



't Stad  
is van  
iedereen.



# **Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor (ADAM)**

**Een lokale drugscène in beeld  
Resultaten 2010**

*Tom Decorte  
Katrien Janssen*

## Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen

Het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) is de stedelijke dienst die het drugbeleid van de stad Antwerpen vorm geeft en opvolgt via het organiseren van overleg tussen alle betrokken partners (hulpverlening, preventie, parket, politie, stedelijk beleid, bevolking, gebruikers). SODA heeft als doel in de stad Antwerpen: <sup>(1)</sup> het opstellen en opvolgen van beheersovereenkomsten en uitvoeringscontracten met projectuitvoerders; <sup>(2)</sup> het opzetten en aanjagen van overlegstructuren die de realisatie van de doelstellingen schragen; <sup>(3)</sup> het faciliteren en ontsluiten van gedeelde registratie en monitoring van drugsbeleidsgegevens; <sup>(4)</sup> het capteren van signalen uit het werkveld en de brede samenleving en omzetten in beleidsvoorbereidend werk voor lokale en bovenlokale overheden; en (5) het evalueren van uitgevoerde acties en projecten, desgevallend bijsturen en formuleren van beleidsadviezen. Meer informatie over SODA en het drugbeleid van de stad Antwerpen is te vinden op: [www.antwerpen.be/soda](http://www.antwerpen.be/soda).

## Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek

Het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD) werd in 2002 opgericht en maakt deel uit van de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de Faculteit Rechten van de Universiteit Gent. Deze onderzoeksgroep streeft naar het verwerven en overdragen van kennis omtrent de sociaal-epidemiologische aspecten van roesmiddelengebruik, -beleid en handel in roesmiddelen. Dat gebeurt vanuit een sociaalwetenschappelijke oriëntatie. Niet dus vanuit het klassieke strafrechtelijke of medische interpretatiekader, omdat criminalisering en pathologisering al te vaak tot ernstige tekortkomingen in de constructie van kennis leiden. Via het opzetten, uitvoeren en coördineren van kwalitatief en kwantitatief empirisch onderzoek op een methodologisch en theoretisch hoog niveau, streeft het ISD naar een verwetenschappelijking van het onderzoeksterrein 'drugs' en een beter inzicht in de complexiteit van roesmiddelengebruik. Het perspectief van de roesmiddelengebruiker zelf ('the insider's view') krijgt daarbij de aandacht die het verdient.

## Auteurs

**Tom Decorte** is professor aan de Universiteit Gent in het vakgebied criminologie en coördinator van het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD). Hij publiceerde verscheidene boeken en vele artikelen omtrent roesmiddelengebruik.

**Katrien Janssen** is licentiate in de moraalwetenschappen en de criminologische wetenschappen. Zij was als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek.

Doelpubliek

Dit rapport richt zich tot eenieder die geïnteresseerd is in de actuele ontwikkelingen en trends van het drugfenomeen in Antwerpen: beleidsmakers, hulpverleners, preventiewerkers, jongerenbegeleiders, straathoekwerkers, buurtregisseurs, politiemensen, magistraten, schoolpersoneel, én burgers.

Eerste druk: 2011

Gepubliceerd door Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen  
soda@stad.antwerpen.be – www.antwerpen.be

Ontwerp: OCMW Antwerpen en Heidi Reyniers  Red Spot bvba

Foto's:  
- Thinkstock

© 2011, Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen, Antwerpen (België)  
Alle rechten voorbehouden.  
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze: elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

ISBN 978-90-817-1080-0  
D/2011/5244/1

Verantwoordelijke uitgever: Marc De Bens – Lange Gasthuisstraat 33,  
2000 Antwerpen

Inhoudstafel

|                                                      |                                                                |    |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----|
| Dankwoord                                            | 8                                                              |    |
| Woord vooraf                                         | 9                                                              |    |
| Inleiding                                            | 10                                                             |    |
| Hoofdstuk 1: Algemene kenmerken van gebruikspatronen |                                                                |    |
| 1.1                                                  | Het continuüm ‘geïntegreerd gebruik’ – ‘problematisch gebruik’ | 12 |
| 1.2                                                  | Solitair versus groepsgebruik                                  | 12 |
| 1.3                                                  | Genderdimensie                                                 | 13 |
| 1.4                                                  | Zichtbaar versus onzichtbaar gebruik                           | 13 |
|                                                      | Semiopenbare gebruiksplekken                                   | 13 |
|                                                      | Gebruikspanden                                                 | 14 |
|                                                      | Verborgten gebruik                                             | 14 |
| 1.5                                                  | Polydruggebruik de norm                                        | 16 |
| 1.6                                                  | Injecterend gebruik                                            | 16 |
| Hoofdstuk 2: De middelen                             |                                                                |    |
| 2.1                                                  | Legale middelen: alcohol en geneesmiddelen                     | 18 |
|                                                      | Alcohol                                                        | 18 |
|                                                      | Geneesmiddelen                                                 | 19 |
| 2.2                                                  | Cannabis                                                       | 19 |
| 2.3                                                  | Heroïne, cocaïne en crack, amfetamines                         | 20 |
|                                                      | Heroïne                                                        | 20 |
|                                                      | Cocaïne en crack                                               | 20 |
|                                                      | Amfetamines                                                    | 21 |
| 2.4                                                  | Andere middelen                                                | 21 |
|                                                      | GHB                                                            | 21 |
|                                                      | Opium                                                          | 22 |
|                                                      | Ketamine                                                       | 22 |
|                                                      | Steroïden                                                      | 22 |
|                                                      | Khat                                                           | 22 |

|            |    |
|------------|----|
| Mephedrone | 22 |
| Andere     | 23 |

### Hoofdstuk 3: Kenmerken van de lokale drugsmarkt(en)

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| 3.1 Beschikbaarheid                         | 24 |
| 3.2 Crack in Antwerpen                      | 24 |
| 3.3 Prijzen                                 | 25 |
| 3.4 Kwaliteit                               | 26 |
| 3.5 Verkoopsstrategieën                     | 27 |
| Straatdealers                               | 27 |
| Vzw's                                       | 28 |
| Mobiele (GSM-)verkopers                     | 28 |
| Thuisdealers                                | 28 |
| Onderlinge handel onder gebruikers          | 28 |
| 3.6 Drugtoerisme                            | 29 |
| 3.7 Ontmoetingsplaatsen voor druggebruikers | 29 |
| Het De Coninckplein: een heterogeen publiek | 29 |
| Het De Coninckplein: verschillende functies | 30 |
| 3.8 Ad hoc acties gericht op overlast       | 31 |

### Hoofdstuk 4: Druggerelateerde problemen en noden

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| 4.1 Lichamelijke gezondheid                          | 35 |
| Algemene fysieke problemen                           | 35 |
| Injecterend gebruik                                  | 37 |
| HIV en hepatitis C                                   | 39 |
| Longproblemen                                        | 39 |
| Overdosissen                                         | 40 |
| 4.2 Psychische gezondheid                            | 40 |
| 4.3 Werkgelegenheid, activering en budgetbegeleiding | 40 |
| 4.4 Huisvesting                                      | 41 |
| Een woning vinden                                    | 41 |
| Een woning behouden                                  | 43 |
| (Verborgene) dakloosheid                             | 45 |
| Het nachtopvangcentrum                               | 45 |
| Opvang dak- en thuislozen                            | 46 |
| 4.5 Financiële problemen                             | 47 |
| 4.6 Sociale contacten                                | 47 |

### Hoofdstuk 5: Kwetsbare groepen en gemeenschappen

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 5.1 Oudere druggebruikers                                             | 49 |
| 5.2 Druggebruikende ouders                                            | 50 |
| 5.3 Sekswerkers                                                       | 51 |
| 5.4 Ex-gedetineerden en justitiecliënteel                             | 52 |
| 5.5 Vrouwelijke druggebruikers                                        | 53 |
| 5.6 Dubbele diagnosecliënten                                          | 54 |
| 5.7 Triple diagnosecliënten - mensen met een verstandelijke beperking | 56 |
| 5.8 Allochtone groepen en gemeenschappen                              | 56 |
| Marokkaanse en Turkse gebruikers                                      | 58 |
| Illegale Noord-Afrikanen                                              | 59 |
| De 'Afrikaanse gemeenschap'                                           | 60 |
| Inwoners van andere E.U.-landen                                       | 60 |
| Illegalen                                                             | 61 |

