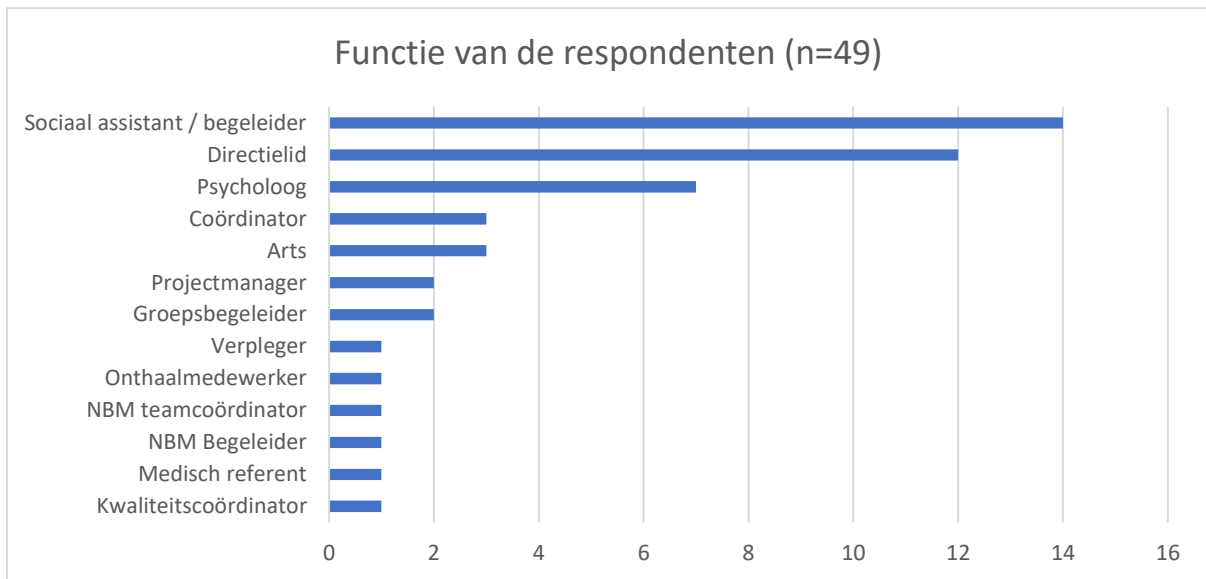
Slechts twee respondenten waren werkzaam in de drughulpverlening in Vlaanderen.

Per Belgische provincie namen minstens 2 respondenten deel. (zie tabel 7)



Tabel 7: Respondenten per provincie

De respondenten bestonden hoofdzakelijk uit sociaal assistenten / begeleiders (zie verderop voor nuancering betreffende het onderscheid), directieleden en psychologen (zie tabel 8).



Tabel 8: Functie van de respondenten

3.2 Meningen en kennis over middelengebruik en gerelateerde interventies

Mening: Aangezien de mening van een professioneel over middelengebruik en gerelateerde interventies een invloed kan hebben op de professionele houding toetsten we deze mening bij de respondenten van de online bevraging af. 42% geeft aan geen mening te hebben over de stelling “*De samenleving is te tolerant wat betreft middelengebruik*”, wat mogelijks op een lage inschatting van de eigen kennis wijst over hoe om te gaan met dit fenomeen in de samenleving (zie tabel 9).

Opvallend is dat 30% het wel eens is met deze stelling en dus vindt dat de samenleving te laks met middelengebruik omgaat. In de Europese bevraging is deze mening minder aanwezig (18%). 27% van de Belgische respondenten is het er niet mee eens, waar dat percentage bij Europese respondenten veel hoger ligt (46%).

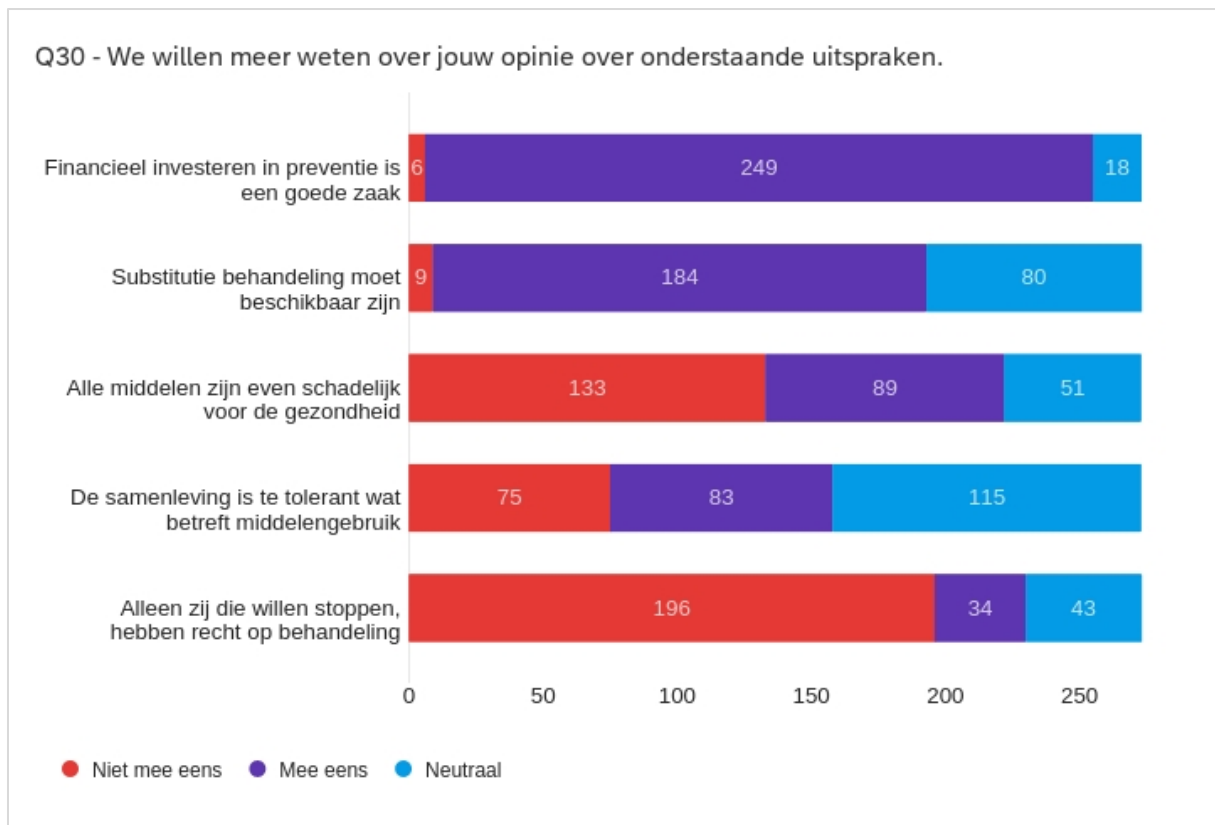
Op basis van de interviews kunnen we deze vaststelling niet verder nuanceren omdat er geen directe vraag over werd gesteld. Wel gaven minstens tien respondenten de aanbeveling om in te zetten op sensibilisering wat betreft druggebruik bij personeel in de opvangcentra. Deze respondenten benadrukten het belang van een gedeelde en oplossingsgerichte visie op middelengebruik.

Je merkt wel dat er vaak niet zoveel empathie is of je hoort dan wel “Als ze een karakter hebben, dan kunnen ze stoppen”, terwijl verslaving meer is dan het niet willen. Psycholoog, West-Vlaanderen

Heel vaak is de blik op druggebruik nog altijd “Dat is slecht en je moet daarmee stoppen”. Maar voor sommige mensen is dat geen optie. En dat gesprek, die informatie [moeten we] meer in het algemene beleid binnenbrengen. Sociaal assistent / begeleider, Antwerpen

Training in producten, wat ze doen, wat ze bij mensen veroorzaken en dat soort dingen, [kunnen] hen echt helpen om druggebruik beter te begrijpen en het niet alleen maar te demoniseren en te zeggen: “Ah, maar dat is niet goed, hij gebruikt”. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

91% van de respondenten is het ermee eens dat investeren in preventie een goede zaak is. 67% vindt dat substitutiebehandeling beschikbaar dient te zijn. 29% heeft hier geen mening over wat er mogelijks op wijst dat men schadebeperkende interventie onvoldoende kent. 72% is het er niet mee eens dat alleen gebruikers die willen stoppen recht zouden hebben op behandeling, wat duidt op een positieve houding ten aanzien van toegankelijke drughulpverlening.



Tabel 9: Meninge over middelengebruik en gerelateerde interventies

Kennis: We gingen bij de respondenten in de online bevraging na hoe het gesteld was met hun kennis over middelengebruik en daaraan gerelateerde interventies. Respondenten duiden bij stellingen aan of men er wel of niet van op de hoogte is (tabel 10 hieronder bevat de samengevatte stellingen).

De resultaten lopen gelijk met deze in de Europese bevraging. Vragen met betrekking tot de kennis over middelen en verslaving (type middelen, type schade, kwetsbaarheid, verslaving) werden samen door meer dan 88% van de respondenten beantwoord met 'dit wist ik al'.

73% geeft aan de doelen van preventie te kennen. Nochtans blijkt uit de invulling die respondenten geven aan 'preventie' tijdens de interviews dat de meerderheid ervan uit gaat dat preventie vooral op kennisoverdracht gericht is terwijl de literatuur uitwijst dat het van belang is om op persoonlijke en sociale competenties en gedrag in te zetten (zie onder en Uitgelicht: Preventie).

65% van de respondenten is op de hoogte van de inhoud van vroeginterventie en 56% van aan interventie gerelateerde assessments. Net zoals in de Europese bevraging lijkt de kennis over schadebeperking betrekkelijk laag: 55% kent de doelen van schadebeperking met opioïde-antagonisten en slechts 29% weet dat Naloxon een opioïde-overdosis kan terugdraaien en levens redden. Nochtans stelt Fedasil een uitgebreide interne richtlijn ter beschikking wat betreft substitutiebehandeling. Het lijkt dus van belang om deze informatie beter intern te verspreiden.

De interviews geven meer inzicht wat betreft de kennis over preventie en schadebeperking. De meerderheid van de respondenten haalt preventie aan wanneer hen gevraagd wordt naar drie aanbevelingen in het omgaan met druggerelateerde fenomenen in de opvangcentra (zie 6. Aanbevelingen). Opvallend is echter dat doorheen de gesprekken blijkt dat respondenten het vooral belangrijk vinden om in te zetten op bewustwording van de aard en gevolgen van middelengebruik bij

bewoners. Met ‘bewustwording’ wordt dan veelal verwezen naar het informeren over negatieve gevolgen van gebruik.

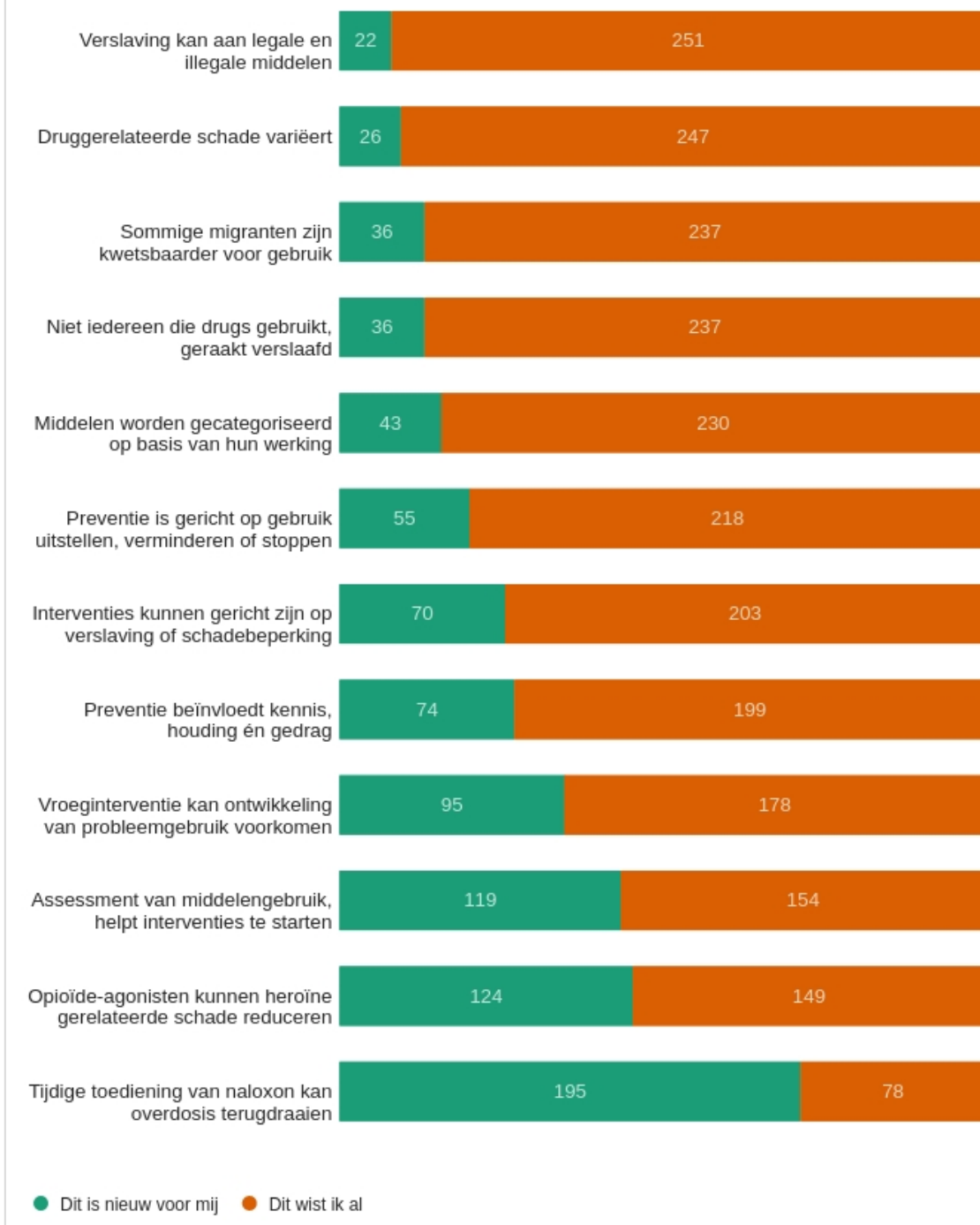
We moeten ze dus bewust maken van de risico's en van het feit dat, ook al is het voor hen misschien normaal, er ook risico's zijn en alle adviezen, alle gevolgen die dat kan hebben. Psycholoog, Luik

Dus ik denk dat we daarnaast misschien ook wel beter kunnen inzetten rond sensibilisering van onze bewoners over de gevaren en de gevolgen van druggebruik. Sociaal assistent / begeleider, Limburg

Waar wij dan specifiek op kunnen inzetten is ook wel meer het informeren, denk ik, rond druggebruik, dus rond die educatie. Mensen meer informeren zodat zij ook wel bewust zijn van welke middelen er zijn, welke gevolgen daaraan gekoppeld zijn. Sociaal assistent / begeleider, Brussel

In de preventiewetenschap werd echter vastgesteld dat het overbrengen van kennis alleen niet effectief is bij het voorkomen of verminderen van middelengebruik (Cuijpers, 2003; Stockings et al., 2016). Alleen preventie interventies die ook een gericht zijn op gedrag, persoonlijke en sociale vaardigheden zoals *skills training*, zijn werkzaam bij het indijken of voorkomen van middelengebruik. Het spreekt voor zich dat informeren of sensibiliseren wel nuttig kan zijn in het kader van geïndividualiseerde vroeginterventie of schadebeperking wanneer de persoon al middelen gebruikt. We komen hier later op terug (3.6.2 Interventienoden in de centra en Uitgelicht: Preventie).

Jouw kennis over middelengebruik. Gelieve te antwoorden met 'ja dit wist ik al' of 'dit is nieuw voor mij'.



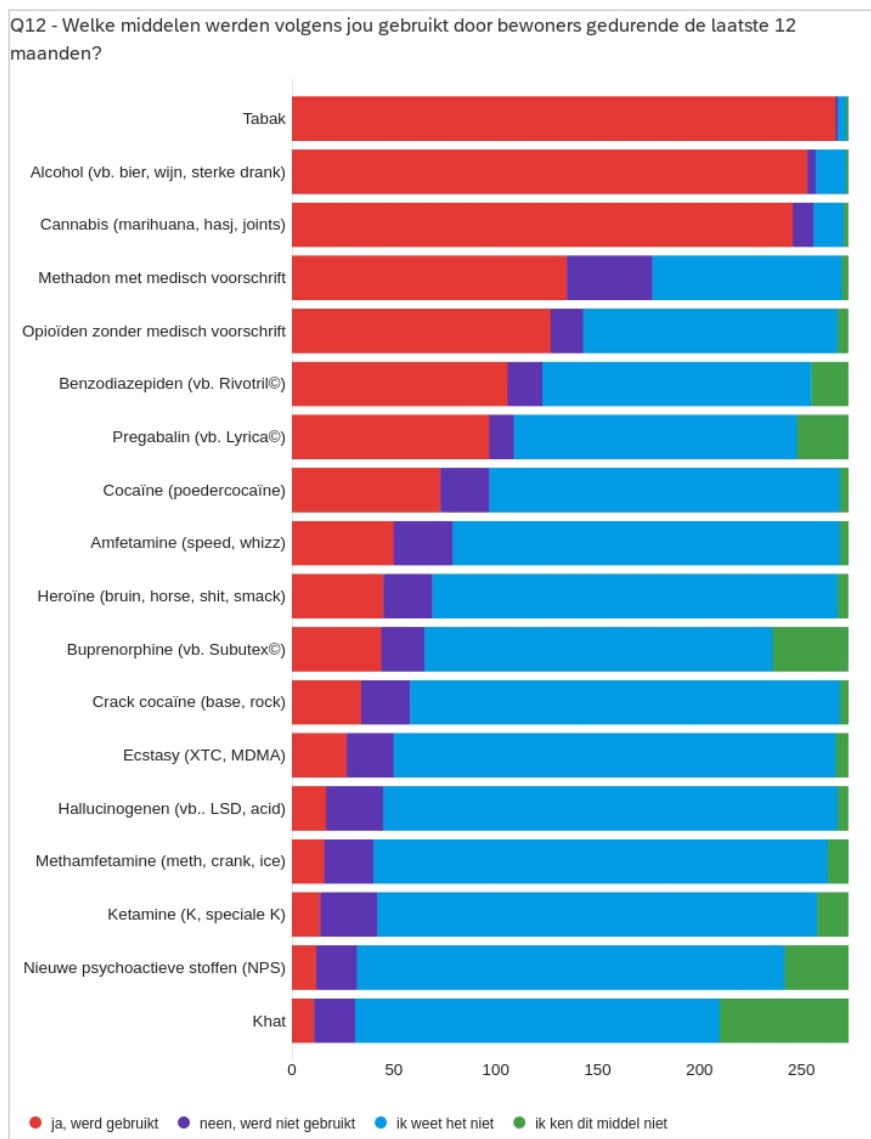
Tabel 10: Kennis over middelengebruik en gerelateerde interventies

3.3 Druggerelateerde fenomenen in de centra

Wat betreft patronen van middelengebruik werd in zowel de interviews als in de online bevraging gevraagd welke middelen volgens de respondenten gebruikt werden door de bewoners gedurende de laatste twaalf maanden. Tijdens de interviews werd ook aan respondenten gevraagd om een geanonimiseerde casus te bespreken om te verzekeren dat het om reëel geobserveerd gebruik ging. In zowel de online vragenlijst als tijdens de interviews werden ook vragen gesteld over kwetsbare groepen en het waarnemen van drughandel in of nabij de centra.

3.3.1 *De aard van het middelengebruik*

Tabel 11 geeft het middelengebruik weer dat werd waargenomen door respondenten in de online bevraging. De lezer dient in acht te nemen dat deze data alleen inzicht geven in de perceptie van respondenten over prevalentie en dus niet in de werkelijke prevalentie van middelengebruik bij VIB. Ook verschilt de aard van het middelengebruik per centrum afhankelijk van onder meer de beschikbaarheid van middelen. Het belangrijkste resultaat van deze vraag is dat respondenten vaak aangeven dat ze niet weten of een middel al dan niet gebruikt wordt.



Tabel 11: Waargenomen middelengebruik

Het waargenomen gebruik loopt gelijk met de prevalentie van middelengebruik in de algemene bevolking. Men observeert het gebruik van respectievelijk tabak, alcohol en cannabis. Dit werd ook vastgesteld in de bevraging van Europese professionelen (EUAA & EMCDDA, 2023) met dien verstande dat in België opioïden (met en zonder voorschrift) meer vernoemd worden. Het is goed mogelijk dat dit veroorzaakt wordt door het uniek methadonbeleid in de Fedasil-centra (zie supra: [1.4](#)) waardoor er meer aandacht is voor deze stoffen.

Daaropvolgend observeren respondenten het gebruik van benzodiazepinen en pregabaline (Lyrica®). Dit is opnieuw gelijklopend met wat er in de Europese bevraging gerapporteerd werd. Het feit dat cocaïne in de Belgische bevraging meer geobserveerd wordt door Belgische dan Europese respondenten kan te maken hebben met een hogere beschikbaarheid van cocaïne in ons land. Deze hypothese werd afgetoetst bij respondenten tijdens de interviews maar werd ontkracht noch bevestigd. Cocaïne gebruik werd weinig geobserveerd door deelnemers aan de interviews. Er werd daarentegen veelvuldig melding gemaakt van de hoge beschikbaarheid van pregabaline (Lyrica®) door de respondenten in de interviews.

Coke zie je eigenlijk nooit of zelden. Het is vooral verdovende... Alé, dat is ook een verdovend middel, maar daar wordt ge zo hyper van. Maar het is vooral om eventjes te vergeten. Groepsbegeleider, Antwerpen

Wat we ook in het centrum hebben gezien (...) is dat er veel meer toegankelijkheid is [van] vooral Lyrica®. Je kunt tabletten op straat kopen en het is goedkoper dan drugs. Er was nog heroïne en coke, die hier veel duurder waren en misschien wat moeilijker te vinden. Psycholoog, Luik

Het middelengebruik dat meest geobserveerd werden door geïnterviewden loopt gelijk met de antwoorden aan de online bevraging, respectievelijk: alcohol, cannabis en daaropvolgend pregabaline (Lyrica®), diazepam (Rivotril®) en methadon. Aangezien de helft van de respondenten uitvoerig inging op het gebruik van pregabaline / Lyrica® besteden we er hieronder extra aandacht aan.



Uitgelicht: Pregabaline (Lyrica®)

Pregabaline is de actieve stof in onder meer het Pfizer medicijn Lyrica®. Het is een middel dat overgestimuleerde zenuwen kalmeert. Het behoort tot de medicatieklasse van de anti-epileptica en angstmedicatie en wordt voorgeschreven voor onder meer angststoornissen, neuropatische pijn en epilepsie. Overconsumptie wordt onder meer maar niet uitsluitend gelinkt aan een euforisch gevoel, verminderd zicht, verhoogd zelfvertrouwen, agressie, hallucinaties (>800 mg.) maar ook suïcidale gedachten.

Pfizer vermeldt op haar website dat Lyrica® “al aan meer dan 16 miljoen mensen wereldwijd werd voorgeschreven sinds 2005”. In 2019 werd aan negen bedrijven⁹ door de FDA toegestaan om generische pregabaline te produceren waar voorheen alleen Pfizer een licentie had. Dit is waarschijnlijk een van de oorzaken van het verhoogd gebruik van dit middel de voorbije jaren.

Het RIZIV observeerde de voorbije jaren dat er meer Lyrica® werd voorgeschreven (in hoge dosissen) in België (Transit, 2022). Het RIZIV bezorgde daarop in mei 2023 enkele richtlijnen aan alle Belgische artsen met daarin onder meer de aangeraden dagelijkse dosis (150-600 mg.).

⁹ Alembic Pharmaceuticals, Alkem Laboratories, Amneal Pharmaceuticals, Dr Reddy's Laboratories, InvaGen Pharmaceuticals, MSN Laboratories, Rising Pharmaceuticals, Sciegen Pharmaceuticals, and Teva Pharmaceuticals.

Men verkrijgt Lyrica© aan de hand van een voorschrift van de huisarts (al dan niet via medisch nomadisme), via familieleden die het middel therapeutisch gebruiken, of via de zwarte markt. De zwarte markt wordt vermoedelijk bevoorrad met pregabaline die via voorschriften werd verkregen en in beperkte mate via de *dark web* (Cunliffe et al., 2019). Een bevraging bij gebruikers door Transit asbl toont aan dat een pil van 300 mg. in Brussel te verkrijgen is voor 1 Euro.

In de [NPRO](#) documentaire 'Verloren Jongens' getuigt een gebruiker met nomadisch bestaan in Europa dat Brussel een verkoop hub in Europa is. Dit wordt ook elders gedocumenteerd (Moens & Husson, 2023). Omdat medisch nomadisme aan overconsumptie bij kan dragen getuigen verschillende respondenten tijdens de interviews dat de artsen voorschriften controleren door voorschrijvende artsen en apothekers te contacteren of het voorschrijven te beperken. Waakzaamheid bij het voorschrijven van deze medicatie is inderdaad van belang (Laribi et al., 2023).

Veel mensen gebruiken ook aliassen. Ik ben dakloos, ik kom de eerste keer bij je langs, jij bent dokter, ik kom bij je langs. Ik heet Chris en de 2e keer heet ik Georges en dan André totdat het niet meer werkt en ik van dokter verander. Ik verander van apotheek. Directie, Brussel

Maar zelfs al wordt dat voorgeschreven door een andere arts, dan wordt dat hier heel vaak door het arts team alsnog bekeken, er wordt contact genomen met de andere arts. Sociaal assistent / begeleider, Antwerpen

Dus uiteraard als mensen komen met een chronisch schema dat ze al lang nemen, dan zetten we het verder. Dan proberen we langzaam af te bouwen, wat heel moeilijk is in onze setting. Als mensen niet kunnen bewijzen dat ze dit al nemen, dan is het een njet. Arts, Antwerpen

Dit zijn medicijnen die de dokter normaal gesproken op verzoek van de jongere, nooit voorschrijft. Vroeger wel. (...) In feite werden ze totaal onhandelbaar en werd er een hele handel opgezet waarbij jongeren naar Luik en Brussel gingen om zich te bevoorraden en kwamen terug met een voorraad die ze in het centrum verkochten. Het was een hel. Er kwam een instructie, een richtlijn van het hoofdkantoor in feite voor alle centra, dat we vervangende middelen geven, maar dit soort medicijnen geven we in ieder geval niet. Directie, Namen

Toch lijkt het erop dat een te strikt beleid rond het niet voorschrijven van de medicatie – vanuit een schadebeperkend perspectief – ertoe kan leiden dat personen teruggrijpen naar de zwarte markt met het risico om in de criminaliteit terecht te komen. Daarom kan het beheerst voorschrijven van de medicatie – met bijvoorbeeld een afbouwplan – als een vorm van schadebeperking gezien worden.

Ik had bijvoorbeeld een bewoner die veel methadon en Tramadol© gebruikte. Naast methadon wilde hij Lyrica©. Maar dat wilde men hem niet voorschrijven. Hij ging zich in Frankrijk bevoorraden, werd daar gearresteerd en in een opvangcentrum op de luchthaven van Lille vastgehouden. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Pregabaline is een middel dat voor personen op de vlucht relatief gemakkelijk te verkrijgen en aantrekkelijk is omdat het de moeilijke omstandigheden waarin zij vaak leven lijkt te vereenvoudigen (trauma, op straat leven). Pregabaline wordt vaak in combinatie met andere middelen zoals clonazepam (Rivotril©) gebruikt (Moens & Husson, 2023). Zoals bij elk middel houdt ontwenning van pregabaline in dat men de dosis gestaag en niet plots verlaagt.