### Hoofdstuk 6: Hulpverlening

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| 6.1 Kennis van het aanbod in Antwerpen                               | 63 |
| 6.2 Realisme in de (drug)hulpverlening                               | 63 |
| 6.3 Voorwaardelijkheid en selectiviteit                              | 64 |
| 6.4 Diversificatie                                                   | 64 |
| 6.5 Samenwerking in de drughulpverlening                             | 64 |
| 6.6 Wachtlijsten in de (drug)hulpverlening                           | 65 |
| 6.7 Ondersteuning van apothekers en huisartsen                       | 65 |
| 6.8 De verhuis van Free Clinic vzw: enkele voorlopige vaststellingen | 66 |
| 6.9 De relatie hulpverlening – politie – beleidsmakers               | 68 |

### Hoofdstuk 7: Aanbevelingen

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 7.1 Hiaten in de beschikbare gegevens | 70 |
| 7.2 Preventiestrategieën              | 71 |
| 7.3 Schadebeperkende maatregelen      | 71 |
| 7.4 Hulpverlening (behandeling)       | 72 |
| 7.5 Lokaal drugsbeleid                | 74 |

|         |    |
|---------|----|
| Epiloog | 76 |
|---------|----|

|           |    |
|-----------|----|
| Eindnoten | 78 |
|-----------|----|

## Dankwoord

De auteurs betuigen graag hun dank aan de mensen en instellingen die deze uitgave mogelijk hebben gemaakt. Het onderzoek is uitgevoerd door het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD), het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) voorzag in de nodige fondsen om het onderzoek te kunnen voltooien.

Het schrijven van dit rapport is mede mogelijk gemaakt door de hulp en steun van velen. Onze dank gaat uit naar de leden van de wetenschappelijke begeleidingscommissie: mevr. Annemie VAN CAUWENBERGHE (ex-coördinator Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen), mevr. Sara DE MEYER (coördinator Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen), mevr. Sara VERTOMMEN (strategisch analiste, Studiedienst Stadsobservatie stad Antwerpen), dhr. Bernard BRUGGEMAN (dienst Welzijn en Gezondheid Provincie Antwerpen), mevr. Else DE DONDER (Dienst studie en onderzoek, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Brussel), Prof. dr. Guido VAN HAL (Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen), dhr. Luc VAN DER STRAETEN (Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen), dhr. Tino RUYTERS (Directeur MSOC/ Free Clinic, Antwerpen), dhr. Rudi DE MOL (Afdelingshoofd Dagcentrum De Sleutel Antwerpen), dhr. Rudy MARYNISSEN (dienst Welzijn en Gezondheid Provincie Antwerpen), dhr. Johan FORCEVILLE (strategisch analist, Lokale politie Antwerpen) en mevr. Anneleen MALCORPS (Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg, Provincie Antwerpen) vormden met hun uiteenlopende kennis en waardevolle commentaar een inhoudelijk vangnet.

Onze dank gaat ook uit naar de sleutelfiguren uit de verschillende instellingen en organisaties in Antwerpen die tijd hebben vrijgemaakt om ons te woord te staan. De lijst met sleutelfiguren is te vinden op [www.law.ugent.be/crim/ISD](http://www.law.ugent.be/crim/ISD). Verder gaat onze dank uit naar de vijf community fieldworkers en de andere (ex)druggebruikers die bereid waren mee te werken aan dit onderzoek. Ze namen de moeite om ons gedetailleerd te informeren over de lokale drugscene. Zonder hun openheid en vertrouwen waren wij niet in ons opzet geslaagd.

*Prof. dr. TOM DECORTE*

## Woord vooraf

### Beste lezer

Voor u ligt de tweede editie van de Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor (ADAM).

Eind 2008 keurde het Antwerpse stadsbestuur het drugbeleidsplan 2009-2011 goed. Daarin beschrijft de stad hoe ze, samen met haar partners, het druggebruik wil voorkomen of verminderen, de drugsoverlast en drughandel wil terugdringen, de welzijnspositie van verslaafde gebruikers verbeteren, en verslaafde gebruikers beter wil opvangen. Dit beleidsplan wordt elk jaar geconcretiseerd in een actieplan.

Lokale besturen worden vaak geconfronteerd met een gebrek aan kwalitatieve gegevens over het drugthema. Daarom heeft het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD) in opdracht van de stad Antwerpen een Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor (ADAM) ontwikkeld. De eerste monitor werd voorgesteld in 2008.

Hoe denken druggebruikers en sleutelfiguren (politie, hulpverlening, justitie,...) over het drugthema? Wat zijn de noden en behoeften volgens druggebruikers en sleutelfiguren? Daarop wil deze tweede alcohol- en drugmonitor (ADAM) een antwoord formuleren.

De nadruk ligt daarbij op het perspectief van de druggebruikers zelf. Deze informatie willen we vervolgens inpassen in ons geïntegreerd beleid, zodat we het kunnen bijsturen waar zinvol en kunnen komen tot een beleid dat zo veel mogelijk gedragen wordt door alle betrokkenen.

*Monica De Coninck  
Schepen van Sociaal Beleid  
Voorzitter OCMW- Antwerpen*



# Inleiding

## Achtergrond

Beleidsmakers moeten een nauwkeurig en betrouwbaar beeld hebben over de aard en de omvang van het drugsfenomeen met het oog op het bepalen van beleidsprioriteiten, de planning van adequate interventies, en op langere termijn een evaluatie van het beleid. In het kader van het Beleidsplan Drugs 2005-2007 heeft de stad Antwerpen gewezen op het belang van een gefundeerde onderbouwing van het lokale drugsbeleid. Ten behoeve van haar drugsbeleid besliste de stad Antwerpen door een onafhankelijke wetenschappelijke equipe informatie te laten verzamelen op het lokale niveau. In 2007 werkte het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD) **de Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor** (ADAM) uit. De resultaten van de eerste testfase werden gepubliceerd in het boek *Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor. Een lokale drugscene in beeld* (Leuven, Acco), samen met de bevindingen van een uitvoerige literatuurstudie omtrent lokale drugmonitoringsystemen in andere Europese steden én een analyse van de methodologische aspecten van een dergelijke lokale drugmonitor.

In het kader van het Beleidsplan Drugs 2009-2012 besliste de stad Antwerpen om de lokale drugsproblematiek periodiek en systematisch te blijven monitoren. Voortaan worden de periodieke resultaten van de Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor in een verslag gepubliceerd: dat is compacter, bevattelijker voor de (niet-academische) lezer en makkelijker hanteerbaar voor de lokale beleidsmakers.

## Opzet van de Monitor

De Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor is een lokaal drug monitoring systeem dat aan de hand van drie kwalitatieve methodes uitgevoerd wordt: 1) een panelstudie, 2) veldwerk door 5 community fieldworkers en 3) etnografisch veldwerk door de onderzoekers zelf. In dit verslag besteden we doelbewust weinig ruimte aan de bespreking van de methodologische aspecten van de Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor. We beperken ons hier tot een beknopte beschrijving van de drie gehanteerde onderzoeksstrategieën. De geïnteresseerde lezer vindt een volledige bespreking van de gekozen methodologie, met inbegrip van de ethische aspecten, in TIEBERGHIEN, J. & DECORTE, T., *Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor Een lokale drugscene in beeld*. ISD-reeks, nr. 4, Leuven, Acco, 2008, 215 p.

- **Etnografisch veldwerk met behulp van 5 community fieldworkers:** Community fieldworkers zijn veldwerkers die deel uitmaken (of uitmaakten) van de bestudeerde lokale drugscene. Het zijn ervaringsdeskundigen. Ze maken het de onderzoekers gemakkelijker om toegang te krijgen tot diverse drugscènes en verborgen of moeilijk benaderbare groepen. Deze mensen werden zorgvuldig geselecteerd en getraind. Gedurende een periode van drie maanden (april-mei-juni 2010) hebben deze community fieldworkers observaties verricht en gesprekken gevoerd met Antwerpse druggebruikers. Wekelijks hebben ze aan de onderzoekers gerapporteerd. De community fieldworkers werden voor hun medewerking aan dit onderzoek vergoed.
- **Panelstudie met 38 sleutelfiguren:** Bij de uitvoering van de Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor in

2007 werd een panel van sleutelfiguren uit diverse sectoren samengesteld, die één voor één omwille van hun professionele activiteiten vertrouwd zijn met (bepaalde aspecten) van het lokale drugsfenomeen in Antwerpen. Deze actoren werden individueel en face-to-face geïnterviewd. In de mate van het mogelijke werden voor de uitvoering van deze monitor in 2010 dezelfde sleutelfiguren geïnterviewd als in 2007. De panelstudie omvat in deze uitvoering interviews met 38 sleutelfiguren, uit de diverse echelons en lokale initiatieven inzake drughulpverlening en welzijnswerk, het straathoekwerk, justitie, lokale en federale politie, de Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen, en de Psycho-Sociale dienst van de gevangenis van Antwerpen. De volledige lijst met sleutelfiguren is beschikbaar op het webadres van het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD): [www.law.ugent.be/crim/ISD](http://www.law.ugent.be/crim/ISD).

- **Etnografisch veldwerk door de onderzoeker.** Ook de onderzoeker (Katrien Janssen) verrichtte eigen observaties ‘op het terrein’, en sprak met druggebruikers en sleutelfiguren. Hoewel dit veldwerk beperkt was in tijd, bood het mogelijkheden om de bevindingen uit de twee andere luiken te toetsen (triangulatie), en persoonlijke data te verzamelen over de lokale drugsfenomenen in de stad Antwerpen en inzake het perspectief van de druggebruikers zelf (‘the insider’s view’).

De Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor (ADAM) wil informatie verzamelen die niet wordt bekomen aan de hand van bestaande registratiesystemen. Dat betekent dat de monitor zich in de eerste plaats richt op de gebruikers die (ten minste deels) verborgen blijven voor registratiesystemen (‘non-captive

populations’, ‘hidden’ of ‘hard-to-reach populations’). De monitor levert bovendien vooral informatie aan over de kenmerken, de levensstijl en de behoeften van gemarginaliseerde gebruikers die naast problemen met drugs ook op diverse andere vlakken (sociaal contact, woonst, werk...) problemen ervaren. Uitgangspunt van de monitor is om informatie te verzamelen vanuit de visie van de druggebruikers zelf (insiders’ view). De Antwerpse monitor wil gegevens aanleveren over de directe leefomgeving van de gebruikers. Dit sociaalwetenschappelijk uitgangspunt, gericht op een verbeterde leefsituatie van de druggebruikers, distantieert zich uitdrukkelijk van de louter strafrechtelijke aanpak. Bovendien willen we er de lezer - voor een juiste interpretatie van de bevindingen in dit rapport – op wijzen dat beleidsmakers zélf in het kader van dit onderzoek niet werden bevraagd, en de bevraging van de panelleden bijgevolg ook deels de wijze waarop het lokale beleid wordt gepercipieerd, weerspiegelt.

## HOOFDSTUK 1:

# Algemene kenmerken van gebruikspatronen

*In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal algemene kenmerken van de gebruikspatronen die we in de stad Antwerpen hebben opgemerkt, op basis van de gesprekken met panelleden en de observaties van community fieldworkers. Patronen van (legaal én illegaal) middelengebruik situeren zich steeds op een continuüm, tussen ‘geïntegreerd gebruik’ en ‘problematisch gebruik’ (§1.1). Daarenboven is de functie van het gebruik voor het individu steeds een cruciale factor (§1.2). Ook de genderdimensie speelt een rol (§1.3). Vervolgens gaan we in op de (on-) zichtbaarheid van gebruikspatronen (§1.4). Ten slotte bespreken we twee andere kenmerken van gebruikspatronen: het polydruggebruik (§1.5) en het injecterend gebruik (§1.6).*

## 1.1 Het continuüm ‘geïntegreerd gebruik’ – ‘problematisch gebruik’

Er zijn over het algemeen méér geïntegreerde druggebruikers dan gemarginaliseerde gebruikers. Dat is een vaststelling die opgaat voor de meeste westerse samenlevingen, en ze geldt ook voor de Antwerpse gemeenschap. Gemarginaliseerde gebruikers zijn vaak het meest zichtbaar, door de (lichamelijke) sporen die het langdurige druggebruik heeft nagelaten, door het feit dat zij veel tijd in de publieke ruimte doorbrengen, enz.

**Gemarginaliseerde gebruikers** ondervinden problemen op diverse levensgebieden: dakloosheid, criminaliteit, financiële problemen, gezondheidsproblemen, enz. Deze situatie gaat in bijna alle gevallen gepaard met jarenlang gebruik. Het is daarbij niet steeds duidelijk wat oorzaak en wat gevolg is. De voornaamste producten die worden gebruikt, zijn heroïne, cocaïne, alcohol, cannabis en benzodiazepines (Lexotan, Valium). Gebruikers combineren de producten vaak (polydruggebruik) en injecterend gebruik komt onder deze groep gebruikers veel voor. Laagdrempelige

hulpverleningsinitiatieven (de inloopcentra, nachtopvang, het Spuitenruilproject...) ontvangen vooral gebruikers uit deze groep. Anderzijds vinden niet alle gemarginaliseerde gebruikers hun weg naar de laagdrempelige hulpverlening.

**Geïntegreerde gebruikers** ervaren (momenteel) geen significante problemen op de verschillende levensgebieden. Ze beschikken meestal over een goed sociaal netwerk, (vast) werk, een stabiele huisvesting. Geïntegreerde gebruikers zijn van alle leeftijden. De meest gangbare producten binnen deze groep zijn alcohol, cannabis en cocaïne. Het geïntegreerde gebruik hangt heel vaak samen met vrijetijdsbesteding en het uitgangsleven. Ook amfetamines (‘speed’) en MDMA (‘xtc’) worden in deze milieus op recreatieve wijze gebruikt.

Sommige geïntegreerde gebruikers bevinden zich **‘op de wip’**: d.w.z. ze gebruiken occasioneel, maar hun gebruik kent pieken en dalen, en bij momenten zijn de gevolgen van het druggebruik op het gebied van tewerkstelling of gezondheid merkbaar. Jongere gebruikers ervaren momenteel geen gezondheidsproblemen, al kunnen ze mogelijks wel een kwetsbare groep vormen. Gebruikscarrières zijn immers nooit stabiel: of deze geïntegreerde gebruikers

‘op de wip’ controle over hun roesmiddelengebruik zullen behouden, dan wel (tijdelijk of langdurig) in problemen zullen geraken, hangt af van tal van persoonlijkheids- én situationele factoren.

## 1.2 Solitair versus groepsgebruik

Een belangrijke observatie is dat geïntegreerde gebruikers vaak hun sociale contacten (vrienden) opzoeken om te gebruiken: zij willen hun roes graag met anderen delen. De roes heeft er overigens bijna altijd een gelegenheidskarakter en een **sociale functie**. De roes is voor de geïntegreerde gebruiker meestal niet louter een doel op zichzelf, maar ondergeschikt aan sociale ontspanning. Daartegenover staat dat oudere en gemarginaliseerde gebruikers doorgaans een grotere voorkeur hebben voor de **soloroes**. In principe gebruiken zij –volgens community fieldworkers – bij voorkeur alleen, of met een partner. Het verlangen om alléén te gebruiken heeft niet enkel met de beleving van de roes te maken, maar ook met allerlei andere redenen: de angst om bestolen te worden, het vermijden van andere gebruikers, het vermijden van de confrontatie met injecterend gebruik, enz. Desondanks wordt er toch vaak met anderen in groep gebruikt, maar dat heeft met andere noodwendigheden van doen: men moet samen leggen met andere gebruikers om het middel te kunnen bekostigen, men heeft geen dak boven het hoofd, of men heeft andere redenen om thuis niet te gebruiken. Gebruikers die een eigen woning hebben, worden immers vaak benaderd door anderen, en de eigen haard wordt voor men het weet benut als gebruiksruijme door anderen, met alle risico’s vanden *[zie daarover ook hoofdstuk 4, p. 43]*.