Ik zie mensen die 3000 mg namen en dan plots in ons centrum terecht komen. Ja, ten eerste, dat is gevaarlijk als je die niets geeft, maar ik neem aan dat die daar ook gewoon ziek van zijn – fysiek is dat gewoon zo – dus ja, je kunt dan zeggen "we gaan ze niks geven", maar ze gaan daar niet rustiger van zijn, daar ben ik zeker van. Arts, Vlaams-Brabant

Bij ons had hij geen toegang meer tot deze medicijnen en ontwikkelde hij ontwenningssymptomen. Dus trillen, nachtelijk zweten, pijn. Nou, het was behoorlijk heftig. Hij ging naar de dokter in ons centrum en zei: "Kijk, ik heb dit nodig". En de dokter weigerde. Wat er toen gebeurde was dat de bewoner ontplofte van woede en agressief werd: hij beledigde de arts, hij beledigde mijn collega's. Psycholoog, Brussel

Wereldwijd, komt het niet-medisch gebruik van gabapentinoïden (waaronder Lyrica©) vooral voor bij personen die van opiaten (heroïne, methadon) afhankelijk zijn en personen die een geschiedenis van chronische pijn hebben (Fonseca et al., 2021). Het gebruik van Lyrica© is in bepaalde landen zoals

Algerije – waar het ook Sarouckh of Taxi genoemd wordt – en Marokko (Moens & Husson, 2023) ingebed in een specifieke straatcultuur. In Algerije is het aantal mensen dat per jaar wordt gearresteerd voor het gebruik of bezit van voorgeschreven en synthetische medicatie sneller gegroeid dan het cannabisgebruik tussen 2014-2019. Het percentage arrestaties is meer dan verviervoudigd in die periode. Vooral het gebruik van Lyrica© blijkt bijzonder prevalent te zijn in Algerije en bij uitbreiding Marokko en Tunesië (Herbert & Gallien, 2020).

In Frankrijk werd een verhoging in de voorschriften en een verhoging van het aantal vervalste voorschriften vastgesteld (Dufau, 2020). Dufau vermoedt dat de verhoging mogelijks te maken heeft met de significante migratiestroom uit Maghreb landen. Het is echter van belang om voorzichtig om te springen met dit type conclusies: in België merkt Eurotox bijvoorbeeld op dat er ook bij Belgen zonder migratieachtergrond een verhoogd gebruik wordt vastgesteld (op basis van de voorschriften).

Verder zijn er ook aanwijzingen dat personen op de vlucht Lyrica© werd voorgeschreven in het kader van angststoornissen in de Griekse kampen of onderweg naar België in Europese landen met andere voorschrijfculturen (Servais et al., 2023, EASO & EMCDDA, 2023).

In België stelden Servais en collega's (2023) in een verkennende studie vast dat onder de personen die Lyrica© gebruiken het profiel van jonge migranten met Noord-Afrikaanse of Maghreb roots zonder opioïde afhankelijkheid prominent aanwezig is. In dit onderzoek gaven deze gebruikers aan dat zij het middel vooral gebruikten om om te gaan met traumatische levensgebeurtenissen. De studie stelde ook vast dat het gebruik vaak een vorm van zelfmedicatie is, gelinkt aan onbehandelde psychiatrische noden.

In de voorliggende studie geven 18 respondenten aan dat Lyrica© gebruik vooral bij jonge personen vanuit de Maghreb (Marokko, Algerije, Tunesië) een fenomeen is dat zij tijdens de laatste 12 maanden hebben waargenomen. Het gaat vooral om Franstalige respondenten in de opvanginitiatieven wat mogelijks een gevolg is van het feit dat deze profielen vanwege de taal eerder naar centra in het Franstalig landsdeel worden doorverwezen.

Uitgelicht 1: Pregabalin (Lyrica©)

3.3.2 Kwetsbaarheid: persoonskenmerken en doelgroepen

Bij de vraag of specifieke VIB kwetsbaarder zijn op het gebied van middelengebruik antwoordde 67% (n=182) positief, 26% (n=70) wist het niet en slechts 7% (n=21) antwoordde negatief. In de open antwoordoptie geven respondenten opvallend vaak aan dat **jongeren** (n=34) en niet-begeleide minderjarigen (n=54) een kwetsbare groep zijn, zowel zij die internationale bescherming vragen maar zeker ook zij die dat niet doen (zoals de jongeren met roots in Marokko, Algerije en Tunesië die hierboven worden beschreven).

Daarnaast vermelden de respondenten ook heel wat persoonskenmerken die gerelateerd worden aan middelengebruik (tabel 12). Kenmerken die slechts één keer werden vermeld¹⁰ werden, zijn niet in de tabel opgenomen.

Waargenomen kwetsbaarheden voor middelengebruik	Aantal keer geantwoord
Middelengebruik in thuisland	56
Niet-begeleide minderjarige (die wel of geen bescherming vraagt)	54

¹⁰ Pijnprobleem, mentale beperking, de taal niet machtig zijn, intra familiaal geweld, werkloos zijn, leefomstandigheden opvangcentra, negatieve beslissing, werkloosheid, coping mechanismen, kindsoldaten, foltering

Psychische / psychiatrische problemen (trauma, kwetsbaarheid)	41
Man	35
Minderjarig	34
Alleenstaand	33
Isolatie	16
Moeilijk parcours / gebruik op de route / in transit	12
Verveling / lange wachttijd	8

Tabel 12: Waargenomen kwetsbaarheden voor middelengebruik

Minderjarigheid en gebrek aan statuut

Jongeren zijn kwetsbaar vanwege de minderjarigheid in combinatie met traumatische ervaringen. Een van de respondenten licht tijdens de interviews het verhaal van een jongere toe waarbij de moeder besloot om hem achter te laten in België nadat zij een bevel kreeg om het grondgebied te verlaten. Zij schatte in dat zo de kans groter was dat hij bescherming zou krijgen. De psychologische gevolgen van dit gebeuren vertaalden zich in middelengebruik.

We stopten hem en zijn broertje in een MENA-centrum en elke keer als hij met ons sprak, was er die wrok tegen zijn moeder. Er was iets in hem gebroken. Hoe kon ze hen dit aandoen. (...) Omdat er geen antwoord was, moest hij er een vinden. Je moet proberen deze vraag in te vullen en deze vragen te beantwoorden door middelengebruik. Hij begon gedragsproblemen te krijgen op school en het ging van kwaad tot erger. Sociaal assistent / begeleider, Brussel

Voor **niet-begeleide minderjarigen (NBM) die bescherming vragen** worden specifieke plaatsen in het Fedasil netwerk voorbehouden, al dan niet in centra waarin ook andere doelgroepen verblijven. Fedasil voorziet ook specifieke begeleiders voor deze doelgroep en een specifieke dienst gericht op deze doelgroep vanwege de specifieke kwetsbaarheid van minderjarigheid. Uit de interviews blijkt dat bij jongeren die verblijven in deze afdelingen en die ook naar school gaan zich slechts in beperkte mate problemen stellen wat betreft middelengebruik.

Voor **jongeren die geen verzoek tot internationale bescherming aanvragen** werden tijdens de interviews veel bezorgdheden geuit. Het gaat om jongeren die een nomadisch bestaan in Europa leiden en die vaak meermaals in een opvangcentrum voor jongeren terecht komen onder verschillende namen zoals in het Fedasil centrum in Sugny. Volgens de respondenten wordt het verblijf door deze jongeren beschouwd als een tijdelijke adempauze in hun leven op straat waardoor het moeilijk is om hen duurzaam te begeleiden.

Het zijn vrijbuiters in België, ze reizen door heel België. Geen papieren, geen asielaanvraag, geen paspoort, helemaal niets, geen bijlage 26. Ze komen met valse identiteiten en namen die we toch niet kunnen controleren. Valse geboortedata, aliassen enzovoort. Sommigen zijn 5 keer teruggekomen naar het centrum met 5 verschillende aliassen. (...) Ze vragen meestal niet om ondersteuning, simpelweg omdat veel van hen niet van plan zijn om in het netwerk te blijven, maar een pauze van een maand of twee nodig hebben. (...) Ik vind het extreem moeilijk om problemen aan te pakken als ze geen asielaanvraag doen. Directie, Namen

Wat we niet meer hebben, want we hebben nogal wat problemen gehad met deze jongeren, zijn de jongeren uit de Maghreb, die geen internationale bescherming zoeken en die heel andere problemen hebben en vooral betrokken zijn bij drugshandel (...). We hebben dus een paar incidenten gehad en het besluit van de hoofdzetel was om dit profiel niet meer naar ons te sturen. Directie, Luxemburg

Het feit dat men **geen aanvraag tot bescherming doet of kan doen** zorgt ervoor dat begeleiding moeilijk is. De gevolgen van dit 'non-statuu' zijn vergelijkbaar met de leefomstandigheden van de steeds groeiende groep van kwetsbare niet-erkende vluchtelingen die op straat verblijven ofwel omdat er geen plaats voor hen is in de opvangcentra (*no-show*), ofwel omdat ze zijn ondergedoken vanwege een bevel om het grondgebied te verlaten. Dat kan onder meer het gevolg zijn van een zogenaamde *laissez-passez* in een gesloten centrum en / of van het feit dat de nationaliteit hun werd ontnomen na

het plegen van strafbare feiten (hoewel zij veelal al jaren in België verblijven en geen band meer hebben met het land van herkomst). Een respondent in de hulpverlening getuigt over de groeiende groep personen in deze kwetsbare situatie.

Ze proberen naar onze accommodatie te komen om 13 dagen uit te rusten. Ze worden beter en dan gaan ze weer de straat op totdat er ernstiger dingen gebeuren die hen in de gevangenis doen belanden en leiden tot een besluit tot repatriëring. En dat is onzin. Ik ken hier mensen die 5 uitzettingsbevelen hebben gekregen. Voila. Directie, Brussel

Beschikbaarheid en gebruik in het herkomstland

In de open vraag van de online vragenlijst wordt ook naar het gebruik in het herkomstland verwezen als mogelijke kwetsbaarheid voor gebruik in België. Men vernoemt dan vooral en in gelijke mate Afghanistan, Georgië en de Maghreblanden. Ook Oost-Afrikaanse landen (Eritrea and Somalië) en Palestina komen aan bod. Tijdens de interviews werden dezelfde herkomstlanden belicht (respectievelijk: Maghreblanden, Georgië, Palestina, Afghanistan). Uit Afghanistan en Palestina komen de meeste vragen om internationale bescherming in België, wat de zichtbaarheid van middelengebruik in deze groepen mogelijk beïnvloedt.

Het benoemen van herkomst als kwetsbaarheid wordt niet zozeer aan ‘culturele gebruiken’ gelinkt maar wel aan het type beschikbare middelen, de toegankelijkheid ervan en de gangbaarheid van gebruik in deze landen. Ook het drugbeleid in deze landen is van belang.

Wat betreft Georgië blijkt in de interviews dat de lage beschikbaarheid van methadon in sommige landsdelen in combinatie met de beschikbaarheid ervan in België een drijvende kracht voor hun (circulaire) migratie kan zijn. Onderzoek documenteert dat bijvoorbeeld in de Abchazië regio methadon niet beschikbaar is (Le Pavic, 2023). Door de respondenten werd waargenomen dat wanneer personen met de Georgische nationaliteit een bevel krijgen om het grondgebied te verlaten zij vaak terugkomen naar België om hier gestaag te ontwennen en / of omdat er voor hen geen toekomst in Georgië is. Pavic wijst er inderdaad op dat er sprake is van circulaire migratie uit deze regio. Het feit dat men dan illegaal in het land verblijft is een risicofactor voor hervat.

Hij had ook heel veel letsels van de spuiten, dus die werd ook wel goed verzorgd en zo. Die man moest even aansterken. [...] Eigenlijk begreep hij de procedure niet en wou absoluut niet terug naar Georgië. Zijn dochter is hier en als ik bleef doorvragen van “Hoe komt het nu dat je dat hebt ondernomen?” [suïcidepoging] en als ik wat probeerde te exploreren, ging het iedere keer terug naar zijn procedure. Psycholoog, West-Vlaanderen

Middelengebruik bij vrouwen

Op de open vraag of men verschillende gebruikerspatronen bij vrouwen ziet, antwoordt 70% (n=191) negatief en 23% (n= 63) positief in de online bevraging. De overige respondenten geven aan dat zij het niet weten. In de open antwoordmogelijkheid antwoordt de meerderheid van de respondenten dat er minder gebruik is bij vrouwen (n=37). Daarnaast antwoordt men in gelijke mate dat gebruik discreter en dus minder zichtbaar is bij vrouwen en dat het vaker over legale middelen waaronder alcohol en medicatie gaat.

Bovenstaande bevindingen wordt beaamd in de interviews: 7 respondenten verwijzen naar casussen van vrouwen die afhankelijk zijn van vooral alcohol en medicatie. In twee gevallen werd de politie en het vertrouwenspunt Kinder mishandeling ingeschakeld vanwege het overmatig gebruik en tekenen van verwaarlozing. Hoewel die interventie weliswaar gerechtvaardigd is, illustreert dit waarom het voor vrouwen met kinderen een taboe kan zijn om op zoek te gaan naar hulp. Twee respondenten bespreken ook casussen van vrouwen die methadon gebruiken. Toekomstig onderzoek in de specifieke vrouwen- en meisjescentra en -afdelingen dient deze fenomenen uit te diepen.

Deze vraag werd niet gesteld in de Europese bevraging.

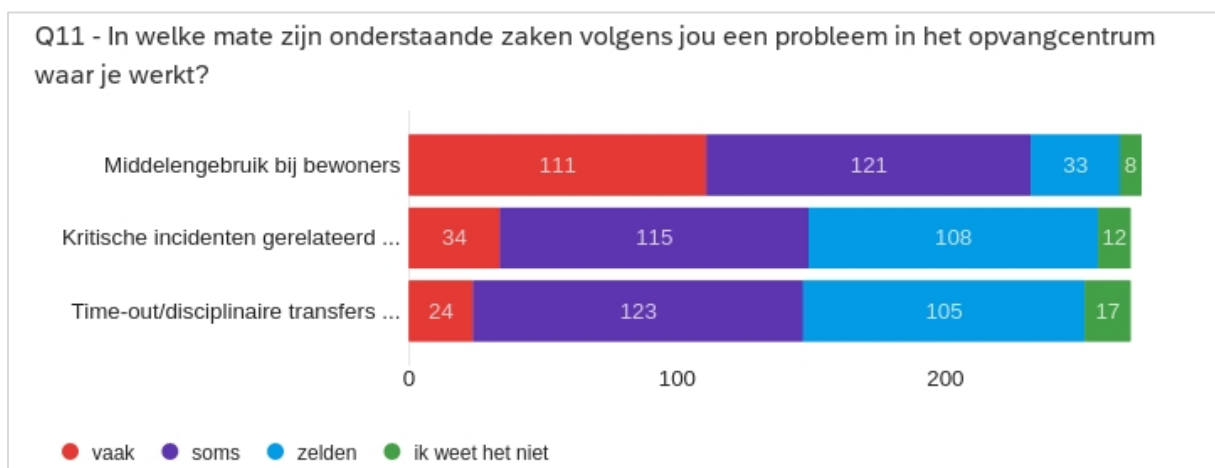
Ze gebruikte medicatie en alcohol. Maar zodra ze een beetje alcohol gebruikte, had ze direct een black out omdat ze medicatie gebruikte en er sprake was van overconsumptie van medicatie. Maar toen we de functie van het product zagen, zat ze in een depressie. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Ze raakte in toestanden waarin ze niet meer wakker werd. Dus gaf ze haar kinderen 's ochtends geen eten. Ze bracht ze niet naar de bus, dus het ging niet goed, de kinderen gingen minder naar school. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

We merkten dat die vrouw ook redelijk veel alcohol consumeerde, wat soms niet goed samengaat met de opvoeding van haar kindjes. (...) Dan is het eigenlijk zo ver gekomen dat we haar een papier hebben laten ondertekenen dat ze moet blazen als we een vermoeden hebben van alcoholgebruik. Op die manier kan gerichter klacht worden neergelegd bij de politie. Sociaal assistent / begeleider, Oost-Vlaanderen

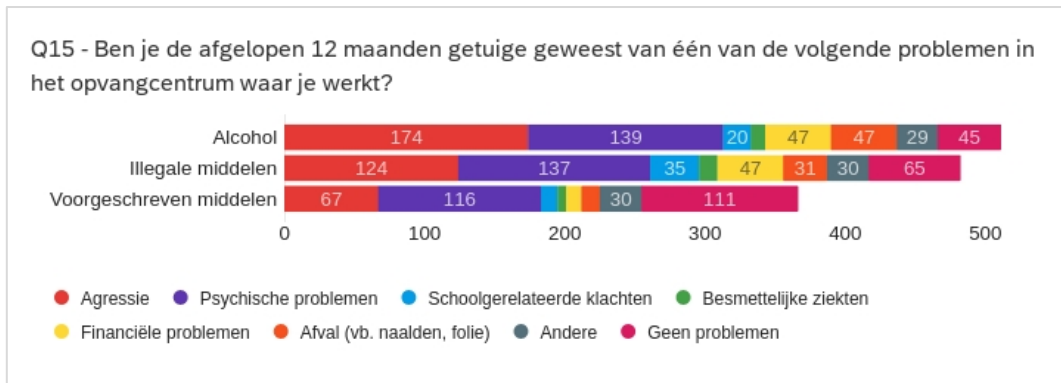
3.3.3 Vooraf alcohol gerelateerde agressie

41% van alle respondenten in de online bevraging en 46% van de Fedasil-respondenten rapporteert dat het middelengebruik *an sich* vaak een probleem is in het opvangcentrum waar men werkt (zie tabel 13). 13% geeft aan dat kritische incidenten gerelateerd aan gebruik vaak een probleem vormen. Bij Fedasil-respondenten ligt dit percentage hoger (35%), wellicht omdat de terminologie ('kritisch incident') eigen is aan de Fedasil-context. Slechts 8% van alle respondenten en 10% van de Fedasil-respondenten zegt dat time-out / disciplinaire transfers vaak een probleem vormen. De meeste respondenten antwoorden voor de drie genoemde fenomenen dat ze 'soms' een probleem vormen.



Tabel 13: Waargenomen druggerelateerde problemen

Wanneer gevraagd werd naar de aard van de problemen en het type problematische middelen geven respondenten duidelijk aan dat agressie gerelateerd aan alcohol het vaakst voorkomt (zie tabel 14). Er is geen onderscheid tussen respondenten die in Fedasil-centra of elders tewerkgesteld zijn. Voor alle vermelde middelen (alcohol, illegale en voorgeschreven middelen) geldt dat psychische problemen het vaakst als een gerelateerd probleem vermeld worden. Hierbij maken we de kanttekening dat uit de vraag de causaliteit niet kan blijken: waren psychische problemen de oorzaak van het gebruik of was het net omgekeerd? Bij voorgeschreven middelen wordt het vaakst vermeld dat het gebruik ervan geen problemen met zich meebrengt. Nochtans blijkt uit de interviews dat ook incidenten onder invloed van medicatie voorkomen.



Tabel 14: Ervaring met druggerelateerde problemen

Ook in het VAD-project (2018, zie [1.4](#)) werd opgemerkt dat de Belgische ‘alcoholcultuur’ en de opvattingen over alcohol van vóór de migratie vaak met elkaar botsen. Terwijl Belgen thuis en in cafés kunnen drinken, zijn deze opties niet beschikbaar voor VIB, waardoor alcoholgebruik nog meer in de taboesfeer wordt gedrongen. Cannabisgebruik werd vooral gesignaleerd bij jonge VIB, terwijl medicatiegebruik in sommige gevallen – net zoals in de EUAA-studie – als problematisch werd omschreven.

Ook tijdens de interviews werd door Fedasil respondenten verwezen naar alcohol-gerelateerde agressie-incidenten. Daarnaast wordt door Fedasil respondenten en andere opvangpartners die deelnamen verwezen naar incidenten gerelateerd aan het niet verkrijgen van medicatie of agressie die samengaat met waanbeelden of psychose. Wanneer de veiligheid van bewoners en / of personeel in het gedrang komt, wordt gekozen voor een transfer of time-out, wat betekent dat men tijdelijk of permanent naar een ander centrum gaat. Deze interventie beschrijven we in een volgend hoofdstuk (3.4).

De enige keer dat we incidenten of problemen hebben met het gebruik door volwassenen is met alcohol. Mensen ontwikkelen dan een zekere mate van fysieke of verbale agressie naar andere bewoners en personeel. Directie, Namen

De belangrijkste problemen zijn dezelfde als overal elders, namelijk toxische psychose, agitatie, mensen die weinig slapen en zich opsluiten in ons centrum. Het leidt ook tot agressie in het centrum denk ik en angst bij de andere bewoners. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Het risico is dat we niet kunnen voldoen aan de vraag van de jongere [om medicatie] op dat moment... en dat die jongere dan ofwel in crisis gaat en dat er een groot agressie-incident volgt, of dat die jongeren gewoon vertrekt omdat die niet krijgt wat hij wil of nodig heeft. Coördinator, Brussel

Een interne analyse van incidenten tussen 2019 en augustus 2023 bij Fedasil toont inderdaad aan dat geregistreerde incidenten dubbel zo vaak alcohol gerelateerd zijn in vergelijking met incidenten gerelateerd aan druggebruik. Fysieke en verbale agressie komen meest voor in vergelijking met andere types geregistreerde incidenten. Tijdens de COVID-periode was er – vermoedelijk door de isolatie – een opvallende piek waar te nemen in het aantal incidenten dat plaatsvond in de centra. Internationaal onderzoek toont aan dat in die periode een verhoging van het middelengebruik plaatsvond bij vluchtelingen in en buiten de centra (WHO, 2020).

Tijdens de interviews werden in totaal acht casussen van druggerelateerde suïcidepogingen gemeld gedurende de voorbije 12 maanden: 4 in de Fedasil opvangcentra, 3 in de IBZ gesloten centra en 1 een partner-opvanginitiatief. In twee gevallen werd de poging voorafgegaan door (ernstige) automutilatie. Drie suïcidepogingen werden veroorzaakt door een overdosis. De interne Fedasil monitoring van incidenten maakt melding van 21 druggerelateerde suïcidepogingen tussen 2019 en augustus 2023. Mogelijks worden niet alle suïcidepogingen gemeld.

Zijn dosering werd dus 's ochtends, 's middags en 's avonds afgeleverd en alle pillen die hij had moeten innemen zaten in hetzelfde zakje. We realiseerden ons dat hij zijn medicatie al een aantal weken, minstens 5 weken, niet had ingenomen. Om deze en mogelijks vele andere redenen probeerde hij zichzelf in brand te steken in het centrum. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Wat het medische team van Fedasil alarmeerde was dat de patiënt op een bepaald moment een overdosis had genomen en daardoor in een soort coma lag. Toen namen ze contact met ons op. Wat we vaak tegenkomen, wat we bij deze persoon niet vinden, zijn zelfmoordgedachten, die zeer aanwezig zijn. Psycholoog, Namen

Ik deed in de speciale vleugel een deur open en daar lag een man dood in bed en ik moest die dan reanimeren. Dus daar was ik wel niet goed van. Die was dan echt overleden. Die had een dag daarvoor bezoek gehad en de wetsdokter had allemaal illegale drugs in zijn zakken gevonden. Groepsbegeleider, Antwerpen

Tot slot melden respondenten uit twee centra dat er regelmatig injectiespuiten aangetroffen worden. Gezien in beide centra ook gezinnen met kinderen verblijven, vormt dit een ernstig (gezondheids)risico.

3.3.4 Dealen in en rond het centrum

Op de open vraag in de online vragenlijst of participanten de afgelopen 12 maanden hebben opgemerkt dat er middelen in of rond het centrum gekocht of verkocht werden, antwoordde een kleine meerderheid, van vooral Fedasil respondenten (56%) positief. 47% van de respondenten licht het positief antwoord verder toe in de open antwoordoptie. Respondenten rapporteerden een vermoedelijke verkoop tussen bewoners: 7 van deze respondenten hebben die verkoop ook kunnen vaststellen. De meeste respondenten verduidelijkten dat het ging om een vermoeden (n=32).

13 respondenten gaven aan dat de (ver)koop samenhangt met de locatie van het centrum (landgrensgebieden, station wijken) en er wordt specifiek verwezen naar aankoop van middelen in grootstedelijke gebieden (o.a. Antwerpen, Brussel, Charleroi, Namen, Moeskroen). Respondenten verwijzen ook naar derden die naar het centrum komen om middelen te verkopen (n=10). Vier respondenten rapporteren dat voormalige bewoners terug naar de centra komen om te verkopen. Men vermeldt alleen de verkoop van cannabis (n=22) en de medicatie Rivotril®, Lyrica® en Tramadol® (n=16).

In de interviews melden minstens tien respondenten een sterk vermoeden van verkoop in het centrum of verkoop van buitenaf.

Er wordt gehandeld in tabletten van €3,00 tot €5,00. En dat is ingewikkelder om te observeren en te beheren. (...) We schakelden de politie in en vonden 2 dozen Rivotril® in een kast. Maar dat is genoeg. Daarom zoeken we ook in de valse plafonds, want we weten wie deze dingen opslaat. Directie, Luxemburg

Dus kamercontrole naar gebruik van middelen doen we enkel als we een heel zwaar vermoeden hebben op dealen. Dat is op die 3,5 jaar twee keer gebeurd en effectief was het ook wel. Je krijgt signalen enzovoort en dan eventjes in het oog houden en dan ging het over dealen. Directie, Oost-Vlaanderen

Twee respondenten hebben het ook over hoe bewoners terecht kunnen komen in illegale circuits.

Die man mocht dan af en toe klusjes opknappen in Antwerpen of een jobje doen in Antwerpen, zoals schilderen. Hij werd betaald in drugs of in pillen. Arts, Antwerpen

A koopt van B, maar B kan niet naar A omdat ze allebei volwassen zijn. Dus gebruiken we C in het midden, die een niet-begeleide minderjarige is, omdat zij niet strafbaar zijn. Sociaal assistent / begeleider, Brussel

3.3.5 De beschikbaarheid beïnvloedt het gebruik

Tijdens de interviews wijst een deel van de respondenten op beschikbaarheid van middelen in het centrum, in de bredere omgeving van het centrum (vb. Lyrica[®], cannabis), maar ook in de Belgische context in vergelijking met andere landen (vb. alcohol). Die beschikbaarheid beïnvloedt het gebruik. De totale afwezigheid van middelen in de samenleving is weliswaar onmogelijk maar het gericht reguleren van de beschikbaarheid (voor specifieke doelgroepen) kan het gebruik mogelijks wel positief beïnvloeden.

We hebben ook geen meerderheid van de bewoners die drinkt, simpelweg omdat we zo geïsoleerd zijn dat ze 5 km moeten lopen om bij de eerste de beste supermarkt te komen (lacht). Directie, Namen

Maar we concentreren enorm veel mensen die problemen met verslaving hebben. Misschien wel te veel op dezelfde plaats. En met verschillende types verslavingen. Bijvoorbeeld als iemand binnenkomt met een voorschrift voor Lyrica[®] en Tramadol[®] krijgt, en iemand uit Gaza zegt "Oh, maar ik heb captagon", en iemand anders geeft hem heroïne, en onze vrienden uit de woonwijk verderop brengen hem cocaïne. Zo zie je maar, dat maakt een grote mix en supergeconcentreerde toegang tot producten. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Het verschilt dus van persoon tot persoon, maar we kunnen zien welke psychologische impact het heeft op deze mensen. In België moet gezegd worden dat medicatie, of alcohol voor anderen, middelen over het algemeen nog steeds vrij toegankelijk zijn, zelfs illegale producten. Psycholoog, Namen

Wat we ook in het centrum hebben gezien, maar wat we ook in de media hebben gezien, is dat er veel meer toegankelijkheid is, vooral Lyrica[®]. Je kunt tabletten op straat kopen en het is goedkoper dan drugs. Psycholoog, Luik

Hij zei dan ook van ja: "Ik ga wel nog terugkeren naar België" en ik wist dan wel dat hij ook hier een gezin had. Ik zeg ja, het is voor jouw dochter en hij zei, ja nee, mijn dochter zit nu in Duitsland. Het is eigenlijk echt gewoon voor hoe gemakkelijk dat we hier aan de middelen geraken in België. Groepsbegeleider, West-Vlaanderen

3.4 Druggerelateerde interventies in de centra

In de online vragenlijst werd een vraag gesteld naar hoe middelengebruik geïdentificeerd werd en welke interventies beschikbaar waren in het centrum. De meerderheid van de respondenten (66%, Fedasil: 61%) rapporteert dat er geen druggerelateerde interventies (40%, Fedasil: 31%) bestaan in het centrum waar zij werken of dat zij die zelf niet kennen (26%, Fedasil 31%).