## 1.3 Genderdimensie

Druggebruik blijft een **mannelijke aangelegenheid**. Veel panelleden schatten het aantal vrouwelijke druggebruikers ten aanzien van de totale populatie middelengebruikers op 20 tot 30 %. Deze vaststelling loopt niet alleen gelijk met wat reeds in ADAM I (2007)

werd vastgesteld, zij strookt ook met ander onderzoek naar middelengebruikende cliënten van de Antwerpse drug- en alcoholhulpverlening, de psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de centra geestelijke gezondheidszorg, de centra algemeen welzijnswerk en de meest recente registratiecijfers op basis van de Databank Sociale Planning Antwerpen (DPSA). Desalniettemin dient opgemerkt dat vrouwelijke druggebruikers **minder zichtbaar** zijn. Politiediensten en hulpverleners zien vooral vrouwelijke druggebruikers van Belgische origine, maar er zijn aanwijzingen dat vrouwen in het algemeen, en allochtone vrouwen in het bijzonder, de weg naar de reguliere hulpverlening minder makkelijk vinden *[zie daarover ook hoofdstuk 5, p. 59]*.

## 1.4 Zichtbaar versus onzichtbaar gebruik

In tegenstelling tot het gebruik van alcohol en het gebruik van medicatie en cannabis, worden cocaïne, heroïne en amfetamines **zelden openlijk** gebruikt. Openlijk gebruik wordt ook door gebruikers zélf niet getolereerd. Het gebruik van deze roesmiddelen speelt zich in de marge af: op ‘semiopenbare’ plekken, in gebruikspanen, of bij mensen thuis.

## Semiopenbare gebruikspanen

Met semiopenbare gebruikspanen worden alle plekken bedoeld die voor gebruikers relatief gemakkelijk toegankelijk zijn, en de mogelijkheid bieden om enigszins beschut en uit het gezichtsveld van het ruimere publiek te kunnen gebruiken: toiletten van openbare gebouwen, traphallen van appartementsblokken, parkeergarages, metro-stations, aan de dokken, in struiken, in de berm van de treinsporen, enz. Mogelijke aanwijzingen van semiopenbaar gebruik zijn de **parafernalia** die men er aantreft. Het gaat niet alleen om gebruikte spuiten, maar ook om verbrande

aluminiumfolie, zelfgemaakte basepijpjes, lepels, ontsmettingsdoekjes, gedistilleerd water, aanstekers, (lege) flessen ammoniak, een uitgeperste citroen of een bebloede zakdoek. Die voorwerpen wijzen niet enkel op injecterend gebruik, maar ook op het roken van cocaïne of heroïne. De medewerkers van de *Spuitenpatrouille (SPAT)* – een project van SODA binnen vzw Free Clinic sinds september 2008, waarbij (ex-)gebruikers zwerfspuiten en andere restanten van gebruik in de semi-openbare ruimte opruimen - treffen de laatste tijd meer parafernalia aan die wijzen op het roken (basen of chinezen) [*Zie daarover hoofdstuk 3, §3.2*].

Semiopenbare gebruiksplekken vindt men in alle zones van de stad. Ook kleine hoeveelheden **zwerfspuiten** (5 à 10) worden sporadisch in de verschillende districten aangetroffen. Het aantal zwerfspuiten in Antwerpen-Noord ligt hoger dan in de omliggende districten. Een verklaring daarvoor wordt gezocht bij het feit dat gemarginaliseerde druggebruikers meestal gebruiken in de buurt waar ze hebben gekocht. Ze zoeken een beschutte plaats in de buurt. Vooral gebruikers die nergens terecht kunnen of die het gebruik van een pas aangekochte dosis niet kunnen of willen uitstellen, gebruiken op semiopenbare plekken. Het gaat in sommige gevallen om daklozen of illegalen die geen eigen plek hebben. Andere gebruikers willen hun huisgenoten niet met hun gebruik belasten, of willen voorkomen dat andere gebruikers mee gebruik maken van hun (moeizaam verworven) eigen woning. Sommige drugtoeristen gebruiken liever in Antwerpen (eventueel in de wagen), vóór ze naar huis terugkeren. Net om die redenen hebben acties gericht op het semiopenbare gebruik op bepaalde plekken o.i. meestal enkel een **verplaatsingseffect** [*zie daarover ook hoofdstuk 3, p. 33*]. Volgens enkele panelleden is het gebruik in wassalons de laatste jaren erg afgenomen, omdat er bewakingscamera's werden geplaatst en de eigenaars meer toezicht organiseren. In de weiden naast het westelijke gedeelte van park Spoor Noord (naar De Leien toe) werd het struikgewas verwijderd of fors weggesnoeid, zodat gebruik er te zichtbaar is geworden. Dergelijke acties zorgen ervoor dat het gebruik zich verplaatst: community

fieldworkers en panelleden wijzen op nieuwe semiopenbare gebruiksplekken in de buurt van het Stuyvenbergplein, in bepaalde metrostations, in portieken, en onder bruggen. Zolang het de hierboven beschreven groepen gebruikers aan een interessant alternatief ontbreekt, zullen zij op zoek blijven gaan naar andere geschikte semiopenbare plaatsen in de stad om enigszins beschut te kunnen gebruiken.

## Gebruikspanden

Gebruikers zoeken vaak **leegstaande huizen** waar ze kunnen gebruiken en/of slapen. Zulke gebruikspanden situeren zich voornamelijk in wijken met veel leegstand of verkrotting (de wijken Dam-Schijnpoot en Deurne-Noord bijvoorbeeld). De politiediensten komen deze panden relatief snel op het spoor. Als ze ontoegankelijk worden gemaakt, gaan deze (doorgaans dakloze) gebruikers op zoek naar andere panden. Anderzijds worden deze panden snel 'opgebruikt', omdat er verschillende gebruikers samenhokken. De omstandigheden zijn er vaak schrijnend en mensonterend. Gebruik in zulke onhygiënische omstandigheden vergroot het risico op infecties en brengt andere gezondheidsproblemen met zich mee.

## Verborgene gebruik

Het meeste druggebruik speelt zich af op minder zichtbare plaatsen: thuis of –bij ontstentenis van een eigen woonplek – bij anderen thuis. Sommige gemarginaliseerde gebruikers 'hokken' samen. Iemand die een woonst bemachtigd heeft, wordt vaak gevraagd door medegebruikers om hen daar te laten gebruiken. In vele gevallen mag de bewoner in ruil daarvoor meegebruiken. Sommige sociaal zwakkere gebruikers worden onder druk gezet om anderen binnen te laten. Andere gebruikers leggen hun woning als het ware in de schaal om aan roesmiddelen te komen. Dit zorgt ervoor dat gebruikers hun woonplek vaak snel (weer) verliezen. Bovendien is het **'samenhokken'** in een kleine ruimte niet leefbaar,