44% van alle respondenten en 39% van de Fedasil respondenten antwoordt positief en 32% van alle respondenten lichten hun positief antwoord toe in de open-antwoord-optie. In deze open-antwoord-optie worden heel wat interventies genoemd die we hieronder (en na de bespreking van de identificatie van middelengebruik) clusteren in de volgende subcategorieën: identificatie en assessment, de medische dienst, begeleiding en gesprek, drug(hulpverlenings)beleid, politie, kamercontroles en transfers en doorverwijzing naar de drughulpverlening.

3.4.1 Identificatie en assessment van middelengebruik

Identificatie: 82% van de deelnemers aan de online bevraging geeft aan dat men niet op de hoogte is van middelengebruik wanneer VIB aankomen in het centrum waar zij werken, dit geldt zowel voor de Fedasil- als de andere respondenten. 62% van alle respondenten licht dit negatief antwoord toe in de open antwoordoptie waarvan één op vijf respondenten het negatief antwoord (geen informatie) herhaalt (verplichte open vraag) of aangeeft de vraag niet te begrijpen. Dit kan erop wijzen dat de vraag onduidelijk geformuleerd was. De overige antwoorden worden gecategoriseerd weergegeven in tabel 15.

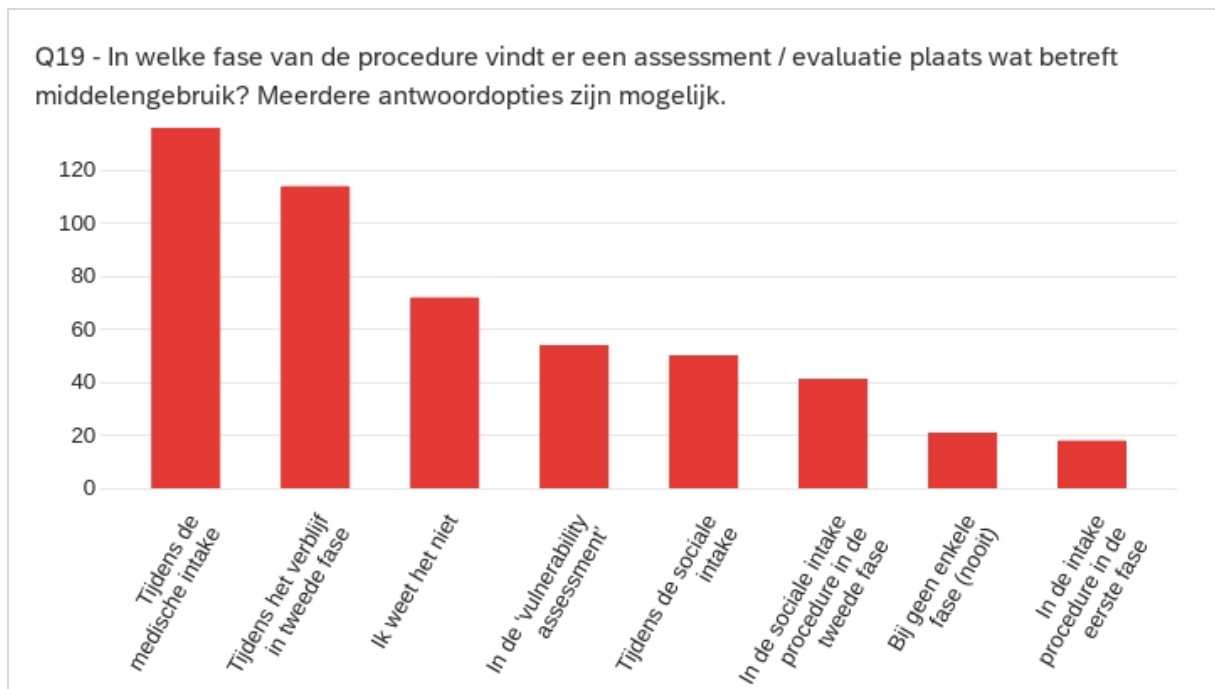
Drie respondenten werkzaam in LOI's geven in de online bevraging aan dat zij vaak het medisch dossier niet te zien krijgen omdat het de verantwoordelijkheid van de VIB is om het op papier over te dragen. Tien respondenten geven aan dat er alleen een goede informatiedoorstroming is indien er een disciplinaire of andere transfer tussen Fedasil-centra plaatsvindt.

Enkele respondenten rapporteren dat hierover geen informatie wordt verzameld tijdens de initiële medische screening en dit wordt bevestigd in de resultaten van de Kwetsbaarheidsstudie (Fedasil, 2018).

Informatie over middelengebruik bij aankomst	Aantal keer geantwoord
Geen informatie over middelengebruik	23
Geen informatie door beroepsgeheim	20
Ik heb de vraag niet begrepen	18
Alleen de medische dienst screent / is op de hoogte	15
Alleen gebrekkige informatie in het dossier	13
Alleen bij transfer tussen centra (annex)	10
VIB houdt het verborgen	8
Het dossier is te beperkt	7
Niet in medische screening (eerste fase)	7
Geen informatie in de eerste opvangfase	6
Dit dienen we zelf op te volgen / VIB vertelt	5
Soms in het sociaal verslag	3

Tabel 15: Informatie over middelengebruik bij aankomst

Assessment: 47% van de respondenten geeft aan dat assessment van middelengebruik plaatsvindt op meerdere momenten tijdens de opvang (tabel 16). 50% geeft aan dat deze assessment (onder meer) plaatsvindt tijdens de medische intake. Gezien slechts een minderheid van de respondenten effectief tewerkgesteld is in de eerste fase kunnen we aannemen dat dit slechts een vermoeden is. De Fedasil kwetsbaarheidsstudie (2018) geeft immers aan dat er tijdens de eerste medische intake onvoldoende tijd en privacy is om middelengebruik vast te stellen en ook bij de vorige vraag (zie supra) antwoorden zeven respondenten dat de medische screening geen informatie over middelengebruik bevat. Een respondent werkzaam in de eerste fase opvang voor niet-begeleide minderjarigen meldt wel dat zij als psycholoog wel zo'n assessment uitvoert.



Tabel 16: Fase van de opvang waarin een assessment van middelengebruik plaatsvindt

42% van de respondenten geeft aan dat zo'n assessment (ook) gebeurt tijdens het verblijf in de tweede fase. Vanuit Fedasil is het inderdaad de bedoeling dat men tijdens het verblijf in de tweede fase aan continue evaluatie van kwetsbaarheden doet. Het blijkt vooral te gaan om een vrijwillig, symptoomgericht assessment (62%) en assessment op vraag van de verzoeker (51%).

De interviews geven vooral inzicht in het verloop van identificatie tijdens de tweede fase. Zeventien respondenten legden uit hoe dit verloopt. Gezien het gros van de respondenten uit sociaal assistenten / begeleiders bestond, wordt aangegeven dat zijzelf vooral gebruik identificeren. In lijn met het Fedasil-beleid geven respondenten ook aan dat het zwaartepunt wat betreft kennis over middelengebruik bij de medische dienst ligt.

De medische dienst heeft meer informatie over de gebruikers in het centrum dan wij, de maatschappelijk werkers. (...) Dit is informatie waar wij geen toegang toe hebben. Mensen vertellen ons dus meestal niet dat ze drugs gebruiken, behalve degenen die openlijk hasj gebruiken. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Ook onthaalpersoneel blijkt een belangrijke functie te hebben omdat zij permanent aanwezig zijn in het centrum. Zij noteren incidenten of observaties in dagrapporten, feitenfiches of observatiebladen. Die informatie wordt dan in de meeste centra kort 's ochtends besproken tijdens een 'flashmeeting'.

Wij horen niet zoveel dingen, vaak meer in persoonlijke gesprekken bij de begeleiding van de bewoners. Ik hoor eigenlijk heel weinig van de bewoners uit dat zij [middelen] gebruiken. Het is meer van de onthaalmedewerkers die dat in een dagrapport plaatsen. Sociaal assistent / begeleider, West-Vlaanderen

Veel respondenten geven aan dat ze te weinig op de hoogte zijn van middelengebruik door onder meer het beroepsgeheim van de medische dienst (zie onder) en door een gebrekkige doorstroom van informatie tussen medewerkers. Twee respondenten zijn van mening dat dit in de Rode Kruis-centra beter verloopt omdat medewerkers daar vaker dezelfde veelzijdige taken opnemen en het beroepsgeheim eerder gedeeld is.

Soms wel als je hoort van een disciplinaire transfer, dan weten we meestal of dat een probleem is met alcohol of drugs dus dat wel. Maar als er een andere bewoner komt met soms een alcohol of gedragsproblematiek denk ik niet dat we er altijd van op de hoogte zijn. (...) In de Rode Kruis opvangcentra zijn er psychosociale begeleiders, wordt dat ook veel rapper genoteerd, geïdentificeerd en doorgegeven aan die psychosociaal begeleiding. Sociaal assistent / begeleider, West-Vlaanderen

Maar in het Rode Kruis zijn ze nog veel polyvalenter. Daar moeten de medewerkers zowel aan het onthaal staan als wat bij ons de sociale dienst dan doet als in de logistiek werken. Daar zijn ze echt heel polyvalent. Maar binnen Fedasil is het wel een andere aanpak dan andere centra waar effectief een aantal personen enkel juridische aspecten, contact met de advocaten, opvolging van de procedure etc. en anderen het sociale gedeelte doen. Directie, Oost-Vlaanderen

Verder werken wij hier met sociaal begeleiders en sociaal-assistenten. Dus eigenlijk de assistenten, die zijn ook iets hoger geschoold. Die hebben hun achtergrond al en dan de gewone begeleiders zijn dan eigenlijk degenen die de dagelijkse begeleiding doen, die ook de activiteiten doen in het centrum, het onthaal doen. Dat is eigenlijk hun taak. Momenteel doen ze het allebei wat tegelijk. Psycholoog, Vlaams-Brabant

Een respondent werkzaam in de drughulpverlening beaamt dat de verkokerde werking binnen Fedasil informatiedeling tegengaat.

Wat ik ook gemerkt heb is dat de manier waarop een centrum georganiseerd is – met elk een eigen pool van activiteiten – bevordert niet per se het delen van informatie, want er is het medisch beroepsgeheim, animatie, bewustwording (meer het dagelijks leven). Ik denk dat er meer plaatsen zouden moeten zijn waar elke vertegenwoordiger van deze gebieden horizontaal kan werken. Projectmanager, Henegouwen

Ook benadrukken enkelingen dat er mogelijks pas aandacht naar middelengebruik gaat wanneer er zich een probleem in het centrum voordoet.

Ik heb gemerkt dat we pas aandacht aan mensen besteden als ze problemen veroorzaken. Als iemand geen probleem heeft, zien we niets. NBM Begeleider, Brussel

Twee respondenten verantwoordelijk voor een derde fase centrum geven aan dat er soms te weinig informatie wordt doorgegeven bij de doorverwijzing vanuit de tweede fase opvangcentra (Match-It). Dit geeft mogelijks aan dat er wat meer richtlijnen nodig zijn over hoe te rapporteren over middelengebruik in Match-It.

Ze beter identificeren. Het is een grote klus, want de organisatie is zo opgezet dat het moeilijk is voor de collectieve centra om te identificeren. Als je 350 mensen of zelfs 800 mensen hebt die geen medisch centrum hebben, hoe verwacht je dan dat ze identificeren wie drugs gebruikt? Medisch referent, Brussel



Uitgelicht: Beroepsgeheim versus cruciale kennis voor begeleiding

De meerderheid van de respondenten in de online bevraging die vinden dat er geen informatie over middelengebruik voorhanden is, benadrukt dat er geen informatie doorstroomt door het beroepsgeheim maar dat de medische dienst meestal wel op de hoogte is. Drie respondenten benadrukken dat vertrouwelijkheid van belang is, terwijl anderen aangeven dat er een gebrek aan informatiedoorstroming is. Er blijkt dus een tegenstrijdigheid te zijn tussen het respecteren van het beroepsgeheim enerzijds en de nood aan informatie voor begeleiding anderzijds. Diezelfde tegenstrijdigheid blijkt ook uit de [vraag om advies](#) door de Raad van State die werd ingediend door een tiental psychologenverenigingen op basis van nieuwe richtlijnen rond psychologisch hulpverlening in de centra.

Ook tijdens de interviews benadrukken leden van medische diensten (verpleger, psycholoog, arts) het belang van dit beroepsgeheim. Sociaal werkers, begeleiders en opvoeders geven dan weer aan dat dit vaak te strikt wordt opgevat en voor problemen in de opvolging zorgt. De opvattingen over het al dan niet delen van beroepsgeheim of wat dit dan juist inhoudt variëren sterkt tussen de centra.

We werken hier met een gedeeld beroepsgeheim. Dus dat betekent dat, wat jij weet van de jongeren, wat de jongere tegen u zegt, wordt in principe gedeeld met de groep. Onthaalmedewerker, Limburg

Ik heb er bijvoorbeeld een die veel aan zelfmedicatie doet en altijd op zoek is naar alles wat afgeleid is van morfine: zeer krachtige pijnstillers, dat soort dingen. Het is minder makkelijk te ontdekken en ik denk dat we het hier ontdekken omdat we een zeer goede communicatie hebben met de medische dienst en de medische dienst op de hoogte is van wat we waarnemen.

We communiceren veel en houden elke maand sociale en medische bijeenkomsten. We nemen echt bewoner voor bewoner: degenen die ons zorgen baren en we leggen een beetje uit hoe de situatie zich ontwikkelt. Zo bundelen we onze observaties en realiseren we ons dat we soms meer aandacht moeten besteden aan dit of dat. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Ook in het contact met de drughulpverlening werd beroepsgeheim besproken. Waar sommige respondenten werkzaam in de sector aangeven te weinig achtergrondinformatie vanuit Fedasil te krijgen, benadrukken anderen dat ook zij zelf niet in de eerste plaats informatie met het centrum te zullen delen.

Omdat wij wel een plek willen zijn waar dat mensen over het gebruik heel eerlijk kunnen zijn, omdat we dan het beste kunnen helpen, wat dat ook maakt dat wij nooit zonder geïnformeerde toestemming informatie gaan doorgeven. Wij gaan ook nooit als een cliënt er niet uitdrukkelijk om vraagt contact nemen met het opvangcentrum. Ik denk dat dat bij artsen soms anders is omdat er medisch gezien wat afstemming moet gebeuren. Sociaal assistent / begeleider, Antwerpen

Het lijkt erop dat de interpretatie van wat gedeeld beroepsgeheim kan inhouden zeker niet voor alle medewerkers duidelijk is en afhankelijk is van de centrumstructuur. Het moet weliswaar duidelijk zijn voor de bewoner wie welke informatie wel of niet krijgt en dat betekent dat de functies van de medewerkers duidelijk zijn. Het feit dat de invulling van deze functies tussen de centra fluctueren (en bewoners vaak in verschillende centra terecht komen) kan mee bijdragen aan deze problemen rond beroepsgeheim. Het scherpstellen van deze functies, de toelichting van het gedeeld beroepsgeheim aan de bewoners en het in acht nemen van hun toestemming is dus van belang om vlot informatie tussen functiecategorieën te kunnen delen voor een vlottere opvolging van middelengebruik. Zo moet onder meer duidelijk zijn welke informatie potentieel in het dossier van de aanvraag om internationale bescherming terecht kan komen, en vooral welke informatie niet.

Een psycholoog legt uit hoe zij in een eerste fase centrum het gedeeld beroepsgeheim toelicht.

Dus er is meer aan de hand dan de evaluatieve kant, waar ze echt bang voor zijn is dat ik sommige van hun gevoelige informatie aan mijn collega's of aan de buitenwereld onthul. Ik zeg ze duidelijk: "Daar ben je, mijn collega's hebben over je gesproken". Sommigen van hen vragen me zelfs om een interview, en wat ze me dan vragen is: "wat zal er gezegd worden, enzovoort?" Dus vertel ik ze mijn kader: "Ik ga de oorzaken van je moeilijkheden niet onthullen. Maar ja, ik ga praten over de moeilijkheden. Dus ik wil zeggen dat er sprake is van piekeren, nachtmerries enzovoort. En als je het daarmee eens bent, wat is dan de oorzaak? En als er echt informatie is die je niet wilt dat ik zeg, dan ga ik het niet zeggen.

Uitgelicht 2: Beroepsgeheim versus cruciale kennis voor begeleiding

3.4.2 De medische dienst

De meest aangehaalde interventies in de online bevraging zijn van **medische aard** (n=36) (opvolging medische dienst of [centrum]arts, apotheek, methadonsubstitutie). Dat is een logisch gevolg van het feit dat de medische dienst verantwoordelijk is voor de opvolging van middelenafhankelijkheid. Het gaat dus om opvolging door de verpleegkundige, de arts en psycholoog. Hoewel deze teams alles op alles zetten voor een goede ondersteuning blijken zich enkele problemen te stellen. In de eerste plaats zijn er niet in alle centra standaard psychologen, wat door velen als een tekort wordt ervaren.

Ik denk dat de afwezigheid van een psycholoog vaak ook een probleem is, omdat de bewoner niet de gelegenheid heeft om oog in oog te staan met een professional die zijn emoties en gevoelens kan delen en beheersen. Zoals ik al eerder zei, we zijn allemaal bezig met bricolage en empathie, maar niet iedereen is daar goed in of getraind om dat te doen. Directie, Luxemburg

Gezien het moeilijk is om vaste centrumartsen en psychologen te vinden is er slechts een minderheid van de centra die dit type personeel vast in dienst heeft. Wat betreft de artsen komt dus vaak een lokale huisarts voor consultaties in het centrum. Zo ontstaan er verschillen in het voorschrijfgedrag

tussen artsen onderling, zowel tussen vaste als externe artsen. Hoewel er Fedasil-richtlijnen zijn over het voorschrijven, is er in de praktijk geen eenvormig beleid.

We hebben een arts die erg bezorgd is over het voorschrijven van medicijnen die detoxificatie ondersteunen en dus vertrouwen we veel op een externe VZW. Maar er zijn problemen met de therapietrouw. We hebben veel bewoners die de afspraken niet nakomen. Dus therapietrouw is soms moeilijk voor onze bewoners die verslaafd zijn. Psycholoog, Brussel

Het kan dus gebeuren, ook al is het nu steeds beperkter – omdat daar richtlijnen voor zijn geweest – dat bewoners bij het centrum aankomen met een voorschrift en dat de artsen dat voorschrift handhaven, maar dat betekent dat het voorschrift beredeneerd en medisch verantwoord is. Directie, Luxemburg

En zodra we over drugsgebruik beginnen, is er een dokter die daar helemaal niet voor open staat. Hij is ook niet geïnteresseerd in ons veeleisend publiek. Sociaal assistent / begeleider, Namen

Het is heel afhankelijk ook van de dokter die je voor je hebt. Zoals al vermeld: elke dokter heeft er zijn eigen mening over. Arts, Vlaams-Brabant

Het is opnieuw centrumafhankelijk of de medische dienst al dan niet expertise heeft in middelenafhankelijkheid. Wel volg(d)en velen van hen training (zie 3.6 voor meer info over training).

En dan qua verpleegkundigen, dat is eigenlijk de enige zorg dat we hebben, de verpleegkundigen. Dat zal zeer variabel zijn, maar ik heb niet het gevoel dat daar genoeg expertise is. Arts, Vlaams-Brabant

Zij is – en ik zeg het omdat ze dit zelf ook zegt – helemaal niet gespecialiseerd in verslaving. De medische staf op dit niveau is behoorlijk hulpeloos. Er is net een opleiding opgezet en de voorlichters van het COO [Centre d’Observation et d’Orientation] hebben al verschillende cursussen over verslaving gevolgd. Hier is de medische staf zelfs bezig met het volgen van de Alto-training. Directie, Namen

Fedasil voorziet een uitgebreide richtlijn wat betreft substitutiebehandeling. De wijze waarop methadon en andere medicatie voorzien wordt, verschilt per centrum afhankelijk van onder meer de nabijheid van een apotheek die bereid is om in deze medicatie te voorzien. Hoewel sommige centra dit zelf voorzien, geven de meeste respondenten aan dat ze de Fedasil-richtlijn nastreven om uit veiligheidsoverwegingen methadonprovisie buiten het centrum te voorzien.

Ze halen het voornamelijk van de medische afdeling. De bewoners zouden soms problemen importeren in de apotheek door naar de apotheek te gaan en zo. Anderhalf jaar geleden haalden de bewoners het nog buiten bij de apotheek, maar dat is nu niet meer het geval. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Minstens elf respondenten rapporteren dat pillen vanuit het onthaal worden gedistribueerd indien geweten is dat er een afhankelijkheidsproblematiek is. Ook is er melding van het bewaren van grote hoeveelheden medicatie in een kluis om veiligheidsredenen.

We hebben wel een paar bewoners bij wie de pillen worden bijgeladen door het onthaal om dat een beetje gecoördineerd te laten verlopen als die pillen nodig hebben. Directie, Namen

Als dat gebeurt, zetten we uiteindelijk een pillendoosje op dat ze elke ochtend of avond bij de receptie haalt, en dan heeft ze niet meer het hele doosje. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

3.4.3 Begeleiding en gesprek in het opvangcentrum

20 respondenten in de online bevraging verwijzen naar **sociale opvolging** door de sociale dienst of de (centrum)psycholoog. 16 respondenten rapporteren dat er regelmatige preventieactiviteiten met externe vzw's plaatsvinden en drie respondenten rapporteren dat de politie een preventiesessie organiseert. Op dit preventieeluk komen we later terug (3.6.2).

Gezien het gros van de geïnterviewden sociaal begeleiders / assistenten en psychologen waren, wordt sociale opvolging en gesprek ook tijdens de interviews als voornaamste interventie aangehaald. Vierentwintig respondenten gaan hier dieper op in. Veel respondenten benadrukken het belang van

luisteren. De inhoud, aard en stijl van de gesprekken verschilt afhankelijk van de functie van de respondent en het doel ervan, maar evengoed van vooropleiding en visie op middelengebruik.

We voelden ons verplicht om zoveel mogelijk tijd met hem door te brengen en om te proberen zijn plannen een beetje te veranderen, want deze plannen betekenden investeren in consumptie. NBM teamcoördinator, luik

Ze zijn best bereid om te praten, voor hen is het een manier om toegang te krijgen tot wat ze nodig hebben, maar het is lastiger om te praten over waarom ze gebruikt hebben. Zelfs als ze zeggen dat ze willen stoppen, is er veel ambivalentie: "Ik wil stoppen, maar ik kan het niet of ik ben er nog niet klaar voor". En tot de kern komen - stoppen, doorgaan - dat is wat ze moeilijk vinden. Psycholoog, Brussel

Ze gaan dat bij mij nooit ontkennen of daarover liegen. Ik denk dat ik wel genoeg een vertrouwensband kan opbouwen en vertrouwen kan uitstralen om gewoon die vragen te stellen en daarover niet te oordelen ook. Dus ik weet het altijd wel. Maar om ze eruit te krijgen is eigenlijk quasi onmogelijk, hé. Het is heel moeilijk. Arts, Antwerpen

Ik zeg niet dat we de consumptie van jongeren moeten steunen, maar ik denk wel dat we er veel meer voor open moeten staan. En ik zeg niet dat we het moeten valideren, maar dat we ze echt moeten steunen, ze bewuster moeten maken, ze moeten vertellen dat er mogelijkheden zijn. Want op dit moment zijn we meer bezig met hen te stigmatiseren, met de zoveelste drug die langskomt en waar we niets mee doen. Directie, Vlaams-Brabant

Dan ging ik ook heel veel in gesprek met die bewoner om ook die intrinsieke motivatie te triggeren, om meer hulp te zoeken en inzicht te geven in zijn problematiek want dat had die nog niet. Het is dan wel wat gekomen door die vele gesprekken. Sociaal assistent / begeleider, West-Vlaanderen

Onderstaande citaten duiden op een belangrijke nuance in de manier waarop je in gesprek kan gaan over middelengebruik. Wat betreft het eerste citaat duiden we dat de onderliggende oorzaak van gebruik het startpunt voor motiverende gespreksvoering en interventie kan zijn. Wat betreft het tweede citaat lijkt de inhoud van het gesprek dan weer vooral op doorverwijzing in de plaats van motiverende gespreksvoering te liggen.

En als ze dikwijls dan ontkennen in het begin, op den duur gaan ze het wel bevestigen, maar dan schuiven ze het een beetje af van "Het ligt daaraan" of "Ik heb het efkes moeilijk" en dan schuiven ze het een beetje weg. Directie, Antwerpen

We zeggen dan "er is dit en dat, deze vereniging, dit ziekenhuis, deze specialist" en dan gaan we met de persoon praten. Als we zien dat de persoon erg terughoudend is en zegt "nee, ik gebruik geen drugs", proberen we een vertrouwensrelatie op te bouwen waarin we de persoon uitleggen dat we er zijn voor hun eigen bestwil en dat we absoluut geen oordeel hebben over het feit dat ze drugs gebruiken, maar dat we hen willen helpen. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Voor een consequente opvolging en regelmatige gesprekken zijn er enkele randvoorwaarden waaronder tijd, opleiding en motivatie. Hierop komen we terug in het luik over uitdagingen bij het implementeren van interventies (3.6). Daarnaast zijn er ook limieten aan de gesprekken gezien de onduidelijkheid over het verblijfsstatuut. Therapeutische gesprekken vereisen immers dat er een zekere veiligheid en stabiliteit in het leven van de persoon is.

Het is ook veel luisteren, want helaas kunnen we vaak weinig doen. Als ze ons komen vertellen dat ze wachten op een brief van het CGVS, kunnen we die brief niet versnellen. Het gaat om luisteren, zeggen "ja, inderdaad, het is lang wachten en helaas wachten we gewoon af". Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Iemand die weet wat hij doet, die niet tegen hem gaat schreeuwen, die zegt: "Zo is het genoeg, doe niet zo dramatisch, ga terug naar je kamer, je mag 's nachts niet naar buiten, anders krijg je een tuchtrapport". (...) Ik heb veel inconsistenties gezien in de manier waarop dingen worden gedaan en als je met collega's praat, zie je dat sommigen van hen niet getraind zijn op dit gebied. NBM Begeleider, Brussel

3.4.4 Drug(hulpverlenings)beleid in het opvangcentrum

Zes Vlaamse respondenten in de online bevraging rapporteren dat er een **drugbeleid en een werkgroep** middelengebruik in het OC bestaat. Dit is een logisch gevolg van het VAD-project (zie inleiding) dat erop gericht was om zo'n beleidsplan te ontwikkelen in de Vlaamse centra. Twee

respondenten maken echter de kanttekening dat de werkgroep weinig impact heeft. Een kleinschalige enquête in Fedasil-centra (2023) (met antwoorden van tien centra) toont inderdaad aan dat de meerderheid van de centra niet of niet meer beschikte over een alcohol- en drugsbeleid. Een respondent tijdens de interviews stelde zich de vraag of het wel een goed idee is om zo'n beleid alleen op centrumniveau op te zetten.

We mogen niet in de val trappen van per centrum allemaal een eigen drugsbeleid te gaan opstarten denk ik. Heel versnipperd. Er moet een beleid komen, dat is er nog niet volledig. Onthaalmedewerker, Limburg

Ook tijdens de interviews gaven drie Nederlandstalige en een Franstalige respondent aan dat er een drugbeleid is uitgewerkt door een daarvoor opgerichte werkgroep. Slechts één centrum gaf aan dat de ontwikkelde toolkit nog in gebruik was. Tijdens de interviews bleek wel dat een coherent beleid leidt tot een betere opvolging van druggerelateerde fenomenen.

Het is vrij waterdicht in ons centrum en we hebben ook een drugswerkgroep. Heel veel mensen hebben al vormingen gevolgd rond drugs. Dus ik denk dat de andere medewerkers wel en het onthaal ook, we hebben een goed onthaal, wel vrij snel door hebben als er drugs in het spel zijn of alcohol. Arts, Antwerpen

De meeste respondenten verwijzen ook naar het huishoudelijk reglement en de implementatie van Fedasil-richtlijnen wat betreft onder meer methadonverstrekking. Voor specifieke casussen beroepen de medewerkers zich op referentiepersonen in de hoofdzetel die hen ondersteunen bij het vinden van een oplossing. Toch geven minstens tien respondenten ook aan dat ze meer richtlijnen en duidelijke ondersteuning vanuit de hoofdzetel kunnen gebruiken. Hoewel veel geïnterviewden benadrukken dat een individuele aanpak noodzakelijk is, geven veel, vooral Franstalige, respondenten aan nood te hebben aan meer richtlijnen.

Maar we zitten ook in een centrum waar niet echt wordt nagedacht over de wijze waarop we sanctioneren. We hebben heel weinig middelen om druk uit te oefenen door middel van sancties. Er zijn geen sanctieplannen, geen meldingsplannen. Sociaal assistent / begeleider, Namen

En daarnaast vooral een uniform kader, denk ik, daarrond waar sociale begeleiders en opvoeders en dergelijke naar kunnen teruggrijpen bij zo'n situatie. Sociaal assistent / begeleider, Limburg

Ik bedoel, ik denk dat we op Fedasil-niveau... een veel proactiever en reactiever netwerk moeten hebben zodra we het nodig hebben. In feite zijn de vertragingen soms zo groot dat we de bewoner onderweg kwijtraken, of we hebben een groot incident omdat de bewoner zich zo onaangepast gedraagt in het centrum en we zijn verplicht om een transfer aan te vragen... Directie, Namen

We hebben nog altijd onze moederorganisatie waarvan ik dan denk "Net zoals een evacuatieplan zou dat iets moeten zijn wat er gewoon meteen is". Wij zijn een opstartend centrum. (...) Dat zou gewoon hetzelfde zijn als dat je vanaf dag 1 uw evacuatieplan hebt of in de zomer een hitteplan hebt, dat je ook een plan hebt hoe om te gaan met drugsproblematiek bij bewoners. Sociale begeleiding, Limburg

Ik weet dat we wel binnen de centra Vlaanderen veel nog maar startende zijn met eigenlijk het opstellen van zo'n drugs- en alcoholbeleid. Psycholoog, Vlaams-Brabant

3.4.5 Politie, kamercontrole en transfers

De tweede meest vermelde interventies in de online bevraging zijn **repressief** van aard (n=21) (politie, kamercontrole, transfers, op straat). Tegelijkertijd geven vier respondenten aan dat het gebruik zelf niet gesanctioneerd wordt, maar dit lijkt dus grotendeels centrumafhankelijk. Ook tijdens de interviews was het repressief luik prominent aanwezig. Deze maatregelen komen er vooral vanwege een risico voor de veiligheid in het centrum. We gaan hieronder dieper in op kamercontrole, politie-interventies, transfers en het (tijdelijk) 'op straat zetten' omdat die thema's tijdens de interviews het meest besproken werden in het kader van repressieve maatregelen.

Kamercontrole

Wat betreft de kamercontroles blijkt uit de interviews consistent dat die alleen worden uitgevoerd in het kader van hygiëne en veiligheid. Meestal voeren veiligheids- en onthaalmedewerkers dit op gezette tijden uit. De meeste respondenten merken op dat sociaal begeleiders dit niet mogen doen omdat dit hun vertrouwensrelatie in het gedrang brengt.

Het onthaal mag ook controleren in slaapkamers en in bijvoorbeeld kasten, vuilbakken. Dat mogen wij bijvoorbeeld niet. We hebben een vertrouwensrelatie met onze bewoners, dus het is hier verboden dat wij in de privésfeer van de mensen gaan komen. Het onthaal mag dat dan weer wel in kader van veiligheid. Diensthoofd sociale begeleiding, Limburg

Kamercontrole is vooral naar hygiëne en naar veiligheid toe, of dat er zaken zijn die daar niet mogen zijn. Ook alle lampen denk ik, alle elektriciteit, of alles op orde is. Dus kamercontrole naar gebruik van middelen doen we enkel als we een heel zwaar vermoeden hebben op dealen. Directie, Oost-Vlaanderen

Politie

Uit de interviews mogen we concluderen dat de politie vooral wordt ingezet bij een ernstig vermoeden van dealen in het centrum en bij ernstige druggerelateerde crisissen die de veiligheid in het gedrang brengen. In enkele gevallen wordt ook beroep gedaan op politie in het kader van preventie. Respondenten geven aan dat de politie pas gecontacteerd wordt bij ernstige vermoedens wat betreft dealen en dat privacyoverwegingen daarbij in acht worden genomen.

Dus knippen we een oogje dicht. Er is handel gaande en we kunnen er niets aan doen omdat we de kamers niet kunnen doorzoeken. We kunnen niets doen behalve mensen een beetje confronteren en zeggen: "Luister, we laten ons niet voor de gek houden, we kunnen zien wat er aan de hand is". Sociaal assistent / begeleider, Namen

Die vraag hebben ik en anderen ook gesteld, ook aan de politie. "Kom alsjeblieft een keer met een drugshond in het centrum, alleen maar voor het afschrik-effect". Dat was heel moeilijk, één: om de directie ervan te overtuigen dat dat nodig is. Twee, als ze dan overtuigd waren om dan de politie te overtuigen dan moet je aan bepaalde wettelijke parameters voldoen om dat te mogen doen. Onthaalmedewerker, Limburg

Men dient zich inderdaad steeds de vraag te stellen in welke mate de aanwezigheid van de politie in het centrum en de gevolgen daarvan op de bewoners proportioneel zijn ten aanzien van het vermoeden. In de interviews blijkt ook dat de politie alleen komt als er duidelijke aanwijzingen zijn.

Het is moeilijk voor ze – de politie – om een huiszoekingsbevel te krijgen omdat ze ervan uitgaan dat we privé zijn. In feite zijn we niet in de publieke sfeer. Mensen zijn thuis, het is privé. Sociaal assistent / begeleider, Namen

Er is een vermoeden geweest. We hebben de politie ingeschakeld, de decaan ingeschakeld, maar het is zelfs nooit tot een huiszoeking kunnen komen omdat wij geen aanwijzingen hadden. Sociale begeleiding, Limburg

Ook is er sprake van het contacteren van de politie vanuit een gevoel van onmacht of expertise wanneer er ernstige crisissen zijn als gevolg van middelengebruik. Minstens vijf casussen werden besproken tijdens de interviews.

Ik heb hem twee keer residentieel laten opnemen. En dan is die op een bepaald moment hier in het centrum volledig de controle verloren en is beginnen vechten, de politie is erbij moeten komen. Ze hebben hem zelfs eventjes gearresteerd, denk ik. En dan is die overgeplaatst naar een ander opvangcentrum. Arts, Antwerpen

Op een dag ontspoorde hij, zoals ze in het Frans zeggen. Met andere woorden, hij ontplofte echt. Hij schudde de boel op in het restaurant. In die tijd waren hier nog gezinnen, dus de kinderen waren doodsbang. Dus 4 à 5 à 6 van ons collega's probeerden hem te bedwingen. We belden de politie. Directie, Luxemburg

Tegelijkertijd spreken enkele respondenten hun frustratie uit ten aanzien van de onmacht die ze voelen in die situaties en het feit dat er onvoldoende expertise aanwezig is.

Je kunt zien dat de persoon in crisis is en het heeft geen zin om op agressie te reageren met agressie, want het zal alleen maar escaleren en wat doe je dan uiteindelijk? De persoon wordt boos en dreigt gewelddadig te worden, we bellen de politie, ze worden meegenomen en er wordt geen hulp geboden. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Maar het spijt me, als er een probleem is en het eindigt in een gevecht of een incident, doen we hetzelfde als bij elk ander incident, we bellen de politie als het te ernstig is en we melden drugsgebruik. Maar er is nooit echt expertise ontwikkeld, omdat we de ergste gevallen niet bij ons houden. Sociaal assistent / begeleider, Namen

Transfers

Zoals hierboven besproken (3.3.3) rapporteerde 10% van de Fedasil deelnemers in de online bevraging dat druggerelateerde transfers een probleem vormen in het centrum waar zijn werken. Het Fedasil-kader voorziet verschillende transfermogelijkheden: een doelmatige time-out voor jongeren en sinds kort ook volwassenen waarna de bewoner terugkeert naar het centrum, transfers om beter aan de noden van de bewoner te voldoen en disciplinaire transfers in het kader van overtredingen van het huishoudelijk reglement.

Tijdens de interviews werd een transfer het meest aangehaald wanneer gevraagd werd welke interventies worden ingezet bij druggerelateerde problemen. Transfers zijn er in de eerste plaats om beter aan de noden van de bewoners te kunnen voldoen. Zo vertelt een medewerker uit CARDA (*Centre d'Accompagnement Rapproché pour Demandeurs d'Asil*) dat zij er vaak op aansturen dat iemand na een opname naar een centrum in de buurt kan getransfereerd worden met het oog op ambulante follow-up.

Daarna hadden we ook een overplaatsing geregeld naar een geschikte plek in Luik zodat hij hier in Luik verder kon gaan, want hij kwam uit een heel afgelegen centrum waardoor het onmogelijk was om het project daarna voort te zetten. Psycholoog, Luik

Wat betreft niet-begeleide minderjarigen is er sprake van enkele stappen alvorens over te gaan op een disciplinaire transfer. Zo kan een jongere tijdelijk in een ander centrum geplaatst worden of kunnen jongeren tijdelijk een kamer alleen krijgen.

We hebben altijd deze mogelijkheid, we hebben altijd ruimtes, zowel voor volwassenen als voor MENA. Bijvoorbeeld, we hebben in het weekend een groot incident gehad waarbij één van de MENA bang was voor represailles, hij werd snel naar een ander centrum gebracht waar ruimte was. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Jongeren die op een time-out gestuurd worden, dus problematische jongeren waarmee er een heel moeilijke begeleiding is. Dat zorgt er ook voor inderdaad dat we regelmatig ook wel te maken krijgen met drugsgebruik, meestal wel softdrugsgebruik weliswaar. Sociaal assistent / begeleider, Limburg

Minstens zestien respondenten bespraken gevallen van disciplinaire transfers waarbij personen onder invloed agressief waren, overlast of incidenten veroorzaakten waarbij de veiligheid van bewoners, buurtbewoners of personeelsleden in het gedrang kwam. In deze verhalen blijkt veelal dat men ook op zoek ging naar externe hulp en dat de onmogelijkheid om die tijdig te vinden mee aan de basis van de crisissituatie lag.

Wat ze aanraadden was allereerst echt individuele psychiatrische behandeling. Hij was al zo ver heen in zijn angsten en trauma's. Opname in een ziekenhuis is niet gemakkelijk voor iemand die internationale bescherming aanvraagt. (...) En toen een paar dagen geleden (...) was hij onder invloed en kreeg hij het echt aan de stok met iemand anders. (...) Ze vochten heel hard en er was een derde die werd aangevallen (...). En daarom is hij net getransfereerd. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Hij bleef gebruiken tot het punt waarop hij naar het ziekenhuis ging voor behandeling en toen waren er helaas incidenten, waardoor de persoon het centrum moest verlaten (...) en er dus geen follow-up was. Hij werd overgeplaatst naar een ander centrum omdat zijn gedrag veel van de bewoners hier bang begon te maken, omdat we gezinnen en kinderen hebben. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

We hadden een persoon die aankwam en er was een lange geschiedenis van transfers. (...) Elke keer als rechtvaardiging voor de overplaatsing hadden we de verklaring dat de persoon alcoholist was en daarom gewelddadig werd. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Het was eigenlijk dat hij fysiek agressief was geworden naar een begeleider toe. Serieus. Die begeleider heeft zo een angst gepakt dat die begeleider en die jongere niet meer samen konden blijven. Psycholoog, Vlaams-Brabant

Psychotici zijn vaak lastig omdat ze in hun ongemak om hulp vragen. Er is echt een vraag, maar vaak een vraag in een delirium. Het wordt vaak intimiderend. (...) Dus de [Fedasil] teams verhuisden hem van centrum naar centrum [transfers] als ze uitgeput waren en hij kwam bij ons in een individuele accommodatie en hij deed ook een zelfmoordpoging en aan automutilatie. Medisch referent, Brussel

Enkele respondenten uitten hun frustraties over het feit dat zij geen andere opties voorhanden hebben wanneer iemand in crisis gaat vanwege middelengebruik.

Afgezien van de transfermogelijkheden wil ik echt aan verslaving werken, maar we hebben de middelen niet. (...) We proberen het de hele tijd rustig aan te doen en de boel draaiende te houden tot de dag dat het team er genoeg van heeft en zegt "nu wordt het te veel" of het moment dat hij iemand fysiek aanvalt, dan zeggen we "we doen een transfer". Directie, Namen

We waren vaak aan het nadenken van "waar zouden we die naartoe sturen?", maar er was eigenlijk niet echt een oplossing om die een gepaste transfer te geven. We dachten dan meer in termen van misschien toch ergens een rustig dorpje in Wallonië, zodat het niet te druk is en dat er niet te veel problemen konden zijn. Maar dat is misschien net niet aangepast genoeg denk ik dan. Directie, Oost-Vlaanderen

Dat gebeurt veel in Fedasil-centra, vooral als er overlast is in het centrum door gebruik. Disciplinaire transfers zijn een van de meest gebruikte instrumenten in de centra. Psycholoog, Namen

Toch blijkt dat dit in sommige centra beter verloopt dan in andere en dat er duidelijk wordt ingezet op een disciplinaire transfer als 'last resort'.

We zijn geëvalueerd van puur opvang in [locatie] naar zeer intense begeleiding met de jongeren en ze ook vast te houden, ze niet te laten doorstromen naar andere centra. Iets fout doen, betekende vaak ook een overplaatsing. Dat proberen we altijd te vermijden. Daar is al werk van gemaakt, maar daar heb je wil voor nodig, dus meer personeel per gast. Ik denk dat de bijzondere jeugdzorg verhoudingsgewijs met 6, 7 of 10 keer zoveel personeel werkt als waarmee wij het hier moeten doen. Terwijl aan ons bijna hetzelfde wordt gevraagd. Onthaalmedewerker, Limburg

(Tijdelijk) op straat

Vier respondenten werkzaam in de opvangcentra bespreken dat bewoners soms (tijdelijk) op straat worden gezet. In twee gevallen gaat het om een tijdelijke maatregel waarbij een bewoner een nacht niet in het centrum mag verblijven omdat die onder invloed van alcohol is. Als dit meermaals gebeurt kan men uitgesloten worden van het opvangnetwerk.

Vorige week was er een jongvolwassene met wie we ruzie kregen. Hij dronk veel alcohol, was fysiek bedreigend en beledigde het hele team en behandelde hen slecht. We belden de directie, [die] nam hem mee naar buiten, zette hem op straat en zei: "Jij slaapt vandaag buiten, je slaapt buiten of ik bel de politie". (...) Het probleem is dat het heel ingewikkeld is om een discussie te voeren met iemand die dronken is. Om het duidelijk te stellen: vanaf dat moment halen we het management erbij en krijgen ze de opdracht om een dag op straat te slapen en vanaf dat moment neemt de psycholoog het over. (...) Bij mensen die herhaaldelijk drugs- of alcoholproblemen hebben, laten we ze één, twee keer gaan en dan worden ze weer terug naar de straat gestuurd. NBM Begeleider, Brussel

We weten niet hoe we met ze om moeten gaan, ze zijn agressief, dus disciplinaire overplaatsing of uitsluiting. En dat is het. Het enige wat het doet, is bevestigen dat we niet weten hoe we ze moeten helpen, dat ze weer op straat zullen belanden, wat al traumatisch genoeg voor ze was (...). Ze zijn agressief geweest, ze hebben onacceptabele dingen tegen onze regels gedaan, maar deze mensen behoren tot de meest kwetsbaren. Psycholoog, Brussel

In het derde geval ging het over een jongere die begeleid werd voor middelengebruik maar die meerderjarig werd en daardoor niet langer opgevangen kon worden omdat hij geen procedure wilde opstarten.

We hebben die aan de deur moeten zetten omdat die meerderjarig was verklaard. Die wou niet instappen in een procedure omdat hij zelf ook heel goed wist dat een asielprocedure voor hem sowieso negatief ging zijn. Als mensen niet in een procedure stappen, dan hebben zij geen recht op opvang. Psycholoog, Brussel

In het laatste geval gaat het over jongeren die geen procedure opstarten en onder invloed aankomen in het opvangcentrum.

Als er bijvoorbeeld een jongere binnenkomt die onder invloed lijkt te zijn of nerveus is en het over medicatie heeft, is de eerste reactie van collega's om te zeggen: "Oh jee, jij, mijn vriend, gaat het niet redden. We gaan je hier in ieder geval geen Lyrica© of Rivotril© geven. Dus als je wilt, rijd ik je terug naar het station." Eerlijk gezegd zijn er een heleboel jonge mensen die we opnemen, waarvan we geacht worden ze op te nemen en waar we iets mee moeten doen, en in minder dan 24 uur nemen onze collega's het initiatief en sturen ze terug naar de trein: "Hier is een kaartje, je kunt gaan en staan waar je wilt, maar we willen je niet zien". Sociaal assistent / begeleider, Namen

Ook in de IBZ Centra voor Illegalen kunnen mensen worden 'vrijgelaten' aan de hand van een vrijstelling maar voor deze mensen is er geen enkele ondersteuning of toekomst waardoor ze veelal gedoemd zijn om op straat verder te leven.

Mensen die hier worden vrijgesteld staan op straat, naar waar gaan we ze sturen? Ze worden dan gewoon aan het station gezet. Dat gebeurt hé en dat is schrijnend. Je probeert instanties te contacteren en daklozenopvang en dit en dat maar je merkt dat er te weinig ondersteuning is voor de psychisch kwetsbare mensen, dat wel soms schrijnend is. Psycholoog, [provincie geanonimiseerd]

Het (tijdelijk) op straat zetten van bewoners of uitsluiting uit het Fedasil-netwerk om veiligheidsredenen kadert in het gevoel van machteloosheid om met complexe profielen en situaties om te gaan. Het kan ook het gevolg zijn van een gebrek aan opvangplaatsen. We merken op dat het (tijdelijk) op straat zetten op basis van gedrag een deel van een vicieuze cirkel is: personen die op straat staan komen gemakkelijk in contact met middelen en worden op die manier extra kwetsbaar.

Het aantal daklozen in Brussel is enorm hoog. Ik weet niet of je de laatste cijfers hebt gezien, maar het is catastrofaal en een deel van het aantal zijn de mensen waar we het over hebben [vluchtelingen met een middelenproblematiek]. Directie, Brussel

Laten we zeggen dat de grote verandering die ik zie [in het centrum], is dat al deze mensen die maanden op straat hebben doorgebracht, echt dubbel kwetsbaar zijn. Medisch referent, Brussel

Als er zoveel mensen op straat slapen in Brussel, voor ze zelfs maar in een groot collectief centrum terecht komen als hier, wat wil je dan? Dat zij hier drugloos aankomen? Ze hebben op straat al alles gekregen om zichzelf te laten overleven, hè. Onthaalmedewerker, Limburg

3.4.6 Doorverwijzing naar de drughulpverlening

20 respondenten in de online bevraging geven aan dat bewoners **doorverwezen** worden naar specifieke drughulpverleningsinitiatieven in de open-antwoordoptie. Het gaat dus om slechts 9% van alle Fedasil-respondenten die deze toelichting gaven. Types drughulpverlening en ervaringen met doorverwijzing worden besproken in 3.5.

3.5 Drughulpverlening buiten de opvangcentra

Alle diensten die werden geïdentificeerd door de respondenten in de online bevraging en tijdens de interviews werden in kaart gebracht (zie bijlage 3). Het bestaan van de diensten op zich betekent uiteraard niet dat ze allemaal toegankelijk zijn (zie onder en 3.5.2 Drempels). We hopen met deze kaart wel tegemoet te komen aan de vraag van veel respondenten om over een overzicht te beschikken. Hieronder lichten we eerst de aard van de netwerken met de drughulpverlening en vervolgens de aard van de vermelde centra en de ervaringen wat betreft doorverwijzing toe.

3.5.1 *Netwerken*

Wanneer we in de online bevraging respondenten vragen of het centrum waar zij werken afspraken heeft met diensten in de (drug)hulpverlening antwoordt een kleine minderheid positief (32%, Fedasil: 35%). Het gaat om ongeveer evenveel Franstalige (n=50) als Nederlandstalige (n=43) respondenten. De meerderheid antwoordde dus 'ik weet het niet' (36%, 40% Fedasil) of 'neen' (32%, 24% Fedasil). Net zoals bij andere vragen zien we dat veel Fedasil-respondenten niet op de hoogte zijn van afspraken wat mogelijks wijst op gebrekkige informatiedeling in de centra of in het netwerk of eenvoudigweg de afwezigheid van deze afspraken.

In de interviews werd consequent bevraagd of het centrum deel uitmaakte van of uitgenodigd werd voor netwerkvergaderingen van diensten in de drughulpverlening in de regio. De meesten reageren negatief maar leggen uit dat een doorverwijzing meestal gebeurt doordat een Fedasil-medewerker proactief persoonlijk contact opneemt met een gekende dienst of dat de medisch referent van de regio dat doet. Sommigen lichten toe dat het netwerk eerder wordt uitgebouwd op directieniveau.

Dat loopt allemaal goed, relatief gewoon. Ik denk dat er op directieniveau ook al heel veel netwerken zijn. We zijn goed ingebed in de buurt. Al die sociale contacten zijn er dus iedereen heeft zijn netwerken binnen elke dienst. We moeten niks meer uitvinden. Arts, Antwerpen

Respondenten werkzaam in centra in de uithoeken van Luxemburg, Henegouwen en Namen merken op dat er onvoldoende diensten in de omgeving zijn waardoor zij genoodzaakt zijn om meer expertise voor opvolging in de centra uit te bouwen.

Nu zijn er verschillende diensten voor migranten in nood, voor psychologen, maar veel daarvan zitten in Luik of Brussel. Dit betekent dat de bewoner ver moet reizen, maar we doen het omdat er geen anderen zijn. De meeste psychologen zitten ver weg. Het is echt Luik of Brussel, want er zijn er geen bij ons in de buurt. Dus naar een psycholoog gaan duurt een dag. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Hoewel uit de interviews blijkt dat respondenten creatief zijn in het zoeken naar hulp geven velen aan dat meer en continue betrokkenheid bij bestaande netwerken drughulpverlening in de regio nuttig zouden vinden. Eén van de respondenten is voorzitter van zo'n netwerk en geeft aan dat hier vanuit het netwerk nog niet werd over nagedacht maar dat hij het in de toekomst zou opnemen.

Nu op netwerkniveau, is het waar dat we zouden kunnen proberen om bijvoorbeeld een werkgroep op te richten waarin we de centra in het gebied uitnodigen om na te denken over hoe we de samenwerking kunnen verbeteren. Ik zal het naar voren brengen. Psycholoog, Namen

De Brusselse Federatie voor Drugs & Verslaving heeft een tijdelijke werkgroep *Exil & Migration* opgericht om enkele concrete [aanbevelingen](#) te formuleren. Er werd onder meer aanbevolen om gezamenlijke netwerken uit te bouwen om doorverwijzing en samenwerking te faciliteren. Gezien de meeste provincies reeds over netwerken beschikken, is het efficiënt om de samenwerking in de schoot daarvan te ontwikkelen.

Bij de Nederlandstalige respondenten in de online bevraging valt op dat zij vooral antwoordden dat de medische dienst instaat voor doorverwijzing (n=16) en men verwijst naar samenwerkingen met

algemene diensten (VAD, CGG, CAW). Slechts enkele Nederlandstalige respondenten (n=6) identificeren concrete centra (Verslaving ZNA, Adic, De Sleutel, Psychiatrie Duffel, Free Clinic, PZ Asster). Diezelfde diensten worden ook in de interviews vermeld wat er mogelijks op wijst dat het aanbod beperkter is in Vlaanderen in vergelijking met Brussel en sommige steden in Wallonië (zie kaart bijlage 2).

Hoewel de Franstalige respondenten minder naar doorverwijsmechanismen of een beleid refereren, identificeren zij vaker samenwerking met concrete diensten en vzw's in vergelijking met de Nederlandstaligen (Solaix Bastogne, Enaden, Alfa, Project Lama, Hôpital ISoSL, SPAD, Jean Titeca, Notre damme des Anges, Sancities / Time Out) (zie overzichtskaart bijlage 3).

3.5.2 Residentiële drughulpverlening: weinig succesverhalen

Uit de interviews blijken psychiatrische afdelingen van een ziekenhuizen (PAAZ) de meest gebruikte residentiële diensten te zijn voor bewoners die middelen gebruiken en in een crisis terechtkomen. Veelal worden personen via Fedasil-opvangcentra tijdens een crisis naar de spoeddienst gebracht. Ze kunnen dan gedurende enkele dagen in een eenheid voor psychiatrische spoedinterventie (EPSI) verblijven. Van daaruit wordt men soms naar de PAAZ gebracht. Maar minstens negen respondenten lichten casussen toe waarin de persoon na enkele dagen wordt ontslaan omdat die buiten levensgevaar is, de taal niet spreekt, of vanwege de complexiteit van de problematiek, zonder nazorg te voorzien.

Nou, ze stuurden hem naar de psychiatrische eerste hulp met het oog op ontwenning, maar ze hielden hem niet. Ze stuurden hem terug met een behandeling, maar een kleine behandeling die niet genoeg was. Er was geen follow-up. Psycholoog, Luik

Dus de man die zijn lippen dichtnaaide en die verslaafd was aan drugs, bleef 3 dagen in het ziekenhuis. De man die veel pijnstillers en psychofarmaca slikte omdat hij oorlogstrauma had en zichzelf in brand wilde steken, bleef minder dan 10 dagen in het ziekenhuis. We brengen ze naar het ziekenhuis waar ze onder observatie worden geplaatst, maar psychiaters in algemene ziekenhuizen doen ze snel weer vertrekken. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Negen respondenten geven aan dat vrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) in de buurt in theorie mogelijk is¹¹. Acht respondenten rapporteren dat opname niet mogelijk is vanwege de taal, complexiteit van de problematiek of een wachtlijst. Drie respondenten getuigen van een gedwongen opname en slechts één respondent getuigt van een bewoner die een beschutte woonplaats kreeg (via een derde-fase-centrum).

Strikt genomen is er nooit sprake van zorgweigering, maar ze slagen erin om ze toch niet op te nemen. Directie, Luxemburg

Er is wel een mogelijkheid tot opname en we hebben een samenwerkingsverband. Dat is ook niet supertop, want vanaf dat zij geen Nederlands spreken dan stopt het verhaal ook al een beetje. Psycholoog, West-Vlaanderen

Als er doorverwezen wordt naar psychiatrische ziekenhuizen zijn de grootste struikelblokken wachtlijsten en exclusiecriteria (zie 3.5.2 Drempels). Er werden twee centra vermeld waar personen terecht kunnen voor een stabilisatieperiode van 7 dagen: ADIC vzw in Antwerpen en Transit in Brussel. Dit zijn echter programma's die vooral focussen op personen die geen stabiele thuis hebben waardoor het Fedasil-publiek strikt genomen niet tot de doelgroep behoort.