waardoor men overdag nog liever op straat rondhangt [*zie daarover ook hoofdstuk 4, p. 45*]. Het gebruik op semiopenbare plaatsen en in gebruikspanden en het samenhokken van gebruikers leiden tot mensonterende toestanden: onhygiënische omstandigheden en onveilig drugsgebruik. Bovendien worden ook onwetende voorbijgangers geconfronteerd met zwerfspuiten en andere achtergelaten parafernalia op semiopenbare plaatsen, met alle risico's van dien. Uit een onderzoek in 2004 door het Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO, Rotterdam) bleek reeds dat de **implementatie van een gebruiksruimte** in Antwerpen wenselijk was op basis van humanitaire overwegingen (contact leggen met zorgbehoevende gebruikers) en met het oog op de volksgezondheid (gebruik in veilige en hygiënische omstandigheden). Ook het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) concludeert in april 2010 dat gebruiksruimtes – onder bepaalde voorwaarden- positieve effecten hebben op risicogedrag en onveilig gebruik. Vanuit het perspectief van overlastbestrijding leek er geen behoefte te zijn aan een dergelijk initiatief in Antwerpen, omdat het gebruik zich (ook toen al) vooral op minder zichtbare locaties (semiopenbare plekken, gebruikerspanden, bij gebruikers thuis) afspeelde, en omdat er twijfel bestond over het feit of er wel veel cliënten gebruik zouden van maken. De auteurs van het onderzoeksrapport concludeerden dat er voor de implementatie van een gebruiksruimte noch een maatschappelijk noch een politiek draagvlak bestond, en dat er ook juridische bezwaren konden worden geformuleerd. Een en ander heeft ertoe geleid dat de Antwerpse beleidsmakers het idee van een gebruiksruimte momenteel onbespreekbaar achten. Desalniettemin benadrukken veel sleutelfiguren uit de hulpverlening ook in deze editie van ADAM de grote nood aan een gebruiksruimte in Antwerpen. Veel druggebruikers beschikken niet over een eigen woonst, en gebruiken daarom op semiopenbare plekken, in gebruikspanden of op straat. Maatregelen om veilig en hygiënisch gebruik te stimuleren, dringen zich op. Een gebruiksruimte biedt de mogelijkheid tot medische supervisie, het doorgeven van schadebeperkende informatie, en het toeleiden

van gebruikers naar de reguliere drughulpverlening. Sommige sleutelfiguren pleiten voor meerdere, kleine gebruiksruimtes verspreid over de stad; anderen pleiten voor één gebruiksruimte in Antwerpen-Noord als experiment.



## Good practice

Gebruiksruimten (zgn. 'safe(r) injection facilities', '(medically) supervised injection sites', 'drug consumption facilities') vindt men in **Europa, Canada en Australië**. Begin 2009 werd het aantal Europese steden dat een gebruiksruimte heeft geïnstalleerd geschat op 61, waarvan 30 in **Nederland**, 16 in **Duitsland** en 8 in **Zwitserland**. Veel van deze lokale projecten werden wetenschappelijk geëvalueerd. Sinds september 2004 heeft de **Nederlandse** gemeente Helmond een gebruiksruimte in *de Oversteek* in gebruik. Het project is in opdracht van de gemeentelijke overheid geëvalueerd in 2005, 2006 en 2008. Deze evaluaties wezen uit dat de gebruiksruimte *De Oversteek* op de gepercipieerde overlast door druggebruikers in de omgeving een significante invloed had. Meldingen van overlast werden tot een minimum herleid. Sinds 2007 wordt een strikter toelatingsbeleid gevoerd, om te vermijden dat niet-problematische gebruikers naar intenser gebruik afglijden. De groep gebruikers die tot de gebruiksruimte toegang krijgen, is gedaald: van 104 in 2004 tot 88 in 2009. Men heeft geen negatief aanzuigeffect geregistreerd. *De Oversteek* biedt, naast een gebruiksruimte en een dagcentrum, ook ondersteunende voorzieningen aan, zoals maatschappelijke dienstverlening en budgetbeheer, waar ook gebruikers die niet naar de gebruiksruimte komen dankbaar gebruik van maken. Tenslotte wordt met een zorgplansystematiek gewerkt en is er hierdoor regelmatige opvolging door artsen.



## 1.5 Polydruggebruik de norm

Uit de vaststellingen hierboven bleek al dat het ‘zuivere’ gebruik van een enkel product eigenlijk zelden voorkomt. De overgrote meerderheid van de cliënten die gebruik maken van de Antwerpse hulpverlening, zijn poly-druggebruikers. Vaak gebruiken ze - naast illegale producten – ook alcohol en/of slaap- en kalmeermiddelen op regelmatige basis.<sup>7</sup> ‘Polydruggebruik’ is een concept dat vele ladingen dekt.<sup>8</sup> Een brede definitie van ‘polydruggebruik’, die door veel Europese lidstaten wordt gehanteerd, is ‘het gebruik door een individu van meerdere drugs of soorten drugs die tegelijkertijd of na elkaar geconsumeerd worden’. Onder de meest ruime definitie vallen ook het gebruik van alcohol, tabak of medicijnen, en in dat geval is het etiket ‘polydruggebruik’ van toepassing op zowat alle gebruikers van illegale drugs, aangezien het gebruik van verboden middelen voor allemaal op een bepaald moment in hun leven wel samengaat met het gebruik van alcohol en tabak.

Polydruggebruik heeft doorgaans één of meer van de volgende **vier functies**: het maximaliseert het effect, het houdt effecten van verschillende middelen in evenwicht, het houdt negatieve effecten van een specifiek middel onder controle, en het werkt als substitutie van gewenste effecten. Soms is er sprake van gecombineerd gebruik (het tegelijkertijd gebruiken van bepaalde middelen, zoals het tegelijk gebruiken van alcohol, cannabis en medicatie, of het samen injecteren van cocaïne en heroïne). Gelijktijdig gebruik kan dienen om de effecten van verschillende roesmiddelen te versterken, of net te temperen. Soms genereert de combinatie van twee middelen ook een specifieke roes. In andere gevallen gebruiken mensen verschillende middelen na elkaar (bv. eerst een ‘upper’, zoals cocaïne of amfetamines, en wat later een ‘downer’, zoals heroïne, cannabis, alcohol of bepaalde geneesmiddelen). Dat doet men om de (al te) sterke effecten van het ene middel te temperen, of om het verlangen naar een bepaald middel te temperen. Ook gebruikers die een methadonkuur

volgen, gebruiken soms alcohol, benzodiazepines of cannabis bij.

## 1.6 Injecterend gebruik

Zowel panelleden als community fieldworkers onderkennen een bijzonder sterk verband tussen excessief of problematisch gebruik en injecterend gebruik. Injecterend gebruik van cocaïne, heroïne en/of amfetamines komt dan ook vooral voor onder gemarginaliseerde gebruikers, en bijna niet onder geïntegreerde gebruikers. Onder gebruikers zélf overheerst de idee dat wie niet spuit, met zijn gebruik geen problemen heeft. Geïntegreerde gebruikers kiezen eerder voor het roken (heroïne ‘chinezen’, cocaïne ‘basen’), snuiven of slikken (bv. amfetamines in ‘bommetjes’). Injecterend gebruik staat symbool voor erg problematisch en gemarginaliseerd gebruik (het archetype van de ‘junkie’). Jonge, experimentele gebruikers en gebruikers die zichzelf als geïntegreerde gebruikers beschouwen, distantiëren zich van intraveneuze gebruikers. Ook gebruikers die heroïne roken, kijken neer op intraveneuze producten. Op injecterend gebruik rust dus ook een taboe: toegeven dat men injecteert, staat gelijk aan toegeven dat men het gebruik niet langer onder controle heeft. Het **taboe op injecterend gebruik** weerhoudt enerzijds heel wat gebruikers van deze methode, en draagt op die manier bij tot het in stand houden van patronen van gecontroleerd gebruik, en het ontlopen van een aantal belangrijke risico’s die met injecterend gebruik samenhangen. Anderzijds kan de focus op de risico’s van injecterend gebruik ertoe leiden dat gebruikers die snuiven of roken, de risico’s van deze gebruiksmethoden onterecht onderschatten. Gebruikers die wél injecteren durven door het taboe soms niet toegeven dat ze spuiten, zowel ten aanzien van andere gebruikers als ten aanzien van hulpverleners e.d. In bepaalde gemeenschappen, bijv. onder (Noord-) Afrikaanse gebruikers is het taboe op injecterend gebruik zo mogelijk nog groter. Meer nog dan andere gebruikers ontkennen (en verbergen) zij intraveneus

gebruik. Panelleden halen als verklaring vaak aan dat het gemeenschapsgevoel onder deze groepen groter zou zijn dan binnen de autochtone gemeenschap.