3.5.3 Ambulante drughulpverlening

Op het Belgisch grondgebied zijn er twee types ambulante diensten die gelijkaardig zijn in Vlaanderen, Brussel en Wallonië: de MSOC (MASS) en de CGG (CSM) (zie overzichtskaart in bijlage 3). De MSOC / MASS zijn laagdrempelige ambulante diensten die (vooral in Vlaanderen) instaan voor

¹¹ In Vlaanderen PZ Asster, PZ Grimbergen, PZ Caritas, PZ Bethanië en in Wallonië PZ Van Gogh, PZ Saint Marin a Dave, PZ Marroniers.

substitutiebehandeling (methadon) en beperkte psychosociale begeleiding. De CGG staan op hun beurt in voor geestelijke gezondheidszorg en bieden consultaties. Sommige CGG bouwden een expertise uit wat betreft middelengebruik. De MSOC zijn goed gekend bij de respondenten en worden ook gebruikt door de bewoners. De CGG blijken veelal ontoegankelijk voor de Fedasil-bewoners vanwege wachtlijsten. Hoewel er projectmatig al gewerkt werd rond deze doelgroepen, was dit vooral gericht op mentale gezondheidszorg en is de (AMIF-)financiering hier helaas voor afgelopen.

Gezien we meer Franstalige respondenten hebben kunnen bevragen tijdens de interviews, hebben we ook meer ambulante diensten kunnen identificeren in het Franstalig landsdeel in vergelijking met Vlaanderen (zie overzichtskaart in bijlage 2). Hoewel dit deels het resultaat is van respondent bias blijkt er toch een hiaat te bestaan op dit vlak in Vlaanderen waar minder van dit type laagdrempelige ambulante diensten lijken te bestaan.

3.5.4 *Mobiele teams en crisisteams*

In het kader van de afbouw van de residentiële psychiatrische zorg en met de opkomst van het herstelperspectief in de geestelijke gezondheidszorg en de drughulpverlening (Vander Laenen, 2016), wordt vandaag beleidsmatig meer op ambulante zorg ingezet, althans in theorie. Heel wat zorgregio's beschikken over (art. 107) mobiele en crisisteams gefinancierd vanuit PAAZ-afdelingen vanwege de afbouw van psychiatrische bedden. Veelal valt middelengebruik echter niet in het takenpakket van deze teams. Vijf respondenten geven aan een slechte ervaring te hebben gehad met deze mobiele teams in de centra. Minstens twee respondenten kennen ze niet en drie geven aan dat zij wel goede ervaringen hebben in het kader van psychiatrische problematieken.

Dan hebben we daar nog proberen ambulante hulpverlening op te zetten via mobiel psychiatrisch team maar die zeggen "Ah nee, het is te complex voor ons". Coördinator individuele programma's, Brussel

Ik heb die één keer voor een minderjarige gebeld, maar dat was niet in het kader van verslaving. En dat waren ook twee jonge meisjes die hier dan zo zaten met ons en die keken naar ons en zeiden van "Ja jullie weten veel meer van die dingen dan wij".
Arts, Antwerpen

Maar we hebben het team maar 1 keer laten komen en dat ging heel slecht. We kregen helemaal geen feedback van dit team. Ze kwamen gewoon opdagen zonder terug te komen. Er was een grote botsing tussen het centrum en dit team en ze zijn daarna nooit meer teruggekomen omdat het contact niet goed verliep. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Twee respondenten bespreken ook het werk van andere mobiele teams: het [Artha](#) (Lama) en het [ELEA](#) team. Het laatste team bestaat helaas niet meer omdat de AMIF financiering werd stopgezet. ELEA was een uniek project dat bestond uit een mobiel team om de link tussen psychiatrische zorg en personen met een vluchtachtergrond te leggen. Artha focust specifiek op mobiele begeleiding van druggebruikers die geen geldige verblijfsvergunning hebben, in de schoot van Project [Lama](#). Een van de respondenten die werkzaam is bij Artha merkt op dat zij vooral een vuurtoren in een complex zorglandschap proberen te zijn. Zo wordt er veel tijd besteed aan het aansluiten van mensen bij OCMW voor de dringende medische hulp waar ze recht op hebben.

We komen vaak mensen tegen die asiel hebben aangevraagd, die een statuut no-show hebben, met andere woorden, er is geen plaats voor hen bij Fedasil. Ze hebben net een snel interview gehad bij de Vreemdelingendienst en ze lopen rond met bijlagen. (...) Dus de prioriteit voor hen is medische zorg, Dus we nemen de tijd om hun te vertellen dat Fedasil geacht wordt medisch voor hen te zorgen. Sociaal assistent / begeleider, Brussel

We merkten tijdens de interviews op dat er in Wallonië en Brussel een uitgebreid landschap van ambulante laagdrempelige drughulpverlening (vooral mobiele diensten en consultatiecentra zonder exclusiecriteria) bestaat in vergelijking met de Vlaamse eerder hoogdrempelige diensten (residentieel) in de drughulpverlening. Zo waren er in de regio Brussel alleen al [22 mobiele teams](#) aan het werk in 2021.

3.5.5 Drempels in en naar de drughulpverlening

Een jongere had Rivotril© genomen en deed een suïcidepoging. We belden een ambulance en ik vergezelde hem naar de eerste hulp. De jongere loog tegen de psychiater en zei dat hij eruit wilde komen, wilde leven, naar school wilde gaan, enz. Hij ontkende zelfs zijn zelfmoordpoging die dezelfde dag nog plaatsvond. Ondanks mijn aandringen op basis van feitelijke informatie, gebaseerd op het belang van de jongere die niet voortdurend kan worden gecontroleerd en die alle tijd van de wereld heeft om zichzelf binnen het centrum iets aan te doen, hield het ziekenhuis hem slechts een nachtje vast en stuurde hem de volgende dag naar ons terug. Respondent 16 survey

Alle respondenten gaven een antwoord op de open vraag in de online vragenlijst om drempels naar de drughulpverlening voor verzoekers te identificeren. Slechts acht respondenten rapporteren dat er geen drempels zijn. Ook alle respondenten in de interviews lichtten drempels toe. In tabel 17 worden de gegroepeerde antwoorden uit de online bevraging weergegeven die twee of meermaals werden aangehaald.

Hieronder worden alle barrières besproken die meest werden gemeld in zowel de online bevraging (>20)¹² als de interviews (>10) op micro- (bewoners) en mesoniveau (Fedasil, drughulpverlening). Drempels op het macroniveau kwamen in deze antwoorden weinig aan bod maar werden wel vaak vermeld in het kader van aanbevelingen (zie 3.6). Voor de twee datasets geldt dat motivatie (micro), taal en wachtlijsten (meso) als voornaamste barrières worden aangeduid.

Er dient opgemerkt te worden dat drempels op die drie niveaus vaak ingebed zijn op een ander niveau: zo vormt taal een individuele barrière waar het gebrek aan tolken of expertise om ermee te werken eerder zijn ingebed op organisatie- (meso) en beleidsniveau (macro). Ook wachtlijsten vormen een concreet probleem op het organisatieniveau (meso) dat is ingebed in het beleidsniveau (macro). Hoewel drempels in de literatuur vaak op individueel niveau worden geïdentificeerd is het van belang om ook drempels op organisatie- en beleidsniveau te erkennen opdat zij aangepakt kunnen worden. (De Kock, 2021, 2022)

¹² Twaalf drempels werden in de online bevraging slechts eenmaal aangehaald en werden niet in de tabel opgenomen: Individuele begeleiding is moeilijk, wantrouwen, gebrek aan preventie, onzekerheid, comorbiditeit tussen middelengebruik en psychische kwetsbaarheden, pijnmedicatie, grote afhankelijkheid, banalisering van het fenomeen door collega's, disciplinaire transfers voor middelengebruik, negatief beeld op de hulpverlening, weinig actie in dit domein, asielbeleid en procedure als drempel.



Tabel 17: Waargenomen drempels bij doorverwijzing naar de drughulpverlening

Individuele drempels: motivatie, trauma, tijdelijkheid, perspectief

Een **gebrek aan inzicht in het eigen middelengebruik of motivatie** wordt veruit het meest aangehaald als drempel naar de drughulpverlening in de online bevraging en tijdens de interviews. Een gebrek aan inzicht heeft veel invullingen en achterliggende redenen. Respondenten halen bijvoorbeeld aan dat er vaak geen of een veranderende hulpvraag is. Respondenten rapporteren ook dat middelengebruik een vorm van zelfmedicatie kan zijn en dat verzoekers (daarom) bijvoorbeeld niet bereid zijn om volledig te stoppen.

Hij zei "ja" en hoorde wat er tegen hem gezegd werd, maar je kon voelen dat het niet resoneerde. Hij werd niet agressief of onaangenaam toen we er met hem over spraken, maar je kon voelen dat het pad niet gevolgd werd. Hij was niet klaar om stappen te zetten. Directie, Namen

Maar we kunnen geen mensen helpen die niet geholpen willen worden en dat is het grote probleem in ons centrum, want we concentreren een enorm aantal mensen met verslavingsproblemen. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Er zijn ook heel vaak jongeren die hier binnenkomen en die nog niet klaar zijn om die stappen te zetten en die eigenlijk vooral gefocust zijn op "Ik wil mijn middel, nu". (...) En die zijn dan eigenlijk heel eisend in hun gedragingen. Psycholoog, Brussel

Tijdens de interviews konden we wel een verschil vaststellen tussen zij die motivatie om te stoppen als randvoorwaarde voor een begeleiding zagen enerzijds en zij die dit als startpunt tijdens (motiverende) gespreksvoering zagen, anderzijds.

Niet iedereen die hulp wil, wil meteen lichamelijk afkicken. (...) Verandering is niet gemakkelijk, het gebeurt niet van de ene op de andere dag. Ze moeten horen wat je zegt, ze moeten het in hun hoofd krijgen, ze moeten overtuigd worden, ze moeten iets hebben dat hen motiveert. Ze moeten één of twee problemen minder hebben in hun leven. Uiteindelijk hebben ze een hele reeks dingen nodig zodat ze op een gegeven moment tegen zichzelf zeggen "OK, ik ben er klaar voor". Er moet ook een context zijn, een omgeving, om het gemakkelijker te maken. NBM teamcoördinator, Luik

Respondenten uit de drughulpverlening nuanceren dat motivatie om te stoppen geen randvoorwaarde voor ondersteuning hoeft te zijn vanuit een perspectief van laagdrempeligheid of schadebeperking. Zo is er de vaststelling dat de hulpvraag alleen uit schadebeperking en dus het voorschrijven van medicatie kan bestaan. Ook stelt een respondent dat het verlangen naar hulp van belang is bij psychosociale ondersteuning (en dus niet alleen bij het stoppen met gebruiken).

Er moet een verzoek om hulp zijn. Dat is het eerste, dat het echt een verzoek van hun kant is en ik denk dat dat op de lange termijn is wat we het meest nodig hebben. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Die hebben sowieso contact met onze sociale dienst op het moment van intake want dat gebeurt op de psychosociale en sociale hulpverlening. Maar het moment dat die opstarten in een programma bij ons dan is het blijkbaar bijna ook altijd puur een medicatievraag. Dus dat gaat meestal over opiatengebruik waarvoor ze substitutie medicatie willen. Dus als die intake is afgerond en de medicatie kan worden opgestart, blijven die eigenlijk grotendeels weg bij onze psychosociale hulpverlening. Sociaal assistent / begeleider, Antwerpen

Wat er gebeurt is dat dit mensen zijn die komen voor een methadonbehandeling en zo tot de samenwerking met de arts komen, maar die niet echt komen tot een therapeutische follow-up. Dat is een observatie die we hebben gedaan. Toch hebben we wel enige follow-up. Psycholoog, Namen

Hij wou daarom op doktersbezoek, (...) met het oog op zijn lijden uit te leggen en hulp te krijgen voor het lijden. Maar het kwam toch snel op de voorgrond, dat de manier waarop ze geholpen willen worden eigenlijk vooral medicamenteus is. Arts, Vlaams-Brabant

In de gesprekken met Fedasil-medewerkers blijkt dan weer hoe fragiel dat verlangen naar hulp kan zijn: een hulpvraag komt en gaat. Daarom is het van groot belang dat begeleiders die dicht bij hen staan de juiste momenten voor gesprek kunnen identificeren en erop inspelen. Zoals blijkt uit onderstaand citaat blijven daar soms kansen liggen.

Helaas hebben we onlangs gemerkt dat hij is hervallen. Hij is zijn baan kwijt, dus voilà. (...) Hij stond [voorheen] open voor hulp, maar tegelijkertijd, duurde het niet lang. Dus stond hij open voor hulp door ons? Of had hij echt dit verlangen? Dat weet ik niet. Het zit echt in meneer, dus dat weet ik niet. Maar in ieder geval had hij gezegd dat hij het ermee eens was, hij ging er [AA] een tweede keer heen zonder dat hij het verplicht was. Zo zie je maar. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Tijdens de interviews werden ook minstens tien casussen voorgelegd van personen die wel degelijk gemotiveerd waren om opgenomen te worden of andere hulp te krijgen maar waar de hulp ontoereikend of niet beschikbaar was. Zo is de individuele motivatie dus ook verbonden met de beschikbaarheid van hulp (micro-meso).

Die smeekte echt voor hulp. Die wilde zich ook laten opnemen. Maar ik denk dat de hulp heel ontoereikend is. Het zijn wanhoopspogingen die heel veel geld kosten eigenlijk en bij voorbaat telkens gedoemd zijn om te mislukken. Ik doe het eigenlijk alleen uit medico-legale overwegingen. "Als er iets met deze persoon gebeurt, we hebben hem laten opnemen en we hebben gedaan wat we moesten doen". Arts, Antwerpen

Tijdens de interviews kwam het samenspel van **psychiatrische en psychologische problemen** enerzijds en middelengebruik anderzijds in 22 gesprekken aan bod als drempel omdat het problematieken zijn waarvan de aanpak complex is.

Dit zijn jonge mensen die aankomen met psychiatrische pathologieën in het algemeen. Wat is de oorsprong van de pathologie? Worden verslavingen veroorzaakt door de psychiatrische component? In feite voedt het een het ander. Ik denk dat dit profiel geëxplodeerd is. Medisch referent, Brussel

Wat we ook vaak tegenkomen bij deze doelgroep, misschien vanwege de drugs, misschien omdat ze vroeger drugs gebruikten, misschien vanwege migratie, is een fragiele geestelijke gezondheid. Ze hebben dus psychologische problemen of in ieder geval een kwetsbaarheid of iets dat psychologisch gezien overloopt, wat de behandeling nog complexer maakt. Directie, Brussel

Achttien respondenten vermelden dat vooral **trauma** een belangrijke rol speelt bij middelenafhankelijkheid.

Dus hij is een man die veel trauma's heeft meegemaakt. Hij heeft een aantal zeer moeilijke dingen meegemaakt in zijn verleden, hij heeft veel angst, veel angsten en hij heeft allerlei verslavingen ontwikkeld als gevolg van deze angsten. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Dit waren situaties waarvan we niet wisten hoe we ermee om moesten gaan, oorlogstrauma's met zeer sterke verslavingen aan bepaalde soorten producten, die echt, nou ja, naar mijn mening, manieren waren om met het hele probleem om te gaan vanwege de vluchtervaring. Psycholoog, Luik

Respondenten in de drughulpverlening specificeren dat ze te weinig expertise hebben om met trauma om te gaan.

En ik moet bekennen dat ik een persoonlijk probleem heb met dit publiek, die vaak gevoelens uiten, die heel moeilijk zijn om naar te luisteren en het is niet altijd gemakkelijk om dat allemaal op te pikken, dus voor mij is het een probleem dat ik mezelf niet alleen zie aanpakken, zonder een netwerk om me heen en om de gebruiker heen. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Twaalf respondenten geven aan dat de **tijdelijkheid van het verblijf in een centrum (de planning van) psychosociale externe begeleiding bemoeilijkt.**

En veel hulpverleners, psychiaters, traumapsychologen bijvoorbeeld, stellen ook als voorwaarde voor een grondige, goede therapie dat eerst uw basisstabiliteit en basisveiligheid gewaarborgd is. Zolang mensen in onzekere, onveilige omstandigheden leven, is er ook geen psychotherapie mogelijk. Arts, Antwerpen

We kunnen proberen het trauma te verlichten, maar de tijd die we hebben vanwege de procedure, is beperkt. We zijn altijd afhankelijk van procedures die gekoppeld zijn aan de asielaanvraag en dus kan de follow-up van de ene op de andere dag stoppen. Psycholoog, Namen

Minstens tien respondenten bespreken casussen waarin het **gebrek aan perspectief en de onzekerheid die gepaard gaat met de (te lange) asielprocedure, psychologische problemen en middelengebruik in de hand werken.**

Mensen zijn daar [in de centra] nog in procedure, dus ja, dat geeft machteloosheid, depressieve gevoelens, veel leed dat je ziet, veel hoop, maar vooral leed denk ik of botsten op verwachtingen die niet ingelost kunnen worden. Vaak merken we ook dat mensen zo lang ze in procedure zijn of zo onzeker leven en soms duurt dat ook gigantisch lang, dat is onmenselijk. Coördinator individuele programma's, Brussel

Alles wat te maken heeft met de procedure is vaak een factor bij terugval, en we zien mensen met wie het heel goed gaat, maar door instabiliteit en wachten... als de procedure niet werkt, wordt de oranje kaart ingetrokken, wat betekent dat ze geen toegang meer hebben tot werk, geen toegang meer hebben tot een opleiding. Dit zijn mensen die dan weer in een leegte terecht komen en dan is het makkelijk om weer te gaan gebruiken. Psycholoog, Luik

We hebben een man gehad (...) die van in het begin mentale problemen had en dan naarmate zijn asielprocedure vorderde en hij uitzichtlozer werd en hier langer verbleef, is die plots beginnen afglijden. (...) Op een paar maanden tijd, is die heel verslaafd geraakt aan Tramadol[®], alcohol, benzo's, soms cocaïne, een cocktail van vanalles en hoe meer hoe beter. Arts, Antwerpen

Dit wordt ook bevestigd door een beperkt aantal succesverhalen waarbij respondenten melden dat het middelengebruik werd stopgezet na het verkrijgen van verblijfsdocumenten.

Ik ken mensen die nu werken en vroeger wiet gebruikten. Ze zijn gestopt en het komt gewoon door de stress. Het had te maken met de stress en de asielaanvraag. Je kunt je niet eens voorstellen hoe stressvol dat is. NBM Begeleider, Brussel

Dus stuurden we hem naar een ander centrum en toen kregen we nieuws. De persoon werd geregulariseerd en het ging veel beter. Hij kwam hier terug en zei ons gedag, dus ik denk dat deze verandering van centrum uiteindelijk ook goed kan zijn. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Deze man was bijvoorbeeld geen drugsgebruiker, maar wel schizofreen. Hij wilde nooit behandeld worden, wilde nooit naar een psychiatrisch ziekenhuis, behalve op de dag dat hij zijn papieren kreeg en toen zei hij tegen me: "Help me om op een afdeling te komen, in een psychiatrisch ziekenhuis" want hij had zijn papieren. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Tot slot werd op het microniveau door een kleine minderheid (zie tabel 17) van respondenten in de online vragenlijst ook gewezen op schaamte of angst om te spreken over middelengebruik (n=6), een gebrek aan kennis van de hulpverlening bij verzoekers (n=10) en religie / cultuur als drempel (n=2).

Drempels in de drughulpverlening: taal, wachtlijsten, onaangepastheid

De meest gemelde drempels in de online bevraging bevinden zich op het niveau van de drughulpverlening. Het gaat om de taalbarrière, wachtlijsten en onaangepastheid van de drughulpverlening. Dezelfde drempels worden tijdens de interviews besproken.

De **taalbarrière** werd in de online bevraging vooral aangehaald als een drempel door een derde van de Franstalige respondenten (n=47/158) in vergelijking met ongeveer een vijfde van de Nederlandstalige respondenten (n=21/115). Gezien voorgaande studies wel uitwijzen dat taal ook in Vlaanderen vaak een exclusiecriteria is (De Kock, 2022), kan deze discrepantie erop wijzen dat deze drempel minder erkend wordt in Vlaanderen. Onderstaand citaat uit een Nederlandstalig interview illustreert dat de taalbarrière ook breder betrekking kan hebben op het 'hebben van een anders klinkende naam'.

Wat vaststaat is dat taal vaak een exclusiecriteria is voor langere opnames in zowel psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen als in psychiatrische ziekenhuizen, waardoor alleen kortdurende opnames in crisisafdelingen mogelijk zijn (als er geen wachtlijsten zijn).

Bij de psychiatrie enzovoort is het altijd de taal. Dus ook voor mensen die gemotiveerd zijn en een hulpvraag hebben, kunnen wij moeilijk toeleiden omdat het altijd is "Als ze het Nederlands niet beheersen, kunnen wij niet met hen aan de slag". Directie, Oost-Vlaanderen

Als er één ding is waar dat wij elke dag op botsen en mega gefrustreerd van worden, is het alle parapluutjes die dan opengaan. Dus wij hebben bijvoorbeeld in [plaats] een groot psychiatrisch ziekenhuis maar vanaf het moment dat iemand een andere achternaam dan Peters of Jansens heeft, is dat van "oh nee. Want wij kunnen niks bieden, wij kunnen geen therapie geven". Coördinator individuele programma's, Brussel

Het is sowieso moeilijk om mensen... bijvoorbeeld een opname of zo specifiek gericht op het stoppen met gebruiken... merken we veel moeilijkheden om dat er heel vaak sprake is van het niet beheersen van de Nederlandse taal. Om therapeutisch te kunnen werken, zeker in groepswerking, dan is dat nodig. Dus die mensen worden meestal niet weerhouden voor opnames. Sociaal assistent / begeleider, Antwerpen

Dan in [ziekenhuis] hebben we een paar keer mensen laten opnemen, maar daar is de regel dat als ze de taal niet spreken, ze niet in langdurige opname kunnen, omdat ze daar alles in groep sessies doen. En dat gaat niet als je alleen Arabisch spreekt of zelfs Frans, want het moet in het Nederlands. Arts, Antwerpen

En wat merken wij? Een anderstalige in zo intensief samenwerkende groep, dat werkt niet. De mensen voelen van 'Er wordt iets over mij gezegd', ze verstaan het niet. Er zijn misverstanden en dat loopt altijd mis. Dus dat doen ze niet. Kwaliteitscoördinator, Antwerpen

In Brussel en Wallonië werden heel wat vzw's geïdentificeerd die laagdrempelig rond middelengebruik bij mensen op de vlucht werken. Uit de gesprekken met respondenten die in deze diensten werken, bleek dat men in deze diensten wel creatief op zoek ging naar oplossingen om aan de slag te gaan met deze doelgroepen om de taalbarrière te overbruggen.

Ik heb een patiënt die op een gegeven moment met een vertaler kwam die zou komen, maar de vertaler kwam nooit opdagen. Ik weet niet of hij niet kon komen of dat de afspraak verkeerd was, ik heb geen idee, dus we werken veel, of ik werk toch veel met Google translate. Arts, Luxemburg

We hebben mensen die veel verschillende talen spreken, maar dat betekent niet dat we elke dag gemakkelijk met iedereen kunnen werken. Directie, Brussel

Uit de interviews blijkt bijkomend dat er de facto tegemoet wordt gekomen aan de taalbarrière door Fedasil doordat Franstalige aanvragers vaker naar opvangcentra in Wallonië en Brussel worden

doorverwezen. In theorie zou het taalprobleem dus groter zijn in Vlaanderen in vergelijking met Wallonië en Brussel. Toch stelt zich hetzelfde probleem in het Franstalig landsdeel: de taal niet machtig zijn betekent vaak dat een langdurige opname niet mogelijk is.

Er is altijd de kwestie van de vertalers, als de persoon Frans spreekt, is het altijd veel gemakkelijker om een netwerk te vinden, om hem of haar door te sturen. Zodra de persoon de taal niet beheerst, merk ik dat we snel met dit probleem worden geconfronteerd. Niet alle organisaties accepteren het om met een tolk te werken, zelfs niet als het centrum er een ter beschikking stelt. Psycholoog, Luik

Hoewel Fedasil tolken in de centra ter beschikking stelt, heerst er wat onduidelijkheid over wie tolken moet voorzien in externe drughulpverlening. Dit is mogelijks te wijten aan de beperkte financiering en beschikbaarheid van tolken.

Bijvoorbeeld als we mensen naar het ziekenhuis sturen, vindt de hoofdzetel dat het ziekenhuis de tolken moet voorzien en niet wij. We weten dat in de praktijk dat niet gebeurt, dus wij proberen wel zelf voor een tolk te zorgen omdat anders de dokters in het ziekenhuis boos zijn op ons. Verpleger, Vlaams-Brabant

De vierde meest aangehaalde drempel in de online bevraging zijn de **wachlijsten** in de drughulpverlening. Respondenten die wachlijsten als een drempel identificeren in zowel de interviews als de online bevraging zijn vooral afkomstig uit Antwerpen, Brussel, Henegouwen, Luik, Luxemburg en Vlaams-Brabant. Het gaat vooral over wachlijsten bij zowel centra geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen, psychologen als in de jeugdhulp.

Wij hebben hem aangemeld bij CGG Vagga. Ik weet dat we daar toen nog heel veel geluk hadden, omdat zij werken met een wachtlijst en ze hadden zelfs een wachtlijststop, maar ik had van die dame aan de telefoon de datum gekregen wanneer je dat de wachtlijst terug open ging gaan, dus we zijn daar direct op gesprongen. Coördinator individuele programma's, Brussel

Bijvoorbeeld andere organisaties zoals Solentra, hun post in Antwerpen, daar hebben we nu iemand aangemeld (red. Juni 2023) en die kan dit jaar nog niet gezien worden. Dus ja, dat gaat toch over ettelijke maanden/jaar soms. Coördinator individuele programma's, Brussel

Het CINL [Centre des Immigrés Namur-Luxembourg asbl] zorgt dus voor psychologen met een tolk, maar het probleem is dat er een enorme wachtlijst is, wat betekent dat we geen idee hebben wanneer we psychologische follow-up kunnen krijgen. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

Het CGG in Virton is verzadigd. Ik denk dat de wachtlijst 18 maanden is. Sociaal assistent / begeleider, Luxemburg

We hebben Zoersel waar we mensen soms aanmelden. Dat duurt heel lang voor ze daar terecht kunnen en die mensen bellen ons dan 20 keer op van "Ja, wat moeten wij daarmee?" Want ze hebben daar geen ervaring mee met asielzoekers. Dus ja, die kunnen dat dan precies niet beter dan wij. Arts, Antwerpen

Ja, soms zijn er wachlijsten. Maar soms heb je geluk als er een plek is en je ze doorstuurt. Er is altijd vraag naar, de jeugdzorg. Sociaal assistent / begeleider, Brussel

Ze zitten vol. Dus er is een CGG in Bastogne, maar het duurt 6 maanden tot een jaar om een consultatie bij een psycholoog te krijgen. Het is onmogelijk om een follow-up voor geestelijke gezondheidszorg op te zetten in een stad als Bastogne. Arts, Luxemburg

Wij kunnen niet garanderen "Je gaat 7 dagen in dat zorgprogramma. En dan kun jij aansluiten bij dat ontweningsprogramma". Dat is het niet want bij het ontweningsprogramma hebben wij wachlijsten van twee maanden. Kwaliteitscoördinator, Antwerpen

Vanuit CARDA werd meegegeven dat zij nog nooit een wachtlijst hebben gehanteerd, hoewel die indruk wel leeft bij opvangpartners.

Het is nog nooit voorgekomen dat er een wachtlijst was. De turnover is ook heel belangrijk, sommige mensen blijven maar een maand, anderen blijven 3 maanden, dus de turnover is groot. We hebben nooit beperkingen gehad. Nu er ook een centrum in Vlaanderen is, zij nemen alle aanvragen uit Vlaanderen aan, dus hebben we er minder. Psycholoog, Luik

Ten vijfde rapporteren respondenten dat diensten in de **drughulpverlening onaangepast** zijn voor de doelgroep. Drie respondenten signaleren dat er onvoldoende aangepaste diensten zijn voor (niet-begeleide) minderjarigen maar ook dat trauma gerelateerde dienstverlening te vaak ontbreekt in de drughulpverlening. Vier respondenten melden dat diensten hun doelgroep niet willen opnemen.

Het is ook niet opengesteld voor de superdiversiteit die tegenwoordig de realiteit is. Dat is ook iets. De drughulpverlening zal zich ook beter moeten aanpassen aan de verandering van onze maatschappij en hoe onze maatschappij eruitziet. Die zijn nog niet voldoende aangepast aan dergelijke dossiers. Sociaal assistent / begeleider, Vlaams-Brabant

Zoals hierboven vermeld, vormt taal inderdaad vaak een exclusie criterium maar zorgen wachtlijsten ook voor de facto exclusie. In de interviews bleek alvast dat Franstalige respondenten werkzaam in de laagdrempelige drughulpverlening wel open stonden om meer kennis op te doen en om te werken met de doelgroep.

Het is niet de taal, het is het werken met de tolk dat niet altijd gemakkelijk is. Daar ligt het probleem. Nou, dat is een nuance. Het is geen obstakel, het is een andere manier van werken. Het is gewoon een andere manier van werken. Psycholoog, Namen

We hebben dus nooit een training of formele bijeenkomsten met Fedasil-medewerkers gehad. Dat is een van de dingen waar we de laatste tijd in ons centrum naar hebben gekeken, namelijk dat we ons realiseren dat we niet echt zijn toegerust om te werken met mensen die niet altijd even goed Frans spreken. Psycholoog, Luik

Voor mij is het een verrijking om met patiënten te werken die niet dezelfde taal spreken als ik, die andere culturele gewoonten hebben. Het is echt een pluspunt in mijn leven als mens, om dit contact te hebben met de moeilijkheden van deze patiënten. (...) Het is iets positiefs. Arts, Luxemburg

Wat betreft Vlaanderen werd in het VAD-project (2018, zie inleiding) vastgesteld dat de bereidheid vanuit de drughulpverlening om met deze doelgroep te werken laag was vanwege taalbarrières, beperkte kennis over de ervaringen van vluchtelingen (bv. verblijfsstatuut, trauma, taal, enz.), wachtlijsten en de onzekere verblijfsstatus van VIB. Een andere studie bevestigt dat taal, vooral in Vlaanderen, frequent een exclusie criterium is in de residentiële drughulpverlening (psychiatrische ziekenhuizen) (De Kock, 2021, 2022), waar dit minder het geval is in de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen (die beroep kunnen doen op intercultureel bemiddelaars en tolken).

In de online bevraging wordt de **geografische afstand tussen het OC en diensten** in de drughulpverlening geïdentificeerd als een belangrijke drempel. Dit wordt uitsluitend gerapporteerd door respondenten die in Namen, Waals-Brabant en Brussel Hoofdstedelijk Gewest gevestigd zijn wat mogelijks wijst op een drempel die eigen is aan de regio. Zoals hierboven reeds vermeld (3.5.1) rapporteren ook interviewrespondenten werkzaam in centra in de uithoeken van Luxemburg, Henegouwen en Namen dat er onvoldoende diensten in de omgeving zijn waardoor zij genoodzaakt zijn om meer expertise voor opvolging in de centra uit te bouwen.

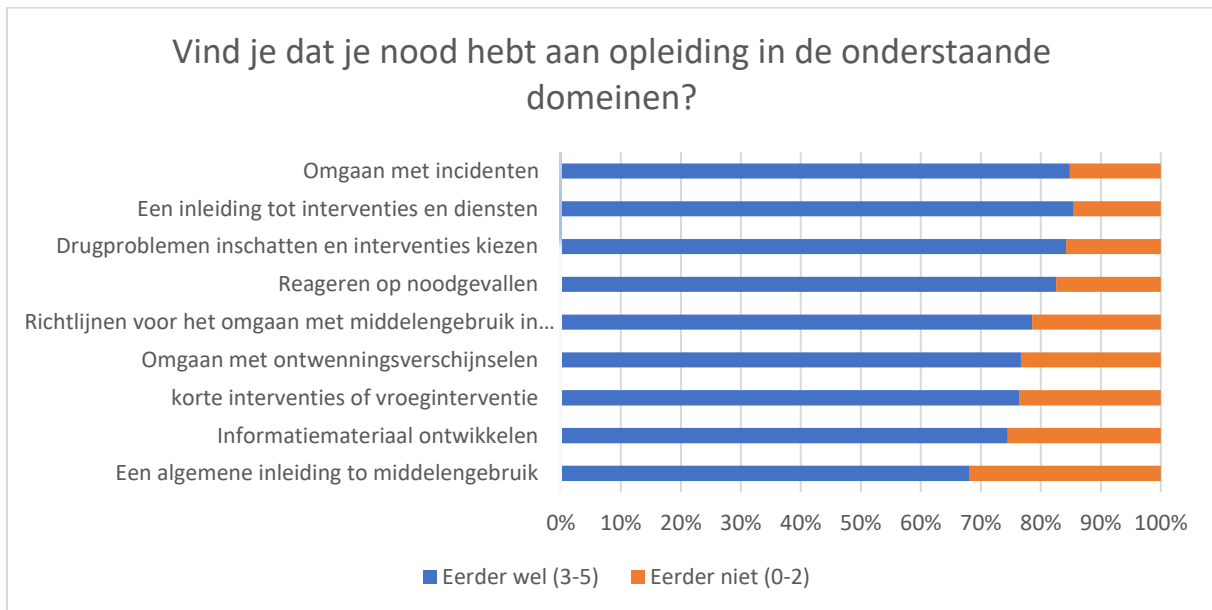
Het derde wat ik wil zeggen is dat we geografisch gezien helemaal in een landelijke omgeving zitten, maar dat we vrij ver verwijderd zijn van alle medische, psychologische en andere voorzieningen. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis is bijvoorbeeld 50 minuten rijden. Dat geeft een idee. Dit maakt het vrij moeilijk om de meest geschikte hulpverleners te vinden en in te zetten. Sociaal assistent / begeleider, Namen

Tot slot werd op het niveau van Fedasil door een kleine minderheid (zie tabel 15) van respondenten in de online vragenlijst ook gewezen op een gebrek aan samenwerking tussen de centra en externe diensten (zie 3.5.1), gebrek aan expertise (zie 3.6.1) en gebrekkige detectie van middelengebruik (zie 3.4.1).

3.6 Trainings- en interventienoden

3.6.1 Opleidingsnoden

Wanneer we respondenten in de online bevraging vragen of zij nood hebben aan opleiding in specifieke domeinen (91% respons) antwoordt steeds meer dan de helft met de hoogste score (4-5) op alle gemelde opleidingsthema's wat erop wijst dat er een grote behoefte aan bijkomende vorming is (tabel 18)¹³. Vooral richtlijnen voor het omgaan met incidenten, een inleiding tot interventies en diensten, het inschatten van drugproblemen, interventies kiezen en reageren op noodgevallen scoren hoog. Deze rangschikking geldt zowel voor respondenten tewerkgesteld door Fedasil als zij die elders tewerkgesteld zijn.



Tabel 18: Opleidingsnoden

Het feit dat men de nood aan vorming over vroeginterventie lager inschat kan te maken hebben met het algemeen beleid van doorverwijzing naar externe diensten door Fedasil. Toch wordt vooral vroeginterventie in de literatuur aangehaald als een 'quick-win' in de opvangcontext (Greene et al., 2021; Greene et al., 2018).

In de interviews werd aan respondenten gevraagd welke aanbevelingen zij wilden formuleren om beter met middelengebruik om te gaan in hun setting. Minstens 18 respondenten identificeerden dat bijkomende opleiding voor hen een must was. Het gaat om 16 Fedasil-respondenten, 2 respondenten in de IBZ-centra en 2 respondenten in de drughulpverlening. Wat betreft de opvangmedewerkers voelden zij vooral de nood aan een basistraining wat betreft middelengebruik waarin de identificatie van gebruik en omgaan met gebruik en incidenten centraal staan.

Enkele kapstukken om daar specifiek mee aan de slag te gaan. Misschien extra vormingen voor het personeel om druggebruik of vooral dan problematisch druggebruik te detecteren en aan te brengen aan de bewoner in kwestie. Ik zeg het, enkele handvaten en een uitgewerkt beleid all together. Ik denk dat dat een meerwaarde zou zijn. Sociaal assistent / begeleider, Limburg

¹³ De lage variantie in de antwoorden heeft ook deels te maken met de aard van de antwoordmogelijkheden (zie 4. Beperkingen).

Wat betreft omgaan met incidenten biedt Fedasil reeds vormingen aan. Er dient nagegaan te worden in welke mate daarin ook drug- en alcohol gerelateerde incidenten voldoende aan bod komen.

Toch bleek dat ook veel respondenten wel al opleidingen met betrekking tot middelengebruik hadden gevolgd. Onderstaande opleidingsmogelijkheden werden geïdentificeerd.

- [Alto asbl](#) (Mons) verenigt huisartsen die psycho-medisch-sociaal werkers begeleiden in de ondersteuning van mensen met een verslaving.
- [CARDA](#): biedt VIB residentiële en ambulante psychologische ondersteuning en opleiding voor opvangcentra.
- [CGG Asse](#) biedt ondersteuning aan hulpverleners inzake behandeling van personen met ernstige psychische en psychiatrische problemen en middelengebruik.
- [CRéSaM asbl](#) (Namur) staat in voor de ondersteuning van diensten voor geestelijke gezondheidszorg.
- [Dune asbl](#) (Saint-Gilles) ondersteunt druggebruikers op straat in hun eigen omgeving.
- [L'Autre Sense](#) (Beauraing) is een gespecialiseerde dienst voor verslavingszorg en ondersteuning voor drugsgebruikers en hun familie.
- [Lama asbl: Projet Artha](#) (Brussel) helpt migranten en verzoeker om internationale bescherming om de risico's van drugsgebruik te beperken en biedt vormingen.
- [Modus Vivendi](#) (Brussel) richt zich op het verminderen van de risico's van druggebruik en biedt vorming.
- [Périscopie asbl \(Citadelle asbl\)](#) (Tournai) heeft als doel de gezondheid en het welzijn van iedereen op het gebied van verslaving te verbeteren en biedt hierover vormingen.
- [Solaix](#) (Bastogne) helpt mensen met een verslavingsprobleem, hun familie en iedereen (zoals professionelen) die met het verslavingsprobleem te maken heeft.
- [Transit asbl](#) (Brussel) is een niet-medisch opvangcentrum voor volwassenen die verslaafd zijn aan drugs (verdovende middelen, alcohol en medicijnen).
- [VAD](#) (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs) biedt betrouwbaar en onafhankelijk advies en materialen over alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen.

Tot slot gaven vijf respondenten ook aan dat leren van elkaar eveneens nuttig is zowel in de centra, tussen de centra als tussen de centra en diensten in de drughulpverlening aan de hand van bijvoorbeeld *job shadowing*. Dit zou inderdaad een 'quick win' kunnen zijn.

Want er zijn vast andere centra die problemen hebben en misschien hebben zij een manier gevonden om dit soort situaties en profielen te ondersteunen die nuttig zouden zijn om te delen. Psycholoog, Brussel

Als psycholoog hier in het centrum en dat is iets dat zo een beetje gegroeid is, geef ik ook regelmatig opleidingen aan het team. Omdat niet iedereen een sociale achtergrond heeft en soms zich zowat onbeholpen voelt in hoe om te gaan met moeilijke profielen. Psycholoog, Brussel

Om je een beter idee te geven van hoe wij werken, stellen we voor dat je een dag met ons meegaat om te zien hoe de instelling van binnenuit werkt. Het is 1000 keer de uitleg waard. Het kost niets en het is praktisch. Psycholoog, Brussel

Ook in de VAD-studie (2018, zie inleiding) signaleerden professionelen in de opvangsetting dat ze nood hebben aan aanvullende opleiding. Zij kregen door VAD materiaal aangereikt over bijvoorbeeld [motiverende gespreksvoering](#). Er werd echter ook opgemerkt dat training structureel moet worden ingebed. Een basistraining drugs voor alle en zeker nieuwe medewerkers zou daar een antwoord op kunnen bieden.

3.6.2 *Interventienoden in de centra*

Wanneer we respondenten vragen welke interventies volgens hen het meest prioritair zijn (respons: 87%) antwoordt meer dan 55% van de respondenten voor alle interventies dat ze 'eerder wel' (3-5) een prioriteit zijn. Alle interventies worden dus belangrijk geacht (tabel 19)¹⁴.

Meer dan 65% van de respondenten antwoordt met de hoogste score (4-5) voor wat betreft respectievelijk **toegankelijkheid van de drughulpverlening, psychologische interventies, informatie over de behandeling van dubbeldiagnose en bewustwording bij de bewoners over middelengebruik**. Deze rangschikking geldt ook voor Fedasil-respondenten.



Tabel 19: *Interventienoden in de opvangcentra*

Hoewel deze vraag niet werd opgenomen in de kwalitatieve interviews kwamen deze thema's wel indirect aan bod. Zo vermelden heel wat respondenten dat taal een drempel vormt in de toegang tot de drughulpverlening (zie 3.5.1).

Ook uit de Europese bevraging (EUAA & EMCDDA, 2023) en een internationale bevraging (Greene et al., 2021) blijkt dat toegankelijkheid van de drughulpverlening de hoogste prioriteit heeft. Het voorzien in psychologische interventies krijgt een lagere score in de Europese bevraging in vergelijking met de score van de Belgische respondenten, wat mogelijks wijst op een hiaat in de Belgische centra. Het is

¹⁴ De lage variantie in de antwoorden heeft ook deels te maken met de aard van de antwoordmogelijkheden (zie 4. Beperkingen).

inderdaad zo dat alleen Fedasil-centra in de eerste opvangfase over een centrumpsiholoog beschikken en dat de centra in tweede fase hoofdzakelijk op basis van doorverwijzing werken. Meer informatie over de behandeling van dubbeldiagnose scoort ook hoog in onze bevraging, maar werd niet bevraged bij de Europese respondenten, noch bij de interview-respondenten.

Farmacologische interventies, laagdrempelige diensten zoals spuitenruil en overdosispreventie en het voorzien in informatiemateriaal voor bewoners scoren redelijk laag. Dit is een gevolg van het feit dat er een basisaanbod is op dit vlak in veel Fedasil-centra (preventie en methadonverstrekking, zie inleiding) bestaat. Ook biedt Fedasil richtlijnen wat betreft methadonverstrekking. Ook uit de interviews blijkt dat methadonverstrekking door de band genomen goed verloopt in de meeste centra.



Uitgelicht: Preventie

Preventie van middelengebruik voorkomt dat mensen beginnen gebruiken en kan mensen die al gebruiken helpen om problematisch gebruik te voorkomen. Maar preventie van middelengebruik heeft ook een breder doel: mensen veilig en gezond houden zodat ze hun talenten en potentieel ten volle kunnen realiseren. (Coone, 2020, p. 34)

Het Europees Preventiehandboek maakt een onderscheid tussen het voorkomen van gebruik enerzijds en het voorkomen van schadelijk gebruik anderzijds (schadebeperking). Dit verschil is uitermate belangrijk omdat interventies verschillen naargelang het ene of het andere doel. Jongeren die nog niet in contact zijn met middelen hebben nood aan het eerste type interventies. Personen die wel al middelen gebruiken worden gericht aangesproken in het tweede type interventies.

In het VAD-project (2018, zie inleiding) werd opgemerkt dat meer preventie in de Fedasil-opvangcentra noodzakelijk is. Ook tijdens de interviews bevestigen minstens twaalf respondenten deze noodzaak en vertelden vijf Fedasil-respondenten over de preventieactiviteiten die zij al inzetten. Wat in deze interventies opvalt is dat het vooral gaat om kennisoverdracht (Wat zijn middelen? Wat zijn de risico's?) terwijl dat nu net het component in drugpreventie is waarvoor weinig tot geen bewijs bestaat dat het werkt bij het voorkomen van middelengebruik (Cuijpers, 2003). Deze 'informerende' interventies kunnen een tegengesteld effect hebben en indirect aanzetten tot gebruik. Inzetten op persoonlijke en sociale vaardigheden en gedrag zijn wel effectief. Ook is er sprake van een postercampagne waarvoor in de literatuur geen evidentie terug is te vinden.

Er zijn gezelschapsspellen [van VAD] onder andere die ze dan spelen met de mensen rond drugs waar dat op een informele wijze uitgesproken wordt. (...) Er ging ook een politieagent komen om te spreken. Arts, Antwerpen

Ze hangen posters op en organiseren activiteiten tegen drugs. (...) Dus ik weet ook niet zeker of voor iemand die wil stoppen met drugs, posters met de tekst "drugs gebruiken is gevaarlijk" helpt om te stoppen. Helpt het hen om te stoppen met gebruiken? Ik denk eerder dat het hen aanmoedigt. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Die man liet mij ook wel weten dat heel veel jongens zelfs niet op de hoogte waren, dat die echt heel benieuwd waren. Dat die ook heel veel middelen niet kenden. (...) Ik denk dat we heel hard de jongens de kennis wouden geven, dus gewoon op een ludieke en speelse manier. Gewoon te weten van 'Wat is alcohol?' als ze dat hier zien, 'Wat zijn eigenlijk de middelen?'. 'Wat zijn de effecten van de middelen op uw lichaam en op sociale contacten?' Psycholoog, Vlaams-Brabant

Ook uit de bewoordingen over wat preventie juist inhoudt blijkt dat veel respondenten vooral naar bewustwording en kennisoverdracht verwijzen en minder naar motivatie en gedrag en wat er aan de basis van dat gedrag ligt.

Nou, preventie betekent vóór het gedrag komen en proberen zoveel mogelijk informatie te geven zodat mensen een weloverwogen keuze kunnen maken, of het nu gaat om wel of niet te gebruiken. Projectmanager, Henegouwen

Dus ik denk dat we daarnaast misschien ook wel beter kunnen inzetten rond sensibilisering van onze bewoners over de gevaren en de gevolgen van druggebruik. Sociaal assistent / begeleider, Limburg

Wat betreft politie-interventies geven we mee dat er in de literatuur weinig evidentie is voor hun betrokkenheid in preventieactiviteiten (EUSPR, 2023) en dat er zelfs tegenindicaties werden ontdekt voor het betrekken van actoren uit het justitieel en politieel apparaat in preventieactiviteiten in het kader van ‘afschrikking’ bij jongeren (Hammond et al., 2008; Petrosino et al., 2000). Wat voor de ene ‘afschrikt’ blijkt net aantrekkelijk te zijn voor de andere – in het bijzonder de meest kwetsbaren – en dus aan te zetten tot bijvoorbeeld middelengebruik.

Bovendien is het inzetten van politie bij preventieactiviteiten niet aan te raden bij deze doelgroep vanwege de negatieve ervaring met politieactoren enerzijds en de noodzakelijke randvoorwaarde van een veilige omgeving bij preventieactiviteiten anderzijds. Bij het ontwikkelen van preventieactiviteiten is het dus van cruciaal belang om de specifieke doelgroep vooraf goed in te schatten en op basis daarvan interventies te ontwikkelen (Coone et al., 2020).

Uitgelicht 3: Preventie

3.6.3 Uitdagingen bij het implementeren van interventies in de centra

Wat betreft de uitdagingen die respondenten identificeren bij het realiseren van interventies in de opvangcentra (respons: 91%) worden **vooral onvoldoende tijd / personeel, preventiematerialen, kennis en vaardigheden in het opvanginitiatieven, experten, doorverwijsmogelijkheden en interventiemogelijkheden in het centrum** aangeduid als uitdagingen in de online bevraging. Deze rangschikking verschilt niet tussen Fedasil- en andere respondenten (tabel 20)¹⁵.

¹⁵ De lage variantie in de antwoorden heeft ook deels te maken met de aard van de antwoordmogelijkheden (zie 4. Beperkingen).



Tabel 20: Uitdagingen bij het realiseren van interventies in de opvangcentra

Tijdens de interviews werden vijf drempels op het niveau van Fedasil gerapporteerd, respectievelijk het beroepsgeheim (zie: 3.5.1), de opleiding van het personeel, de collectieve aard van de centra, onder bemanning / overbezetting en het management van de centra.

Wat betreft het **personeel** benadrukken minstens elf Fedasil respondenten dat de hoofdverantwoordelijkheid van Fedasil en bijgevolg ook het personeelsbeleid gericht is op de opvang van verzoekers om internationale bescherming. Minstens tien Fedasil-respondenten antwoorden negatief op de vraag of zij vinden of er voldoende expertise aanwezig is bij het omgaan met middelengebruik in het centrum. Volgens de respondenten worden er minder profielen aangetrokken met specifieke expertise in druggerelateerde fenomenen.

Er zijn heel weinig mensen die eigenlijk een sociale achtergrond hebben, een sociaal diploma. Dus dat zijn mensen die ook nooit echt informatie hebben gekregen over wat is dat precies? Een verslaving? Wat zijn de gevolgen daarvan? Wat houdt dat precies in? Wat zijn de gevoeligheden? Psycholoog, Brussel

Natuurlijk is het geen gespecialiseerd medisch personeel dat gespecialiseerd is in het omgaan met verslaafden, dat is zeker. Bovendien is er de hele context. Een Fedasil-centrum wordt in principe verondersteld asielzoekers op te vangen met kwetsbaarheden, soms met andere problemen dan geestelijke gezondheid, maar geen acute medische en psychologische zorg. Directie, Namen

Ik heb onvoldoende kennis en middelen om hen verder te helpen, omdat velen van hen posttraumatische stress hebben. Dit vereist een complexe aanpak die tijd kost en diepgaand is. Ik heb deze kennis en praktijk niet. Psycholoog, Brussel

In een aantal centra blijkt een doordachte samenstelling van een opgeleid team in minder personeelsverloop en betere begeleiding te resulteren. In centra waar dit niet zo is, blijkt uit de interviews dat dit negatieve gevolgen kan hebben voor de begeleiding.

Daarvoor [omgaan met middelengebruik] heb je een hele goeie uitwisseling nodig. En dat is ook de reden waarom dat dossier eindelijk toch goed geëindigd is. (...) Dan heb ik heel nauw samengewerkt met zijn psychologen, met de psychiater en met de thuisverpleging. En omdat wij heel goed hebben afgestemd, omdat we ook hier consequent waren om zijn gedrag niet te ondersteunen, niet door dat copings- en verslavingsgedrag zo erin te laten sippelen [is het gelukt]. Sociaal assistent / begeleider, Vlaams-Brabant

We hebben wel een heel professioneel team. Het zijn allemaal ook opvoeders die die studies ook hebben gedaan. Ik heb wel veel vertrouwen in mijn team daaromtrent. Sociaal assistent / begeleider, Limburg

Het is dus duidelijk ingewikkeld. En het vereist individuele ondersteuning. In fase 1 in mijn centrum werkt mijn team min of meer individueel met de jongeren. Nu in fase 2 is dat niet mogelijk. Het personeel is niet competent, omdat ze niet zijn aangenomen om voor jongeren te zorgen die van de straat komen, en er zijn er niet genoeg om jongeren individuele ondersteuning te bieden. Directie, Namen

Sommige respondenten benadrukken dat zichzelf of een collega een zekere expertise hebben opgebouwd maar dat dit algemeen te weinig aanwezig is in de centra.

Nu is het team in het algemeen helemaal niet getraind op dit gebied. Ze weten niet welk effect een product kan hebben, waarom ook verslavingen, hoe het gebeurt in het begin, wat er gebeurt, wie, psychologisch, enzovoort. Dus de enige persoon die een beetje opgeleid is over het onderwerp ben ik omdat ik de verslavingsreferent ben hier in het centrum. Sociaal assistent / begeleider, Henegouwen

Er is vanuit het personeel vaak wel vraag naar "Hoe kunnen we bepaalde zaken herkennen?". En onze medische dienst heeft daar al opleiding rond voorzien, maar dat is vrij algemeen, hé. "Die soorten middelen zijn er, die hebben dit of dit effect" maar veel verder dan dat gaat dat eigenlijk niet. Omdat ze zelf daar ook niet in gespecialiseerd zijn. Directie, Antwerpen

Minstens achttien respondenten benadrukken dat **collectieve centra** geen ideale omgeving zijn voor personen met een middelenafhankelijkheid. Zowel te veel mensen samen op 1 kamer (soms tot 8 personen) als het feit dat in de meeste centra gezinnen en alleenstaanden samenwonen, vormt een probleem.

Ik denk dat het grote probleem in een collectief centrum de leefomstandigheden zijn, waardoor mensen na een aantal maanden hier gewoon mentaal gekraakt worden en vaak naar drugs en alcohol grijpen als een soort destructief coping mechanisme om het allemaal nog aan te kunnen. (...) Ik denk als je mensen menswaardig behandelt ze zich misschien niet hoeven te verdoven met zo'n middelen. Arts, Antwerpen

Het is een collectieve opvang en mensen met een heel zware problematiek komen gewoon in een centrum terecht in een kamer met andere mensen die hun eigen problemen en moeilijkheden hebben. Directie, Oost-Vlaanderen

Misschien moeten we geen gezinnen laten samenwonen met alleenstaanden die andere behoeften en andere manieren van leven hebben. Projectmanager, Henegouwen

In opvangplaatsen waar bewoners beschikken over eigen of gedeelde woonunits lijken zich minder problemen te stellen.

Ik zou zeggen dat het een relatief rustig centrum is, omdat de maisonnettes net kleine woongemeenschappen zijn. We proberen het consistent te houden qua nationaliteiten en gesproken talen. Ze worden voornamelijk bewoond door gezinnen, maar ook door alleenstaande vrouwen en mannen. En tot slot is het een plek die rust geeft. Directie, Luxemburg

Disciplinaire transfers of mensen met een andere problematiek, die mensen worden hier wel rustig. De meeste mensen doen het hier goed. En dat is ook dankzij onze kleinschaligheid en de setting (...). Mensen functioneren beter in kleine groepen. Directie, Vlaams-Brabant

We zien dat alleen al aan het feit dat hij in een studio zit in de veiligheid van 4 muren en dat hij zijn eigen zone heeft. Dat is eigenlijk al een behandeling. Medisch referent, Brussel

Wij zien vaak op papier "oei, disciplinaire transfers, vechten, overlast, drugs dus oei" en wanneer die mensen dan naar een eigen appartement kunnen, een eigen kamer met een sleutel erop, dat daar opeens een gigantische rust valt. Dat zal wel één van de nadelen zijn van een collectief centrum. Coördinator individuele programma's, Brussel

Voor bepaalde profielen wordt geopperd dat het beter is om te kiezen voor een kleiner centrum met minder triggers voor middelengebruik. Maar zoals hierboven aangehaald, bestaat daar dan weer het nadeel dat ondersteunende diensten vaak op langere afstanden liggen.

Nazorg zou een ander opvangcentrum voor migranten kunnen zijn, maar dan wel één dat de specificiteit heeft van de kleinere opvangcentra en dat het beste kan aansluiten bij de rest van de persoon, zodat ze kunnen voorkomen dat ze gaan consumeren of overconsumeren. NBM teamcoördinator, Luik

Minstens zeventien respondenten halen aan dat bepaalde centra **overbezet** zijn en dat de teams **onderbemand** zijn wat ervoor zorgt dat men niet of onvoldoende kan begeleiden.