Over de belangrijkste **kwantitatieve trends** inzake injecterend gebruik van heroïne, cocaïne en/of amfetamines, kunnen op basis van de gesprekken met sleutelfiguren en de data verzameld door community fieldworkers geen onderbouwde uitspraken worden gedaan. Ook de beschikbare cijfers inzake het aantal gevonden zwerfspuiten in de stad Antwerpen laten niet toe om betrouwbare uitspraken te doen over lokale trends in de prevalentie van injecterend gebruik. Schommelingen in de registraties van *de Spuitenpatrouille* zijn afhankelijk van de intensiteit van de activiteiten van die patrouille zelf, van de aangiftebereidheid van burgers, van toevallige vondsten enzovoort (zo werden in februari 2009 658 zwerfspuiten gevonden in één gekraakt appartement, maar het bleef onduidelijk hoe lang deze aanzienlijke hoeveelheid er al lag).<sup>9</sup> Uit de registratie van het *Spuitenruilproject* blijkt dat het aantal verdeelde spuiten tot en met 2008 stijgt: in 2008 werden 334.962 spuiten verdeeld. In 2009 werd voor het eerst een daling van het aantal verdeelde spuiten vastgesteld (317.739 spuiten verdeeld).<sup>10</sup> Vooral de afname van het aantal contacten in het laatste kwartaal van 2009 valt op. Verklaringen worden gezocht bij de verhuis van Free Clinic vzw [*zie daarover hoofdstuk 6, p. 66*]. Apothekers in de buurt van het De Coninckplein geven aan dat zij de laatste maanden méér injectiemateriaal verkopen.

## HOOFDSTUK 2:

# De middelen

*Net zoals bij de Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor 2007 stellen we vast dat de meest voorkomende middelen alcohol en geneesmiddelen (§2.1), cannabis (§2.2), heroïne, cocaïne en ‘crack’, en amfetamines (§2.3) zijn. Daarnaast bespreken we enkele producten die in Antwerpen minder courant zijn en doorgaans slechts in besloten milieus voorkomen (§2.4). Hieronder sommen we een aantal vaststellingen op, hoewel gecombineerd gebruik of polydruggebruik doorgaans de norm is [zie hoofdstuk 1, p. 16].*

## 2.1 Legale middelen: alcohol en geneesmiddelen

### Alcohol

Het gebruik van alcohol mag – zo geven verschillende panelleden aan - niet worden onderschat. Het is een legaal én maatschappelijk en cultureel ingebed roesmiddel. Veel mensen vermelden niet eens hun alcoholgebruik, omdat ze dat niet met ‘écht’ druggebruik associëren. Alcohol wordt door veel gebruikers op een gecontroleerde of recreatieve wijze aangewend, ter ontspanning, in sociaal verband en in welbepaalde omstandigheden. Alcoholgebruik bij meer problematische en gemarginaliseerde (ex-)druggebruikers vertoont vaker een ander patroon. Alcohol wordt dan vaker gebruikt als een soort compensatiemiddel bij het verminderen of stoppen met heroïne of methadon. Veel gebruikers die voorheen intensief amfetamines, cocaïne, of heroïne gebruikten, gebruiken dagelijks én overvloedig alcohol (dikwijls in combinatie met bepaalde geneesmiddelen, of methadon, of cannabis) om het verlangen naar illegale roesmiddelen te temperen. Alcohol is een **maatschappelijk aanvaarde drug**, en dus minder het voorwerp van verontwaardiging of controle, bijzonder makkelijk te verkrijgen (waardoor de gebruiker niet echt ‘op zoek moet’), en een goedkoop roesmiddel.

In tegenstelling tot de bevindingen in ADAM I (2007) geven de meeste hulpverleners nu aan dat dit gebruik vaak voorkomt en dat zij de mogelijke gevolgen niet onderschatten. De meer laagdrempelige hulpverlening stelt echter dat zij alcohol **niet expliciet als prioriteit** binnen hun werking beschouwt. Sommigen gebruiken weinig of geen illegale roesmiddelen, maar kampen met een alcoholprobleem. Onderzoek naar de cliënten van de Antwerpse drughulpverlening suggereert dat onder deze groep alcoholgebruikers méér vrouwen, oudere mensen (veertigers en ouder) en Belgen te vinden zijn.<sup>11</sup> Op bepaalde Antwerpse pleintjes hangen groepjes mensen rond die overvloedig alcohol consumeren. Ondanks het feit dat de effecten van (overmatige) alcoholconsumptie zich vaker in de publieke ruimte laten opmerken, blijft de problematiek van alcoholafhankelijkheid onderschat.<sup>12</sup>



### Good practice

In 2007 en 2008 liep in **Antwerpen** het ECAT-project: ‘*Empower the Community in response to Alcohol Threats*’. Binnen dit Europese project werd een aantal instrumenten ontwikkeld om de implementatie van een lokale actie inzake alcoholpreventie te begeleiden. De doelstelling van het project was het verhogen van de effectiviteit van alcoholcampagnes d.m.v.

een onderbouwde afbakening van specifieke boodschappen voor verschillende doelgroepen en de verankering van deze campagnes in een lokaal beleid. Het eerste ECAT-project in Antwerpen is gericht op de studentenpopulatie en omringende actoren (café-uitbaters, buurtbewoners, hogescholen...).

### Geneesmiddelen

Het zonder voorschrift verkrijgen en gebruiken van voorschriftplichtige psychoactieve geneesmiddelen zoals Lexotan, Valium, Rohypnol en methadon mag niet worden onderschat. Bij geïntegreerde gebruikers komt het minder vaak voor, maar onder gemarginaliseerden is het schering en inslag. Net zoals alcohol en cannabis worden geneesmiddelen door problematische gebruikers aangewend ter compensatie bij het verminderen of stoppen met gebruik van heroïne of methadon. De afhankelijkheid van psychoactieve medicatie vormt soms een groter probleem dan de afhankelijkheid van heroïne of cocaïne. Intensieve cocaïnegebruikers gebruiken vaak ‘downers’ (benzodiazepines, maar ook alcohol en cannabis) om het stimulerende effect van middelen zoals cocaïne of amfetamines (‘uppers’) terug te neutraliseren. Medicatie wordt vaak met alcohol gecombineerd, omdat het een goedkope manier is om in een roes te geraken. Ook hier geldt dat de effecten van medicatiegebruik de facto vaker in de publieke ruimte te zien zijn, dan de effecten van cocaïne- of heroïnegebruik. Medicatiegebruik is voor velen een onderdeel van hun leven en hun dagdagelijks functioneren. Op het De Coninckplein, dat voor deze doelgroep een ontmoetingsplaats is, bestaat een **zwarte markt** van voorschriftplichtige benzodiazepines [zie daarover ook hoofdstuk 3, p. 28]. Ondanks hun legale status mag het gebruik van deze producten niet onderschat worden. Ook onder de algemene bevolking worden de gevolgen van het gebruik van legale middelen zoals alcohol en medicatie vaak onderschat. Het gebruik van deze middelen wordt beschouwd als minder risicovol (‘het zijn geen drugs’), dan het gebruik van illegale

middelen. In Antwerpen worden op het vlak van preventie reeds interessante initiatieven genomen: preventiewerkers van ‘VAGGA verslavingszorg’ richten hun pijlen in de eerste plaats op intermediairen uit diverse sectoren: onderwijs, overheid, werkgevers, jeugd- en sportverenigingen.



### Good practice

Het *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)* biedt via zijn website een bruikbaar overzicht van evidence-based strategieën voor universele preventie: [www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence](http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence). Het succes van preventiestrategieën hangt uiteraard samen met de specifieke doelstellingen ervan. De *Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD)* biedt op zijn site een evaluatie-instrument voor preventie aan. Het evaluatieplan is een hulpmiddel om te bepalen welke doelstellingen men wil evalueren en op welke manier dat dient te gebeuren: [www.vad.be/evidence-based-werken/instrumenten](http://www.vad.be/evidence-based-werken/instrumenten).

## 2.2 Cannabis

Cannabis is in bijna alle westerse landen het meest gebruikte illegale roesmiddel,<sup>13</sup> en dat is in de stad Antwerpen niet anders. Hoewel het gebruik van cannabis wettelijk gezien nog steeds strafbaar is gesteld (wanneer een meerderjarige in het bezit is van een kleine hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik – max. 3 gram of 1 geteelde plant – zal er bij vaststelling van bezit een vereenvoudigd proces-verbaal worden opgesteld. Als er sprake is van verzwarende omstandigheden of als de openbare orde verstoord wordt, wordt wel een proces-verbaal opgemaakt), beschouwen bijna alle gebruikers het als een maatschappelijk aanvaard en ‘normaal’ gebruik. Bij een aantal jonge en/of experimenterende gebruikers blijft het experimenteren met illegale

roesmiddelen beperkt tot cannabis. Ze gebruiken het met enkele vrienden, om samen te genieten of te ontspannen. Bij problematische gebruikers en ex-gebruikers heeft het cannabisgebruik doorgaans een andere functie. Het gebruik van cannabis is naar eigen zeggen vaak een strategie om het verlangen naar andere middelen (zoals cocaïne, heroïne, amfetamines) te temperen, en het (in hun ogen schadelijker gebruik ervan) in de hand te houden. Cannabis wordt vaak gebruikt door mensen die willen stoppen of minderen met heroïne, of die een methadonprogramma volgen. Panelleden stellen in de meer hoogdrempelige hulpverleningscentra een **stijging** vast van het aantal cliënten dat enkel cannabis gebruikt. Deze ‘onschuldige’ drug zou heel wat hulpvragen opleveren. Volgens de internationale wetenschappelijke literatuur kan het gebruik van dit product met stemmingsstoornissen als depressie, dysthyme en bipolaire stoornis samengaan.<sup>14</sup> Respondenten halen ‘apathie’ aan als kenmerkend voor cannabisgebruikers binnen de hulpverlening. Verschillende panelleden uit de (geestelijke) gezondheidssector wijzen op mensen, vaak jonge twintigers, met **psychoses** in combinatie met cannabisgebruik. Cannabis wordt door gebruikers vanuit alle lagen van de bevolking als een eerder onschuldig product gezien. Men beschouwt het als een drugs en kent zijn illegale status, maar onderschat de mogelijke verslavende gevolgen ervan. De **sociale acceptatie** van dit product ligt volgens respondenten nog iets hoger bij Antwerpse Marokkanen dan bij autochtonen, voor alcohol is dit net omgekeerd. Sleutelfiguren van ADIC geven aan dat hun cliënteel het gebruik van cannabis en alcohol de laatste jaren iets gemakkelijker problematiseert. Dit zou zowel het gevolg kunnen zijn van de voorlichting die ADIC zelf voorziet voor zijn cliënteel als van een veranderend maatschappelijk bewustzijn.

## 2.3 Heroïne, cocaïne en crack, amfetamines

### Heroïne

Onder gemarginaliseerde gebruikers blijft heroïne het belangrijkste product (na cannabis, alcohol en medicatie), hoewel **polydruggebruik** meer voorkomt dan het enkelvoudig gebruik van heroïne. De resultaten uit een onderzoek uit 2000 betreffende de inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen wezen overigens reeds in dezelfde richting.<sup>15</sup> Het gecombineerd gebruik van cocaïne en heroïne (d.i. snowball) komt geregeld voor. Heroïne wordt onder gemarginaliseerde gebruikers geïnjecteerd (*zie ook verder*) of gerookt (‘gechineesd’). Het verdelen van **methadon** zorgt voor rust in het leven van heroïnegebruikers. Een groot deel van deze mensen krijgt op deze manier kansen om zijn leven weer op te bouwen. Men moet niet langer op zoek naar geld en/of heroïne. De dag staat niet langer in het teken van gebruik. Methadon voorkomt ontwenningsverschijnselen, dit product werkt langer en minder heftig dan heroïne. Bij het nemen van methadon ervaart de gebruiker niet dezelfde ‘flash’ die men bij heroïne wel ervaart. Een aantal van de mensen die een methadonprogramma volgen, blijft wel heroïne bijgebruiken. Toch ervaren ook deze gebruikers meer rust in hun leven door toedoen van de methadonbehandeling. Het gebruik van heroïne hoeft niet meer iedere dag. Gebruikers die dankzij een methadonprogramma met heroïne kunnen stoppen, lijken het gebruikersmilieu te kunnen verlaten.

### Cocaïne en crack

Cocaïne is –zoals ook in de Monitor van 2007 werd vastgesteld – een populair middel onder geïntegreerde gebruikers. Dat soort gebruiker laat zijn frequentie van gebruik meer afhangen van zijn dagelijkse bezigheden of maandelijks

budget, hij/zij zorgt ervoor dat het gebruik geen negatieve impact heeft op de dagdagelijkse taken en verantwoordelijkheden (werk, gezin, kinderen, sociale rollen). In het jaarrapport van vzw ADIC uit 2009 wordt evenwel gewag gemaakt van een toename van het aantal (snuivende) cocaïnegebruikers dat zich voor een ontwenning aanmeldt.<sup>16</sup> Gemarginaliseerde gebruikers gebruiken ook graag cocaïne maar moeten hiervan meestal afzien uit financiële overwegingen. Mensen die enkel cocaïne gebruiken, vindt men binnen deze groep dus niet. Zij gebruiken nog steeds vaak heroïne. Onder gemarginaliseerde gebruikers komt het roken van cocaïne (‘basen’) vaker voor dan injecterend gebruik. Cocaïne wordt dan omgezet in ‘basecoke’ of ‘crack’, d.w.z. men kookt de cocaïne met ammoniak of maagzout. Het roken van crack zorgt voor een sneller en krachtiger effect van het product dan bij het snuiven. Bij cocaïnegebruik kan de high na een tijd omslaan in een neerslachtig gevoel. Bij het roken van cocaïne kan dat gevoel van neerslachtigheid groter zijn dan bij het snuiven. Gebruikers stellen dat **‘crack’** nu in Antwerpen kant-en-klaar wordt verkocht (*zie daarover hoofdstuk 3, p. 24*).

### Amfetamines

Het gebruik van amfetamines (‘speed’) lijkt in vergelijking met de monitor uit 2007 stabiel gebleven. In het **uitgaansleven** worden amfetamines gesnoven of als ‘bommetjes’ (in een vloeitje dichtgedraaid) ingenomen. Volgens community fieldworkers bestaat er in Antwerpen (buiten het uitgaansleven) een **apart milieu** van problematische amfetaminegebruikers. Deze scene is relatief gescheiden van de scene van gemarginaliseerde heroïne- of cocaïnegebruikers. Het gaat voornamelijk om Belgische gebruikers. Beide milieus kijken neer op elkaar en willen weinig of niets met elkaar te maken hebben. Gemarginaliseerde amfetaminegebruikers gebruiken vooral thuis (alleen of in groep), en vaak gaat het om injecterend gebruik.

## 2.4 Andere middelen

Naast de meest genoemde middelen, overlopen we nog een aantal andere roesmiddelen die op een veel kleinere schaal worden gebruikt.

### GHB

GHB (gamma-hydroxy-butyraat) lijkt farmacologisch op ketamine (zie hieronder) en werd oorspronkelijk als een anestheticum ontwikkeld. Het wordt om zijn ontspannende, kalmerende en seksueel stimulerende werking voor recreatieve doeleinden aangewend. GHB wordt vaak ‘vloeibare ecstasy’ genoemd, en daarom dikwijls onterecht met xtc verward. In de *Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor 2007* stelden we vast dat GHB in Antwerpen slechts sporadisch in het uitgaansleven en onder jongeren voorkwam. In de *Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs* werd het gebruik van GHB ook toegeschreven aan een beperkt aantal kleine groepen jongeren.<sup>17</sup> Een opvallende trend van de laatste jaren is dat drughulpverleners (uit eerder hoogdrempelige drughulpverlening) en justitie sinds 2007 een **duidelijke stijging** waarnemen in het gebruik van GHB. Meer gebruikers dienen zich aan voor een afhankelijkheidsproblematiek met GHB als hoofdproduct. Sleutelfiguren uit de drughulpverlening stellen vast dat het vaak aanmeldingen betreft van GHB-gebruikers uit de **Kempen**, waar het gebruik schijnbaar een modetrend is. In Antwerpen zelf komt het GHB-gebruik minder voor, maar de regionale rage zorgt voor een instroom in de stedelijke drughulpverlening. GHB wordt zelden of nooit op straatniveau aangeboden. Gebruikers kunnen het product aan de hand van recepten op het internet zelf aanmaken. **Overdosissen** doen zich – zo lezen we in de wetenschappelijke literatuur - vrij vaak voor bij GHB-gebruik, vooral wanneer het gecombineerd wordt met alcohol of andere verdovende middelen.<sup>18</sup>