We hebben in een centrum met 1000 mensen de tijd niet om naast de persoon te gaan zitten en te zeggen "luister, ik luister, ik wil je iets vertellen of ik wil je informeren". We hebben de tijd niet. NBM teamcoördinator, Luik

Dat moet ook gezegd worden. We zijn onderbemand, we zijn zo overwerkt dat het voor ons moeilijker is om een passende aanpak te hebben voor elke persoon en elk profiel. Dus in feite hebben we grote beperkingen. Psycholoog, Brussel

Ik denk dat de bijzondere jeugdzorg verhoudingsgewijs 6, 7 of 10 keer zoveel personeel werkt als waarmee wij het hier moeten doen. En, terwijl aan ons hetzelfde wordt gevraagd. Onthaalmedewerker, Limburg

De **werking van Fedasil** werd ook besproken als drempel door tien respondenten. Deze respondenten hadden het vooral over de gevolgen van een logge en hiërarchische structuur op de dagelijkse werking. Het is niet voor iedereen duidelijk wie de leiding neemt en wat er met input van onderuit gebeurt. Respondenten pleiten voor meer samenwerking en intervisie en een meer reactieve en proactieve werking om sneller op fenomenen in te kunnen spelen. Ook in de online vragenlijst werd een gebrek aan coördinatie gesignaleerd door drie respondenten.

Ik denk dat Fedasil veel te hiërarchisch is. Iemand daarboven heeft iets bedacht en doorgegeven aan hoe-heet-ie, die het weer doorgeeft aan hoe-heet-ie. Dan gaat het terug naar de regio. Het moet worden gevalideerd door de regio en de medische autoriteiten. En dan hebben we nog de steun van de juridische afdeling en dan eindigen we met richtlijnen of instructies die niet overeenkomen met de werkelijkheid. Sociaal assistent / begeleider, Namen

Open communicatie, spreken over de dingen, durven spreken over mentale veiligheid tussen het personeel is wel vaak een issue, waar dingen niet op tafel kunnen worden gelegd. De hele logge structuur van het instituut van Fedasil om heel wat dingen te veranderen, dat maakt het moeilijk die dingen te verbeteren als je het mij vraagt, en om praktisch te kunnen werken. Onthaalmedewerker, Limburg

3.7 Aanbevelingen van de respondenten

Op het einde van elk interview werd gevraagd hoe de drughulpverlening voor de doelgroep waarmee de respondent werkt, verbeterd kan worden aan de hand van drie aanbevelingen. Hieronder zijn de gegroepeerde aanbevelingen terug te vinden per aanbeveling die door twee of meer respondenten aangehaald werd. We lichten elke aanbeveling kort toe maar kiezen ervoor om niet met citaten te werken omdat de rationale achter elke aanbeveling in de vorige onderdelen van het rapport beschreven is.



Tabel 21: Aanbevelingen gegeven door 2 of meer respondenten

3.7.1 Meer opleiding voor (startende) werknemers

Meer opleiding voor (startende) werknemers was de voornaamste aanbeveling van alle respondenten in deze studie. Op basis van zowel de online bevraging als de interviews kunnen we concluderen dat opleiding wat betreft omgaan met incidenten, een inleiding tot interventies en diensten en het inschatten van drugproblemen prioritair zijn. Deze aanbeveling wordt uitvoerig besproken in 3.6.1.

3.7.2 Meer samenwerking in en tussen de centra en met de drughulpverlening

In deze studie bleek dat teams met weinig verloop en een goede onderlinge samenwerking minder problemen lijken te ervaren met aan middelen gerelateerde problematieken bij de bewoners. Door een gebrek aan samenwerking binnen een centrum kan kennis (over externe samenwerking en diensten), expertise en casusinformatie verloren gaan, bijvoorbeeld tussen medische en sociale diensten.

Meer samenwerking tussen (diensten in de) centra kan ook nuttig zijn in het licht van expertisedeling. Dit kan de vorm van regelmatige intervisie tussen collega's met dezelfde functie in de eerste of tweede opvangfase zijn, of de organisatie van vormingen door collega's.

Tot slot is ook samenwerking met de diensten in de drughulpverlening cruciaal om tijdig en goed te kunnen doorverwijzen. Zo'n samenwerking kan tot meer expertise in het centrum leiden. Ook

respondenten werkzaam in de (Franstalige) drughulpverlening zijn vragende partij voor een betere samenwerking. Het kan gaan over een structurele samenwerking binnen een regionaal netwerk en / of concrete afspraken met diensten in de drughulpverlening zoals die in sommige centra al bestaan. Een randvoorwaarde voor een optimale samenwerking is dat de inhoud van het (gedeeld) beroepsgeheim duidelijk en gereguleerd is op het niveau van Fedasil.

3.7.3 Toegang tot de drughulpverlening

Specifieke diensten in de drughulpverlening (in het bijzonder afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen) zijn moeilijk toegankelijk vanwege taalproblemen en wachtlijsten. Er dient dan ook nagedacht te worden over hoe dit kan worden aangepakt door bijvoorbeeld stil te staan bij alternatieven voor groepstherapie, het inzetten op anderstalige werknemers, een betere samenwerking met tolken en opleiding van personeel om met tolken te werken. Het feit dat taal de facto vaak een exclusiecriteria in psychiatrische ziekenhuizen is zorgt ervoor dat verzoekers om internationale bescherming geen gelijkwaardige toegang tot deze diensten hebben.

3.7.4 Een duidelijk Fedasil-drug(hulpverlenings)beleid

Heel wat respondenten verwachten vanuit de hoofdzetel een duidelijker beleid wat betreft drughulpverlening. Momenteel voorziet Fedasil al in heel wat richtlijnen die zouden kunnen worden ondergebracht in een coherent en begeleidingsgericht (versus beheers- en veiligheidsgericht) drughulpverleningsbeleid. Het spreekt voor zich dat centra wel ruimte moeten hebben om dit aan te passen aan de eigen context. Dit zou ook nieuwe en tijdelijke centra toelaten om sneller aan de slag te gaan met middelengebruik.

3.7.5 Een gespecialiseerd centrum oprichten

Heel wat respondenten opperen het idee om een specifiek centrum op te richten voor personen met een middelenproblematiek binnen het Fedasil-netwerk. Zo'n centrum zou onder meer, maar niet uitsluitend, gericht kunnen zijn op nazorg voor personen die kortdurend in een PAAZ-afdeling hebben verbleven maar daar werden ontslaan. Uiteraard bestaan CARDA en CIBA reeds, maar een specifieke focus op de opvolging van en nazorg bij middelengebruik lijkt zich op te dringen.

3.7.6 Meer informatie verschaffen bij de doorverwijzing uit de Fedasil-centra

Actoren werkzaam in zowel de tweede en derde fase als personen in de drughulpverlening geven aan dat zij vaak over te weinig informatie beschikken voor de begeleiding van een persoon na doorverwijzing. Het feit dat een medisch dossier op papier wordt meegegeven maakt het extra moeilijk omdat bewoners dit dossier niet steeds overdragen. De overdracht van informatie (in bijvoorbeeld Match-It), met respect voor het beroepsgeheim, is cruciaal voor een kwaliteitsvolle en tijdige opvolging en begeleiding.

3.7.7 Sensibilisering van collega's wat betreft middelengebruik

Respondenten benadrukken dat niet alle Fedasil-medewerkers even sensitief zijn wat betreft middelengebruik. Dat is uiteraard een voorwaarde voor begeleiding maar ook voor de creatie van een veilige omgeving voor begeleiding. Daarom is inzetten op sensibilisering van alle functiecategorieën (zoals bijvoorbeeld ook onthaalmedewerkers) wat betreft middelengebruik van belang.

3.7.8 Een gespecialiseerd team ter beschikking stellen

Heel wat respondenten in de interviews denken dat het nuttig zou zijn om een gespecialiseerd team in te kunnen zetten. Respondenten geven daar een verschillende invulling aan: het kan gaan over een

gespecialiseerd team op het niveau van Fedasil, een gespecialiseerd team in de centra of een gespecialiseerd team in een gespecialiseerd centrum (zie 3.5.5).

3.7.9 Politiek inzetten op een beter opvangbeleid en meer opvangplaatsen

Vanuit een herstelgerichte visie op middelengebruik is het cruciaal om stil te staan bij de context van het individu. Als mensen op straat belanden omdat er onvoldoende opvangplaatsen zijn is het risico dat zij in contact komen met middelengebruik bijzonder groot. Daarom is het cruciaal om in te zetten op een geïntegreerd opvangbeleid en op voldoende opvangplaatsen.

3.7.10 Meer nazorg na drughulpverlening aanbieden

Uit de interviews bleek dat wanneer bewoners uit de opvangcentra behandeld worden in bijvoorbeeld psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen er geen nazorg voorzien wordt. Nazorg is bijzonder belangrijk in het kader van hervalpreventie. Nazorg zou de vorm van een gespecialiseerd centrum voor deze doelgroep, afgestemde ambulante zorg of zorg door mobiele teams kunnen inhouden. Zo werden de Parsame en ELEA-projecten als waardevol beoordeeld door verschillende respondenten.

3.7.11 De procedures vereenvoudigen

Respondenten (vooral buiten de Fedasil-opvangcentra) klagen administratieve obstakels aan. Hoewel via requisitoria veel terugbetaald kan worden door Fedasil, zoals medicatie en opname in een psychiatrisch ziekenhuis, duurt het soms lang voordat dit voor de ontvangende partij duidelijk is of eer die de terugbetaling mag ontvangen. Dit kan weerstand creëren en ervoor zorgen dat men minder geneigd is om deze samenwerking aan te gaan. Het doorlichten van de procedure wat betreft requisitoria, maar ook het verkrijgen van dringende medische hulp op het niveau van de VIB is daarom aangewezen.

3.7.12 Gespecialiseerde profielen rekruteren bij Fedasil

Het aantrekken van personen met een achtergrond in de drughulpverlening of opleiding die aan dit fenomeen gerelateerd is, kan bijdragen aan het beter begeleiden van VIB met een middelenproblematiek, zo stellen enkele respondenten.

3.7.13 Discriminatie in de samenleving aanpakken

De gevolgen van discriminatie in de samenleving worden weerspiegeld in bijvoorbeeld groepswerking in de specifieke drughulpverlening. Daarnaast kan gepercipieerde discriminatie bij VIB bijdragen aan kwetsbaarheid die verband houdt met het middelengebruik. Oog hiervoor in zowel de individuele begeleiding maar ook de groepswerkingen in de drughulpverlening is van belang.

3.7.14 Aanbieden van meer individuele woongelegenheden

Het samenleven in een collectief opvangcentrum brengt heel wat uitdagingen met zich mee. Zo vormen middelen-gerelateerde crises een risico voor andere bewoners maar is het ook niet de ideale omgeving om herstelgericht te werken met middelengebruikers. Hoewel het Fedasil-netwerk en haar partners nu reeds inzetten op individuele opvangplaatsen blijft het zaak om dit waar mogelijk uit te breiden.

3.7.15 Informeren over het recht op medische zorg

Enkele respondenten in de drughulpverlening signaleren dat personen waarvoor geen plaats is in het opvangnetwerk (*no-show*) als gevolg van het opvangbeleid, vaak niet op de hoogte zijn van het feit dat

zij recht hebben op dringende medische hulp. Een beter communicatiebeleid dringt zich daarom op zodat mensen tijdig beroep kunnen doen op medische hulp door zich aan te melden bij een OCMW.

3.7.16 Duur van de procedure inkorten

In de interviews kwam meermaals aan bod dat VIB soms jaren in de opvangcentra verblijven in afwachting van het resultaat van hun procedure. Deze omstandigheden veroorzaken grote onzekerheid en hebben een negatieve invloed op de mentale gezondheid wat bij kan dragen aan middelengebruik. Meerdere casussen werden geïdentificeerd waarin het middelengebruik werd stopgezet nadat men een positieve beslissing kreeg. In het geval van een negatieve beslissing is sociale en psychologische ondersteuning ook van belang gezien zo'n beslissing niet zelden bijdraagt aan middelengebruik.

3.7.17 Inzetten op een globaal medisch dossier (GMD)

De bevroegde artsen geven aan dat het gebrek aan een globaal medisch dossier een probleem vormt. Dit draagt bij aan 'medisch nomadisme': (onder verschillende namen) langsgaan bij verschillende artsen om meerdere voorschriften voor dezelfde medicatie te krijgen. Ook staat het gebrek hieraan een coherente begeleiding in de weg. Het nastreven van een GMD voor eenieder die zich aanmeldt bij de Dienst Vreemdelingenzaken en verificatiemogelijkheden voor artsen en apothekers zijn dan ook aangewezen.

3.7.18 De bredere moeilijkheden de drughulpverlening aanpakken

Minstens twee respondenten opperen dat drughulpverlening in België met een algemeen probleem van toegankelijkheid en beschikbaarheid kampt. Daardoor wordt het extra moeilijk voor VIB om toegang te vinden tot deze diensten. Het blijft dus van belang om in te zetten op toegankelijke en beschikbare drughulpverlening.

4. BEPERKINGEN VAN DEZE STUDIE

Hoewel deze studie enkele belangrijke nieuwe bevindingen identificeert, zijn er ook enkele beperkingen. Wat betreft het **kwantitatief luik**, werkten ongeveer 80% van de respondenten voor Fedasil en 20% van de respondenten gaf aan een andere werknemer te hebben. De resultaten geven dus zoals vooropgesteld een goed beeld voor wat betreft de Fedasil-opvangcentra. Het ware interessant geweest om vergelijkingen te kunnen maken tussen Fedasil en andere centra maar het aantal deelnemers uit andere centra ligt te laag om significante verschillen waar te nemen.

De antwoordopties die bestonden uit een Likert-schaal bevatten zes antwoordopties. Dit zorgt ervoor dat er geen 'neutrale' antwoordoptie was. Er is dus geopteerd om te rapporteren onder de vorm van 'eerder niet' (0-2) en 'eerder wel' (3-5). Bovendien is het eigen aan Likert-schalen dat het beantwoorden van opeenvolgende Likert-vragen beïnvloed kan worden door de inhoud van vorige vragen. Tot slot blijkt er een hoge variantie te zijn in de antwoorden op deze vragen waardoor we bij deze vragen niet zozeer kunnen vertrouwen op de volgorde van de geïdentificeerde prioriteiten maar wel op het feit dat het geheel een prioriteit is.

Voor vragen die verschillende stellingen bundelden was een antwoord voor alle stellingen niet vereist. De responsgraad bleef echter ook voor die vragen boven 85% liggen waardoor de resultaten betrouwbaar blijven.

Gezien het invullen van de bevraging goed 25 minuten in beslag nam, is de kans groot dat er bias is geslopen in de respondentenpool. Vooral personen die geïnteresseerd zijn in het thema of die een concreet probleem ervaren met betrekking tot het thema zijn mogelijk oververtegenwoordigd. Het feit dat een groot aantal respondenten deelnam wijst er wel op dat er een aanzienlijke belangstelling / bezorgdheid heerst met betrekking tot dit thema.

Tot slot werden de kwalitatieve open vragen in de online bevraging gecodeerd en dus gekwantificeerd. De resultaten worden per antwoordcategorie weergegeven. Gezien de kwalitatieve aard van de data bestaat er soms overlap tussen de antwoordcategorieën en kan nuance verloren zijn gegaan. Dit werd deels ondervangen door de verdiepende kwalitatieve interviews.

Wat betreft het **kwalitatief luik** werden de vragen niet steeds op dezelfde manier geformuleerd. Zo werd aan alles respondenten gevraagd om een casus te beschrijven die voor hen exemplarisch was. Op welke manier deze casus exemplarisch was, verschilt tussen de respondenten: exemplarisch voor het type drempels dat ervaren wordt, exemplarisch voor het type profielen dat men gemiddeld in de centra ziet etc. Deze variatie in combinatie met het feit dat het om een gerichte steekproef gaat, zorgt ervoor dat de geïdentificeerde casussen geenszins representatief zijn voor alle VIB of personen op de vlucht die middelen gebruiken. De vermelding van het gebruik van specifieke middelen of trends in specifieke doelgroepen kan niet veralgemeend worden. Er dient voorzichtig met de resultaten te worden omgesprongen vanuit een ethisch perspectief: verkeerde interpretatie van deze data (bv. per herkomstland) kan bijdragen aan het verhogen van stigma in bepaalde doelgroepen.

Personen werkzaam in verschillende contexten namen deel aan de interviews. Dit is echter een meerwaarde voor de resultaten omdat we op die manier gelijkaardige fenomenen vanuit verschillende perspectieven konden waarnemen en vaststellingen in de ene doelgroep konden aftoetsen en vergelijken met andere doelgroepen. Er werden minder actoren in de drughulpverlening geïnterviewd dan vooropgesteld omdat er weinig bereidheid bleek te zijn. Wat betreft de IBZ-deelnemers hebben we ervoor gekozen om de vergelijking tot een minimum te beperken omdat de context van de bewoners in deze centra aanzienlijk verschilt in vergelijking met bewoners in de Fedasil opvangcentra en de interventiemogelijkheden.

Inhoudelijk dienen twee beperkingen in acht genomen te worden wat betreft de observatie van middelgebruik en de beoogde doelgroep.

Wat betreft het ‘geobserveerd’ middelengebruik dienen we te benadrukken dat we geen representatief beeld van prevalentie hebben weergegeven, maar een beeld op geobserveerd gebruik geven. Zoals blijkt uit internationaal onderzoek is het uiterst moeilijk om een representatief kwantitatief beeld op de reële prevalentie in deze doelgroep vast te stellen. Bovendien zou dit ook een vertekening zijn aangezien het type middelen en de doelgroepen sterk variëren in onder meer tijd en geografische context. Zo werd bijvoorbeeld het gebruik van pregabaline in deze studie vooral gelinkt aan Noord-Afrikaanse nationaliteiten in Brussel en Wallonië terwijl wij in de klankbordgroep signalen ontvangen hebben dat het gebruik in Vlaamse diensten ook geobserveerd wordt bij personen met Oost-Europese nationaliteiten. Dit hebben we echter niet kunnen weerleggen of bevestigen in deze studie.

Toekomstig onderzoek zou kunnen inzetten op het in kaart brengen van druggerelateerde spoedgevallen in deze doelgroep en de aanvulling van de gezondheidsenquête met een representatieve steekproef van mensen op de vlucht of het uitvoeren van een specifieke kwantitatieve bevraging bij verzoekers om internationale bescherming.

Tot slot benadrukken we dat deze studie alleen de ervaringen van professionelen en niet de doelgroep zelf weergeeft. Een toekomstig onderzoeksproject van de eerste auteur (FWO, 2025-2026) zal uitsluitend focussen om de ervaringen van de doelgroep zelf.

5. 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

5. Wat is de aard van het geobserveerd middelengebruik (zowel legale als illegale middelen en medicatie) bij VIB?
6. Welke interventies bestaan er in de Fedasil opvangcentra?
7. Naar welk type drughulpverlening worden VIB doorverwezen en wat zijn de ervaringen in het opvangnetwerk met betrekking tot doorverwijzing en behandeling in de drughulpverlening?
8. 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).

5.1 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 asielprocedure. 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.

5.2 Nood aan interventies die niet alleen veiligheid maar ook begeleiding vooropstellen

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 communicatielijnen 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 beheer perspectief 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.

5.3 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.

5.4 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 bevraagd 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.

6. 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 (Fedasil, 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).

6.1 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 kwetsbaarheidscategorieën 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 mogelijk 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.

6.2 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** (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.

6.3 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.

6.4 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).
- 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 crisisteam**s 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.

7. BIBLIOGRAFIE

- Abbas, Z., Eiden, C., Salameh, P., & Peyriere, H. (2021). Substance use among refugees in three Lebanese camps: A cross-sectional study. *International Journal of Drug Policy*, *94*, 103204.
- Alamilla, S. G., Barney, B. J., Small, R., Wang, S. C., Schwartz, S. J., Donovan, R. A., & Lewis, C. (2019). Explaining the Immigrant Paradox: The Influence of Acculturation, Enculturation, and Acculturative Stress on Problematic Alcohol Consumption. *Behavioral Medicine*, 1-13.
- Alegría, M., Pescosolido, B., Williams, S., & Canino, G. (2011). Culture, Race/Ethnicity and Disparities: Fleshing Out the Socio-Cultural Framework for Health Services Disparities. In B. Pescosolido, J. Martin, J. McLeod, & A. Rogers (Eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing*. (pp. 363-382). Springer.
- Amouri, L. (2023). Evaluation of the Pilot Test of PIA Youth Program: A Dissonance-based Program to Promote Recently Arrived Immigrant Youth's Motivation and Potential to Overcome Possible Challenges. In.
- Bhopal, R. (2012). Research agenda for tackling inequalities related to migration and ethnicity in Europe. *Journal of Public Health*, *34*(2), 167-173.
- Bhopal, R. (2019). Global thinking on migration, ethnicity, race and health: why essential and what next? *Public health*, *172*(2019), 83-84.
- Blom, N., Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2016). Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics. *Social science & medicine*, *158*, 43-51.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., & Schützwohl, M. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(3), 216-223.
- Bozorgmehr, K., Samuilova, M., Petrova-Benedict, R., Girardi, E., Piselli, P., & Kentikelenis, A. (2019). Infectious disease health services for refugees and asylum seekers during a time of crisis: a scoping study of six European Union countries. *Health Policy*, *123*(9), 882-887.
- Brendler-Lindqvist, M., Norredam, M., & Hjern, A. (2014). Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden-a register-based study. *International journal for equity in health*, *13*(1), 1.
- Bryan, A., Moran, R., Farrell, E., & O'Brien, M. (2000). *Drug-related knowledge, attitudes and beliefs in Ireland. Report of a nation-wide study*. The health research board.
- Casals, M., Pila, P., Langohr, K., Millet, J.-P., Caylà, J. A., & Group, R. P. W. (2011). Incidence of infectious diseases and survival among the Roma population: a longitudinal cohort study. *The European Journal of Public Health*, *22*(2), 262-266.
- Coone, A., Jongbloet, J., & van de Kreeft, P. (2020). *Europees preventiehandboek. Een leidraad voor wetenschappelijk onderbouwde preventie in de praktijk*.
- Counne, I., Dauvrin, M., & Verrept, H. (2020). *Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden - Toelichting*. Cel interculturele bemiddeling en beleidsondersteuning.
- Cuijpers, P. (2003). Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *10*(1), 7-20.
- De Kock, C. (2020). Risk factors and dangerous classes in a European context: The consequences of ethnic framing of and among Turkish drug users in Ghent, Belgium. In B. Thom & S. MacGregor (Eds.), *Risk and substance use: framing dangerous people and dangerous places*. Routledge.
- 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., Decorte, T., Vanderplasschen, W., Derluyn, I., & Sacco, M. (2017). Studying ethnicity, problem substance use and treatment: From epidemiology to social change. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(3), 230-239.
- Dufau, M. (2020). Le mésusage de la Prégabaline chez les toxicomanes. *Sciences du Vivant, dumas-03135988*
- Dupont, H. J., Kaplan, C. D., Verbraeck, H. T., Braam, R. V., & van de Wijngaart, G. F. (2005). Killing time: drug and alcohol problems among asylum seekers in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, 16(1), 27-36.
- EASO. (2020). *Mental health of applicants for international protection in Europe*. Publication Office of the European Union.
- El-Khani, A., Haar, K., Stojanovic, M., & Maalouf, W. (2021). Assessing the Feasibility of Providing a Family Skills Intervention, “Strong Families”, for Refugee Families Residing in Reception Centers in Serbia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4530.
- 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*. EMCDDA.
- EUSPR. (2023). *Law enforcement has to be part of the prevention workforce. The question is: how and where?*
- Fedasil. (2018). *Kwetsbare personen met specifieke opvangnoden. Definitie, identificatie, zorg* Fedasil.
- Fisher, S., Wheeler, L. A., Arora, P. G., Chaudry, J., & Barnes-Najor, J. (2019). Ethnic identity and substance use in multiracial youth: the moderating role of support networks. *Substance use & misuse*, 54(9), 1417-1428.
- Fonseca, F., Lenahan, W., Dart, R. C., Papaseit, E., Dargan, P. I., Wood, D. M., Guareschi, M., Maremmani, I., Auriacombe, M., & Farré, M. (2021). Non-medical use of prescription gabapentinoids (Gabapentin and Pregabalin) in five European countries. *Frontiers in psychiatry*, 12, 676224.
- FRA. (2017). *Current migration situation in the EU: Torture, trauma and its possible impact on drug use*. Publication office of the European Union.
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in cell & developmental biology*, 77, 144-152.
- Gibbons, F. X., Stock, M. L., O’Hara, R. E., & Gerrard, M. (2016). Prospecting prejudice: An examination of the long-term effects of perceived racial discrimination on the health behavior and health status of African Americans. In *Drug Use Trajectories Among Minority Youth* (pp. 199-232). Springer.
- Greene, M. C., Haddad, S., Busse, A., Ezard, N., Ventevogel, P., Demis, L., Inoue, S., Gumm, J.-C., Campello, G., & Tol, W. A. (2021). Priorities for addressing substance use disorder in humanitarian settings. *Conflict and health*, 15(1), 1-10.
- Greene, M. C., Kane, J. C., Khoshnood, K., Ventevogel, P., & Tol, W. A. (2018). Challenges and opportunities for implementation of substance misuse interventions in conflict-affected populations. *Harm Reduction Journal*, 15(1), 1-10.

- Hammond, A., Sloboda, Z., Tonkin, P., Stephens, R., Teasdale, B., Grey, S. F., & Williams, J. (2008). Do adolescents perceive police officers as credible instructors of substance abuse prevention programs? *Health Education Research*, 23(4), 682-696.
- 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).
- Herbert, M., & Gallien, M. (2020). *2020_Herbert and Gallien_A-rising-tide-trends-in-production-trafficking-and-consumption-of-drugs-in-North-Africa-GITOC*. Global Initiative Against Transnational Organized Crime.
- Hjern, A. (2004). Illicit drug abuse in second-generation immigrants: a register study in a national cohort of Swedish residents. *Scandinavian journal of public health*, 32(1), 40-46.
- Horyniak, D., Melo, J. S., Farrell, R. M., Ojeda, V. D., & Strathdee, S. A. (2016). Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review. *PloS one*, 11(7).
- Humphris, R., & Bradby, H. (2017). Health status of refugees and asylum seekers in Europe. In *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*.
- Hunt, G., Kolind, T., & Antin, T. (2018). Conceptualizing ethnicity in alcohol and drug research: Epidemiology meets social theory. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 17(2), 187-198.
- Hurcombe, R., Bayley, M., & Goodman, A. (2010). *Ethnicity and alcohol: a review of the UK literature*. Joseph Rowntree Foundation.
- International, C. B. C. (2021). *Niet-begeleide minderjarigen op doortocht in België en de nood aan pre-opvang*.
- Ivert, A.-K., & Magnusson, M.-M. (2019). Drug use and criminality among unaccompanied refugee minors: a review of the literature. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 16(1), 93-107.
- Jane-Llopis, E., Jané-Llopis, E., Matytsina, I., Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 515-536.
- Kieseppä, V., Torniainen-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.
- Knipscheer, J., Sleijpen, M., Mooren, T., ter Heide, F. J. J., & van der Aa, N. (2015). Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *BJPsych bulletin*, 39(4), 178-182.
- Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Nordaunet, O. M., Biong, S., & Pettersen, H. (2021). Health Professionals' Experiences with Treatment Engagement Among Immigrants with Co-occurring Substance Use-and Mental Health Disorders in Norway. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 15, 11782218211028667.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford University Press.
- Kuhn, S., Zurhold, H., Lehmann, K., & Verthein, U. (2018). Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in Deutschland. *Suchttherapie*, 19(03), 140-147.
- Le Pavic, G. (2023). *Findings: Social Services Provision in Samegrelo Zemo Svaneti, Georgia*. United Nations University.
- Lindert, J., & Schimina, G. (2011). Mental health of refugees and asylum-seekers. In W. Mladovsky, B. Devillé, R. Rijks, & M. M. Petrova-Benedict (Eds.), *Migration and health in the European Union* (pp. 169-185). Open University Press.
- Lorant, V., Rojas, V. S., Bécares, L., Kinnunen, J. M., Kuipers, M. A., Moor, I., Roscillo, G., Alves, J., Gard, A., & Rimpelä, A. (2016). A social network analysis of substance use among immigrant adolescents in six European cities. *Social science & medicine*, 169(2016), 58-65.
- Lorenz, M. H., Ensle, A., Taggert, J., Uricher, J., Heidenreich, T., & Laging, M. (2023). Professionals' Perspectives on Substance Use among Refugees in Shared Accommodations: A Qualitative Study. *Health & Social Work*, hlad017.

- Madeira, A. F., Pereira, C. R., Gama, A., & Dias, S. (2018). Justifying treatment bias: The legitimizing role of threat perception and immigrant–provider contact in healthcare. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 24*(2), 294-301.
- Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(1), 97-109.
- Moens, K., & Husson, E. (2023). *Guidelines de pris en charge des jeunes isolés usagers de substances psychoactives*. Project Lama asbl.
- Nordgren, J. (2017). Making Up the “Drug-Abusing Immigrant” Knowledge Production in Swedish Social Work and Drug Treatment Contexts, 1960–2011. *Contemporary Drug Problems, 44*(1), 49-68.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Finckenauer, J. O. (2000). Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. *Crime & Delinquency, 46*(3), 354-379.
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. World Health Organisation. Regional Office Europe.
- Razum, O., & Stronks, K. (2014). The health of migrants and ethnic minorities in Europe: where do we go from here? *European Journal of Public Health, 24*(5), 701-702.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cku071>
- Reid, C., Aitken, L., Beyer, N., & Crofts, G. (2001). Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 8*(4), 359-374.
- Saigí, N., Espelt, A., Folch, C., Sarasa Renedo, A., Castellano, Y., Majó, X., Meroño, M., Brugal, M. T., & Casabona, J. (2014). Differences in illegal drug consumption between native and immigrants in a large sample of injected drug users in Catalonia (Spain). *Adicciones, 26*(1).
- Salama, E., Castaneda, A. E., Lilja, E., Suvisaari, J., Rask, S., Laatikainen, T., & Niemelä, S. (2019). Pre-migration traumatic experiences, post-migration perceived discrimination and substance use among Russian and Kurdish migrants—a population-based study. *Addiction, 117*(6), 1160-1171.
- Saleh, E. A., Lazaridou, F. B., Klapprott, F., Wazaify, M., Heinz, A., & Kluge, U. (2023). A systematic review of qualitative research on substance use among refugees. *Addiction, 118*(2), 218-253.
- Schäfer, I., Heinz, A., Penka, S., Lindert, J., Klein, M., Albayrak, S., Lotzin, A., Hiller, P., Milin, S., & Raiser, P. (2023). Prävention und Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Geflüchteten. *SUCHT*.
- Schaffrath, J., Schmitz-Buhl, M., Guen, A. K., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2016). Psychiatric and psychotherapeutic Care of Refugees by reference of a large psychiatric Care Hospital in Western Germany. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 67*(3-04), 126-133.
- SEMID-EU. (2022). REPORT on SErvices for vulnerable MIgrants who use Drugs in the EU (SEMID-EU).
- Servais, L., Huberland, V., & Richelle, L. (2023). Misuse of Pregabalin: a qualitative study from a patient’s perspective. *Bmc Public Health, 23*(1), 1339.
- Solfrank, M., Nikendei, C., Zehetmair, C., Friederich, H.-C., & Nagy, E. (2023). The burden of substance use and (mental) distress among asylum seekers: a cross sectional study. *Frontiers in psychiatry, 14*, 1258140.
- Speth, E., Speetjes, P., & Meije, D. (2018). *Vluchtelingen en middelengebruik Verslag van onderzoek onder Syrische en Eritrese vluchtelingen*. GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut.
- Spooner, C. (2005). Structural determinants of drug use—a plea for broadening our thinking. In: Taylor & Francis.
- 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*.

- Sue, S. (2019). Epilogue for the special issue on sociocultural factors and mechanisms in alcohol use: Epidemiology, prevention, and intervention among ethnic minority groups: Lessons learned. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(5), 624.
- 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.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening : herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275-289.
- Welbel, M., Matanov, A., Moskalewicz, J., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Gaddini, A., Greacen, T., Kluge, U., & Lorant, V. (2013). Addiction treatment in deprived urban areas in EU countries: Accessibility of care for people from socially marginalized groups. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(1), 74-83.
- Wernesjö, U. (2019). Across the threshold: negotiations of deservingness among unaccompanied young refugees in Sweden. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 1-16.
- WHO. (2020). *ApartTogether survey: Preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of covid-19*. World Health Organisation.
- WHO. (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care*. World Health Organisation.







BIJLAGE 1: OVERZICHT RESPONDENTEN

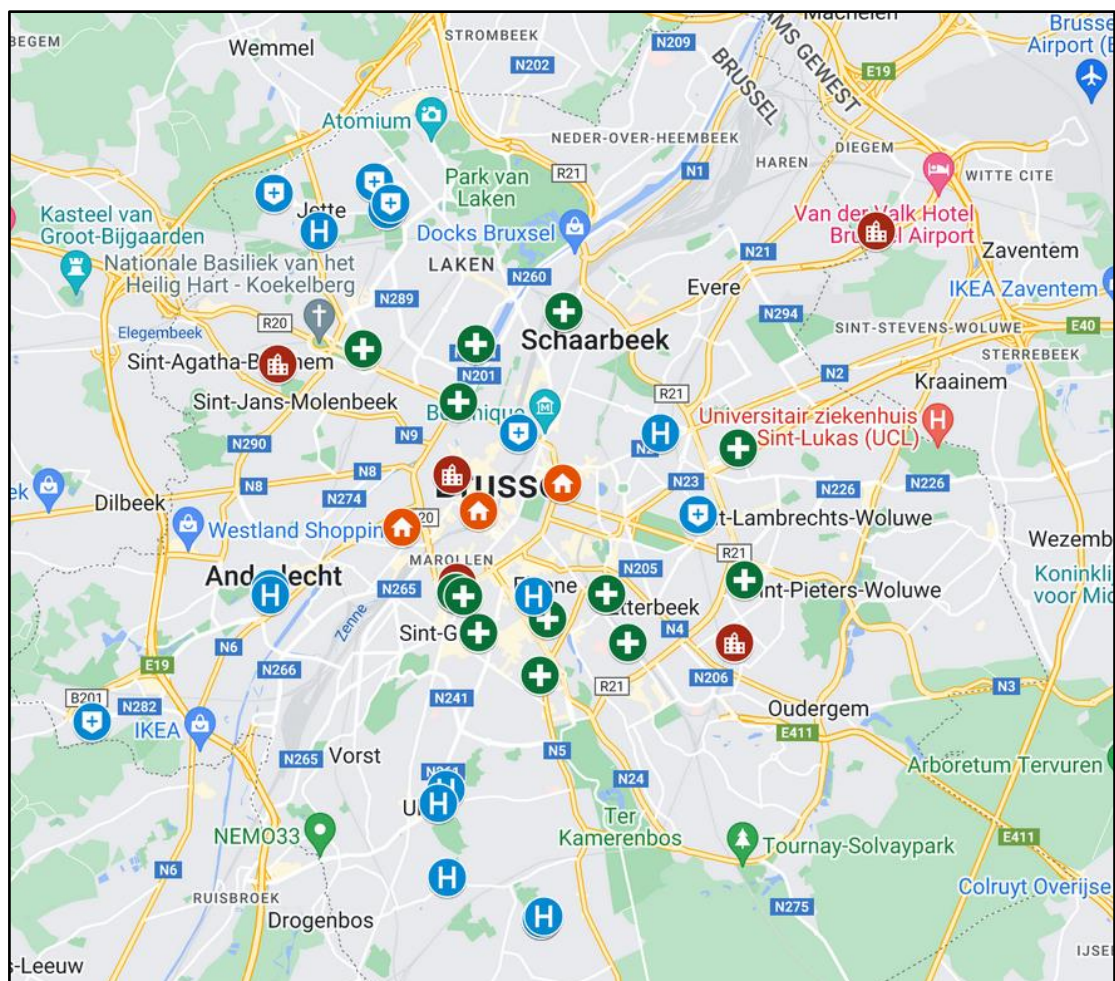
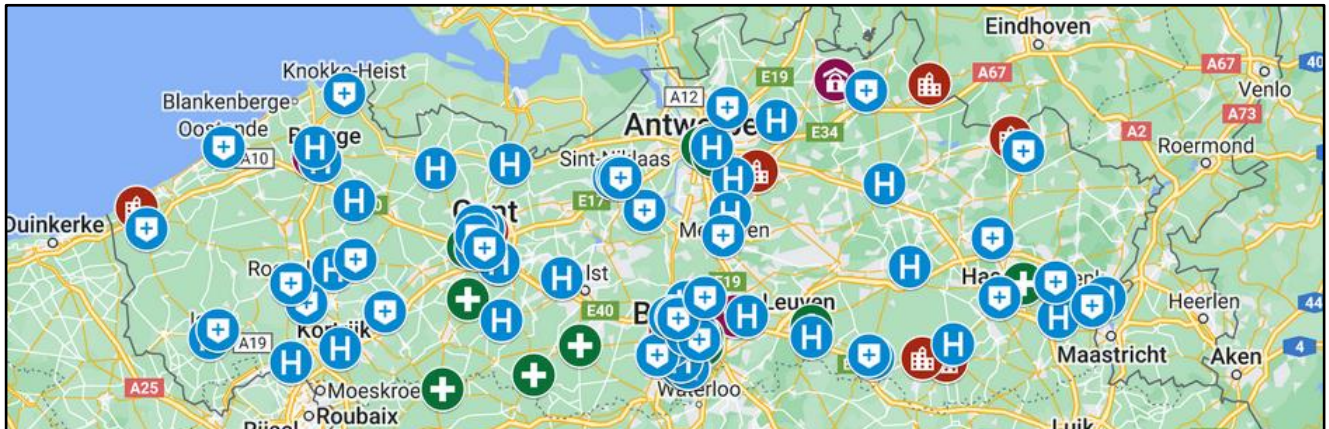
Functie ¹⁶	Organisatie	Stad	Provincie	Regio	Taal	Fase	Type respondent
Arts	Fedasil Machelen	Machelen	Vlaams-Brabant	Vlaanderen	NL	2	SUT
Sociaal assistent / begeleider	Artha	Anderlecht	Brussel	Brussel	FR	NVT	SUT
Kwaliteitscoördinator	Antwerps Drug Interventiecentrum (Adic)vzw	Antwerpen	Antwerpen	Vlaanderen	NL	NVT	SUT
Coördinator	Dune vzw	Sint-Gilles	Brussel	Brussel	FR	NVT	SUT
Directie	Transit, vzw	Brussel	Brussel	Brussel	FR	NVT	SUT
Psycholoog	CAP FLY	Saint-Léonard	Luik	Wallonië	FR	NVT	SUT
Psycholoog	L' Autre sens, vzw	Beauraing	Namen	Wallonië	FR	NVT	SUT
Arts	Solaix	Bastogne	Luxemburg	Wallonië	FR	NVT	SUT
Coördinator	Prevention SIDA	Brussel	Brussel	Brussel	FR	NVT	SUT
Sociaal assistent / begeleider	Free Clinic VZW	Antwerpen	Antwerpen	Vlaanderen	NL	NVT	SUT
Sociaal assistent / begeleider	ODAS	Étalle	Luxemburg	Wallonië	FR	NVT	SUT
Psycholoog	CARDA	Luik	Luik	Wallonië	FR	NVT	SUT
Psycholoog	CARDA	Luik	Luik	Wallonië	FR	NVT	SUT
Directie	CARDA	Luik	Luik	Wallonië	FR	NVT	SUT
Projectmanager	PERISCOPE, vzw (Citadelle)	Tournai	Henegouwen	Wallonië	FR	NVT	SUT
Projectmanager	PERISCOPE, vzw (Citadelle)	Tournai	Henegouwen	Wallonië	FR	NVT	SUT
Psycholoog	Fedasil Dilbeek	Dilbeek	Vlaams-Brabant	Vlaanderen	NL	2	OI
Medisch referent	Ciré	Elsene	Brussel	Brussel	FR	2&3	OI
Diensthooft sociale begeleiding	Fedasil Lommel	Lommel	Limburg	Vlaanderen	NL	2	OI
Directie	Fedasil Arendonk	Arendonk	Antwerpen	Vlaanderen	NL	2	OI
Directie	Fedasil Gent	Gent	Oost-Vlaanderen	Vlaanderen	NL	2	OI
Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Gent	Gent	Oost-Vlaanderen	Vlaanderen	NL	2	OI
Psycholoog	Fedasil Sint-Pieters-Woluwe	Sint-Pieters-Woluwe	Brussel	Brussel	NL	1	OI
Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Koksijde	Koksijde	West-Vlaanderen	Vlaanderen	NL	2	OI
Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Sugny	Sugny	Namen	Wallonië	FR	0	OI
Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Moeskroen	Moeskroen	Henegouwen	Wallonië	FR	2	OI
Directie	Fedasil Sugny	Sugny	Namen	Wallonië	FR	0	OI
Sociaal assistent / begeleider	OCMW - LOI Asse	Asse	Vlaams-Brabant	Vlaanderen	NL	3	OI
Directie	Fedasil Pondrôme	Beauraing	Namen	Wallonië	FR	2&3	OI
Verpleger	Fedasil Zout-Leeuw	Zout-Leeuw	Vlaams-Brabant	Vlaanderen	NL	2	OI
Directie	Fedasil Zout-Leeuw	Zout-Leeuw	Vlaams-Brabant	Vlaanderen	NL	2	OI
Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Jumet	Charleroi	Henegouwen	Wallonië	FR	2	OI

¹⁶ Sommige respondenten bekleden verschillende functies maar ter bescherming van hun privacy wordt maar één functie benoemt

Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Sint-Truiden	Sint-Truiden	Limburg	Vlaanderen	NL	2	OI
Directie	Fedasil Herbeumont	Herbeumont	Luxemburg	Wallonië	FR	2	OI
Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Schaarbeek	Schaarbeek	Brussel	Brussel	FR	2	OI
Arts	Fedasil Broechem	Ranst	Antwerpen	Vlaanderen	NL	2	OI
Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Morlanwelz	Morlanwelz	Henegouwen	Wallonië	FR	2	OI
Sociaal assistent / begeleider	Fedasil Senonchamps	Bastogne	Luxemburg	Wallonië	FR	2	OI
Onthaalmedewerker	Fedasil Sint-Truiden	Sint-Truiden	Limburg	Vlaanderen	NL	2	OI
NBM Begeleider	Fedasil Bordet	Brussel	Brussel	Brussel	FR	1	OI
Psycholoog	Fedasil Bordet	Brussel	Brussel	Brussel	FR	1	OI
NBM teamcoördinator	Fedasil Luik	Luik	Luik	Wallonië	FR	2	OI
Coördinator individuele programma's	Caritas International	Brussel	Brussel	Brussel	NL	3	OI
Groepsbegeleider	Gesloten Centrum Brugge	Brugge	West-Vlaanderen	Vlaanderen	NL	NVT	IBZ
Directie	Gesloten centrum Vottem	Vottem	Luik	Wallonië	FR	NVT	IBZ
Psycholoog	Gesloten Centrum Brugge	Brugge	West-Vlaanderen	Vlaanderen	NL	NVT	IBZ
Directie	Gesloten centrum Steenokkerzeel (Caricole)	Steenokkerzeel	Brussel	Brussel	NL	NVT	IBZ
Directie	Gesloten centrum Merksplas (CIM)	Merksplas	Antwerpen	Vlaanderen	NL	NVT	IBZ
Groepsbegeleider	Gesloten centrum Merksplas (CIM)	Merksplas	Antwerpen	Vlaanderen	NL	NVT	IBZ

BIJLAGE 2: BEVRAAGDE EN GEÏDENTIFICEERDE CENTRA EN DIENSTEN IN VLAANDEREN EN BRUSSEL

Legende			
Bevraagde Fedasil Opvangcentra		Geïdentificeerde Diensten in de specifieke drughulpverlening (vzw's e.d.)	
Bevraagde IBZ Gesloten Centra voor Illegalen		Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) (Enkel Vlaanderen)	
Bevraagde diensten in de drughulpverlening		Psychiatrische ziekenhuizen (PZ)	



Bevraagde Fedasil Opvangcentra Vlaanderen en Brussel (n = 12)

Antwerpen: Fedasil Broechem, Fedasil Arendonk

Limburg: Fedasil Sint-Truiden, Fedasil Lommel

Oost-Vlaanderen: Fedasil Gent

West-Vlaanderen: Fedasil Koksijde

Vlaams-Brabant: Fedasil Zout-Leeuw, Fedasil Machelen, Fedasil Dilbeek

Brussel: Fedasil Sint-Pieters-Woluwe, Fedasil Schaarbeek, Fedasil Bordet

Bevraagde IBZ Gesloten Centra voor Illegalen Vlaanderen en Brussel (n = 3)

Antwerpen: Gesloten centrum Merksplas (CIM)

West-Vlaanderen: Gesloten Centrum Brugge

Brussel: Gesloten centrum Steenokkerzeel (Caricole)

Bevraagde diensten in de drughulpverlening Vlaanderen en Brussel (n = 8)

Antwerpen: Antwerps Drug Interventiecentrum (Adic)vzw, Free Clinic VZW

Brussel: Project Artha, Caritas International, Ciré, asbl, Dune, vzw, Prevention SIDan asbl, Transit vzw

Geïdentificeerde Diensten in de specifieke drughulpverlening (vzw's e.d.) Vlaanderen en Brussel (n = 30)

Antwerpen: Adic vzw, UPC Duffel, Free Clinic, Vrije raadpleging Erasmus Antwerpen (ZNA)

Limburg: Katarsis

Oost-Vlaanderen: CIBA, UPSIE (UZ Gent), De Kiem Gavere, De Kiem Gent, De Sleutel, De Kiem Rose, De Kiem Ninove, Karus campus Melle, Karus campus Gent

Vlaams-Brabant: De Spiegel, De Kiem Geraardsbergen

Brussel: Ciré, asbl, Modus Vivendi, humanitaire hub, Transit, Dune, Projet Maya, Enaden, Pélican asbl, Exil (CGG), Solentra (UZ Brussel), Le Projet Lama – asbl, JRS, Iris netwerk, Ulysse

Psychiatrische ziekenhuizen (PZ) (Psychiatrisch Centrum PC) Vlaanderen en Brussel (n = 41)

Antwerpen: Multiversum, PZ Bethanië, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel, Universitair PC Duffel, PZ Stuivenber

Limburg: Kinder PC Genk, Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem, Medisch Centrum Sint-Jozef, PZ Asster

Oost-Vlaanderen: PC Gent-Sleidinge, PC Sint-Jan, PC Sint-Jan Baptist, PZ Karus, PZ Ariadne, PZ Dr. Guislain, PZ Sint-Lucia, PZ Frapello, PZ en Revalidatiecentrum Sint-Hiëronymus

West-Vlaanderen: PZ H. Familie, PZ H. Hart, PC Onze-Lieve-Vrouw van Vrede, PZ Onze-Lieve-Vrouw, PC Sint-Amandus, Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg, Kliniek Sint-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en psychotherapie

Vlaams-Brabant: Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Universitair Centrum Sint-Jozef, Psychiatrische Kliniek Sint-Alexius, Zorggroep Sint-Kamillus, Psychiatrische Kliniek Sint-Annendael

Brussel: Epsilon area +, Centre psychiatrique parhelie, L'Équipe - Centre de jour pour adolescents, Clinique sans souci, Parhélie, Epsilon asbl - fond'roy, Psycho-sociaal Centrum Sint-Alexius, Centre hospitalier jean titeca, Epsilon asbl - la ramee, Le bivouac a.s.b.l., Vzw l'equipe - centre ados

Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) (alle) Vlaanderen en Brussel (n = 30)

Antwerpen: PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Klina, PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Rivierenland - Campus Bornem, PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten, PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Turnhout - Campus Sint-Jozef

Limburg: PAAZ - Jessa Ziekenhuis - Campus Virga Jesse, PAAZ - Ziekenhuis Oost-Limburg - Campus Sint Jan, PAAZ - Sint-Franciscusziekenhuis, PAAZ - Ziekenhuis Oost-Limburg - Campus Sint-Barbara, PAAZ - Noorderhart - Mariaziekenhuis

Oost-Vlaanderen: PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes, PAAZ - Vitaz - Campus Sint-Niklaas, PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Jan Palfijn Gent AV, PAAZ - UZ Gent - UDP - Afdeling voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie

West-Vlaanderen: PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Delta - Campus Rumbeke, PAAZ - Onze-Lieve-Vrouw van

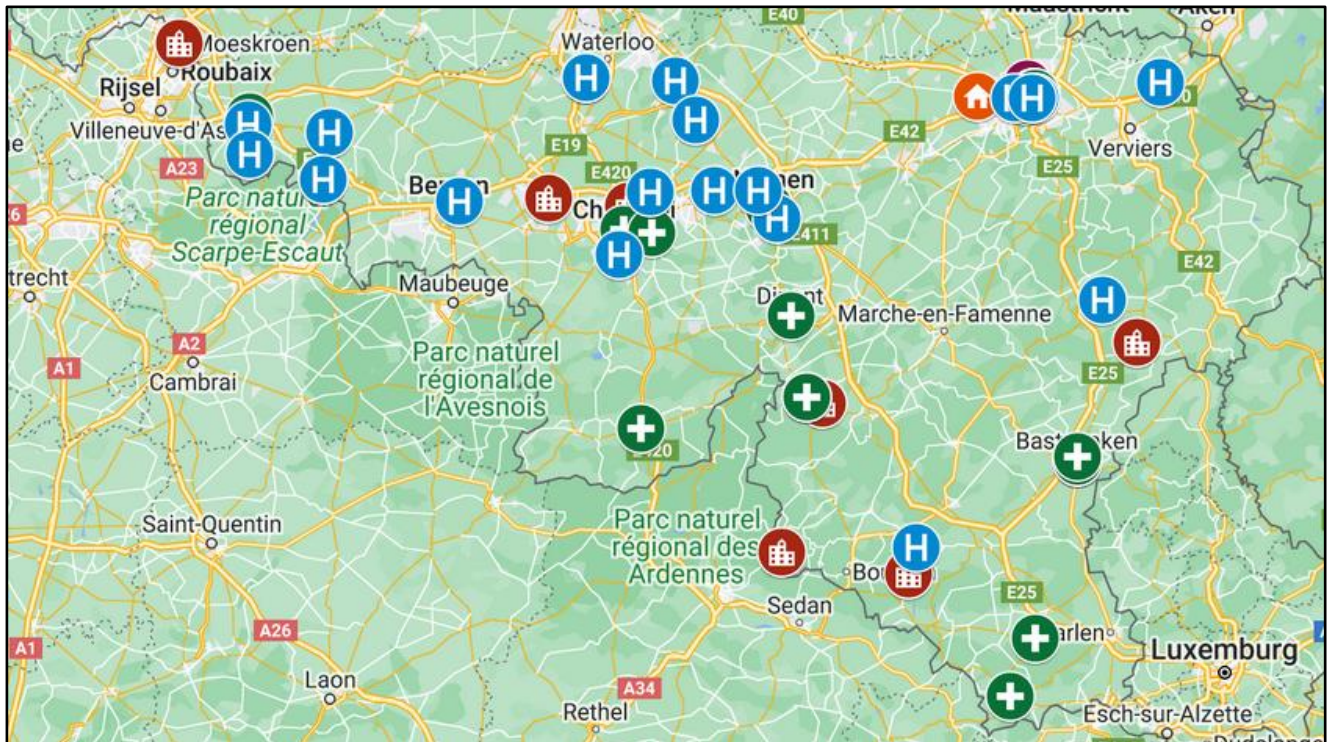
Lourdes Ziekenhuis Waregem, PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Zeno PAAZ - Algemeen Ziekenhuis
Delta - Campus Brugsesteenweg Roeselare, PAAZ - Algemeen Ziekenhuis West - Veurne , PAAZ - AZ
Oostende – Serruys, PAAZ - Sint-Andriesziekenhuis, PAAZ - Jan Yperman Ziekenhuis


Vlaams-Brabant: PAAZ - Algemeen Ziekenhuis Jan Portaels, PAAZ - Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart - Campus
Mariëndal

Brussel: PAAZ - Universitair Ziekenhuis Erasmus, PAAZ - Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola - Dienst
Pedopsychiatrie, PAAZ - Universitair Ziekenhuis Brussel, PAAZ - Europa Ziekenhuizen - Site Sint-Michel
PAAZ - Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola - Dienst Pedopsychiatrie - Contre Allée,
PAAZ - Ziekenhuisvereniging van Brussel en van Schaarbeek - Universitair Verplegingscentrum Brugmann
- Site Victor Horta, PAAZ - Kliniek Sint-Jan - Site Kruidtuin - Dienst Psychiatrie


BIJLAGE 3: BEVRAAGDE EN GEÏDENTIFICEERDE CENTRA EN DIENSTEN IN WALLONIË

Legende			
Bevraagde Fedasil Opvangcentra		Geïdentificeerde Diensten in de specifieke drughulpverlening (vzw's e.d.)	
Bevraagde IBZ Gesloten Centra voor Illegalen		Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) (Enkel Vlaanderen)	
Bevraagde diensten in de drughulpverlening		Psychiatrische ziekenhuizen (PZ)	




Bevraagde Fedasil Opvangcentra Wallonië (n = 8) 


Henegouwen: Fedasil Jumet, Fedasil Moeskroen, Fedasil Morlanwelz
Luik: Fedasil Luik
Luxemburg: Fedasil Herbeumont, Fedasil Senonchamps
Namen: Fedasil Sugny, Fedasil Pondrôme

Bevraagde IBZ Gesloten Centra voor Illegalen Wallonië (n = 1) 


Luik: Gesloten centrum Vottem

Bevraagde diensten in de drughulpverlening Wallonië (n = 5) 

Luik: CAP FLY asbl, CARDA
Luxemburg: Coordination ODAS asbl, Solaix asbl
Namen: L' Autre sens asbl

Geïdentificeerde Diensten in de specifieke drughulpverlening (vzw's e.d.) Wallonië (n = 15) 

Henegouwen: Chemin de la Renaissance, Citadel, Trempline asbl
Luik: CAP FLY asbl, Nadja asbl, Le Revers, Tabane asbl
Luxemburg: Coordination ODAS asbl, Solidarité Virton, Solaix asbl, Therapeutische club Bastogne
Namen: Destination asbl, Phénix asbl, L'autre sens asbl, Le Répit asbl

Psychiatrische ziekenhuizen (PZ) Wallonië (n = 21) 

Henegouwen: Centre Hospitalier Psychiatrique Le Chêne aux Haies, Clinique de Bonsecours,

Centre psychothérapeutique de jour Charles-Albert Frère, Feux Follets, Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers, Hôpital psychiatrique Saint-Charles, Clinique neuropsychiatrique bonsecours, Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu

Luik: Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens, Centre Hospitalier Spécialisé Notre-Dame des Anges Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège, Hôpital de Jour Universitaire La Clé, Centre Hospitalier Spécialisé l'Accueil

Luxemburg: Hôpital psychiatrique La Clairière

Namen: Centre de psychiatrie Infantile Les Goélands, Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon, Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin

Waals-Brabant: Centre Hospitalier Le Domaine, La Petite Maison, Centre Hospitalier Neurologique William Lennox, Centre hospitalier le domaine

BIJLAGE 4: DRUGINT INFOGRAPHIC