## Opium

Het gebruik van opium komt voor in Antwerpen, maar op een heel beperkte schaal. Af en toe is zij beschikbaar, al zijn er weinig distributiekkanalen. Heroïnegebruikers vinden de effecten van opium te ‘zacht’ in vergelijking met heroïne. Opium wordt zelden of nooit gesignaleerd, en het gebruik ervan komt – als het al voorkomt - voor in **kleine, besloten gemeenschappen** (zoals bijv. onder een aantal Iraanse gebruikers).<sup>19</sup>

## Ketamine

Het gebruik van ketamine (‘Special K’) blijft een beperkt fenomeen. Het duikt af en toe eens op, onder jongeren in het uitgaansleven, of in het ‘amfetaminemilieu’, maar het verdwijnt vaak even snel als het verscheen. Het is zelden of nooit het hoofdproduct voor een gebruiker. Uit onderzoek naar ketaminegebruik in Nederland blijkt dat het gebruik van ketamine als een extraatje (‘voor speciale gelegenheden’) wordt beschouwd, en zelden op regelmatige basis wordt gebruikt. De psychedelische effecten van het middel bezorgen het product een zekere cultstatus in bepaalde scènes.<sup>20</sup> Panelleden hebben de indruk dat jongere mensen in het uitgaansleven het imago van dit middel minder goed kennen. Zij ervaren de effecten vooral als grappig en vinden het spannend om er eens mee te experimenteren.

## Steroïden

In de Antwerpse monitor van 2007 werd gewag gemaakt van het gebruik van anabole steroïden in sommige sportclubs in Antwerpen. Steroïden zijn prestatieverhogende middelen, vandaar hun populariteit binnen **sportieve milieus**. Anabole steroïden kunnen echter ook gebruikt worden als oppeppend genotsmiddel. Dit komt in Antwerpen in beperkte mate voor, voornamelijk binnen het ‘**amfetaminemilieu**’. Steroïden kunnen oraal inge-

nomen worden of geïnjecteerd. Het *Spuitenruilproject* binnen Free Clinic vzw heeft contacten met injecterende gebruikers van anabole steroïden.<sup>21</sup>

## Khat

Een ander middel dat slechts sporadisch opduikt, is ‘khat’. Khat of qat is de naam van de bladeren van de *Catha Edulis Forsk*. Deze plant wordt voornamelijk in Oost- en Midden-Afrika (bv. Jemen, Ethiopië, Somalië, Kenia, Oeganda) verbouwd. De bladeren worden gekauwd en bevatten de stoffen cathinone, cathine en norephedrine die verwant zijn aan amfetamines. Khat heeft net als amfetamines een stimulerend effect, maar is minder sterk. Het vergroot de alertheid, veroorzaakt een lichte vorm van euforie en vermindert het gevoel van honger en vermoeidheid. Het gebruik van khat komt in Antwerpen slechts zelden voor. Dat heeft ongetwijfeld te maken met de beperkte houdbaarheid van het product: na de oogst kan khat amper 72 uur worden bewaard, na 48 uur dalen de kwaliteit en de potentie van de khatbladeren al. De politie heeft het product de laatste jaren enkele keren in beslag genomen. Als het gebruik van khat al wordt vastgesteld, dan bijna uitsluitend in Oost-Afrikaanse milieus.<sup>22</sup>

## Mephedrone

Mephedrone (straatnaam MEP) is een psychoactieve stof, ook bekend als 4-methylmethcathinone (4-MMC). Het product produceert stimulerende en entactogene effecten (i.e. gevoelens van verbondenheid, openheid...), vergelijkbaar met die van stoffen als MDMA en cocaïne. Het product wordt ingenomen als ‘bommetje’ (poeder in een vloeitje gedraaid) of gesnoven. Op vrijdag 3 december 2010 besliste de Europese Commissie mephedrone te verbieden in de hele Europese Unie. In België werd mephedrone in april 2010 toegevoegd aan de lijst van psychotrope stoffen door middel van wijziging van het KB van 22 januari 1998 houdende regeling van sommige psychotrope stoffen en betreffende risicobeperking en

therapeutisch advies.

Slechts één sleutelfiguur en één community fieldworker, beiden met zicht op jongeren, erkennen het voorkomen van mephedrone en andere nieuwe synthetische drugs in Antwerpen. Synthetische of designer drugs zijn middelen waarbij geen natuurlijke stoffen gebruikt worden en die in een laboratorium gemaakt worden, MDMA (of ecstasy) en mephedrone zijn tegenwoordig de meest genoemde voorbeelden. In de *Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs* (AMJAD, 2009) werd vastgesteld dat mephedrone in periodes onder jongeren circuleert. Mephedrone wordt zowel tijdens het uitgaan als buiten de uitgaanscontext gebruikt en wordt voornamelijk door dealers in het uitgaansleven verkocht, al wordt het ook via internet besteld. De productkennis van jongeren over deze producten (mephedrone en andere designer drugs) is echter beperkt.

## Andere

Producten zoals **paddo's** (verzamelnaam voor verschillende soorten paddestoelen die de werking van het bewustzijn beïnvloeden), **lsd** of **snuifmiddelen** komen slechts sporadisch voor. Deze producten worden als ‘recreationele drugs’ beschouwd en worden voornamelijk af en toe gebruikt door jonge gebruikers (-25 jaar). Ze worden ook niet op straatniveau aangeboden.



### HOOFDSTUK 3:

## Kenmerken van de lokale drugsmarkt(en)

*In deze rubriek bespreken we een aantal kenmerken van de lokale drugsmarkt(en) in Antwerpen. Eerst presenteren we onze bevindingen inzake de beschikbaarheid (of verkrijgbaarheid) van een aantal producten (§3.1). Vervolgens gaan we in op de mogelijke beschikbaarheid van rookbare cocaïne ('basecoke' of 'crack') in Antwerpen (§3.2). We bespreken de beschikbare gegevens inzake de lokale prijzen (§3.3) en de kwaliteit van illegale middelen (§3.4). In §3.5 beschrijven we de meest in het oog springende verkoopstrategieën, in §3.6 het drugstoerisme. Ten slotte gaan we in op de functie van een aantal ontmoetingsplaatsen, waarvan het De Coninckplein een symbolisch geladen voorbeeld blijft (§3.7). We bekijken de effecten van een aantal ad hoc acties die de stad Antwerpen op deze plekken heeft ondernomen met het oog op het terugdringen en beter beheersen van drugsoverlast, drughandel en drugsgerelateerde criminaliteit (§3.8).*

### 3.1 Beschikbaarheid

Een algemene vaststelling blijft dat de klassieke illegale roesmiddelen, m.n. cannabis, cocaïne, heroïne en amfetamines, gemakkelijk – en op straat - beschikbaar zijn voor wie er doelbewust naar op zoek gaat. De meeste lokale gebruikers kennen de dealers of hun loopjongens. Zowel gebruikers als verkopers zijn vaak erg 'streetwise': ze hebben voldoende kennis ontwikkeld over de lokale drugsmarkt(en), en vinden telkens opnieuw makkelijk hun weg naar elkaar. Ook ervaren gebruikers die van elders naar de stad Antwerpen afzakken, vinden makkelijk en snel een bevoorradener, via lokale gebruikers, via dealers die spontaan hun waar aanbieden, of op basis van hun eigen praktijkkennis. Een aantal andere producten is niet makkelijk via straatdealers te krijgen. Typische 'uitgaansdrugs', zoals MDMA ('ecstasy') of ketamine, zijn in discotheken, cafés, etc. te vinden, maar worden minder via andere kanalen (straatdealers, vzw's, dealpanden, etc.) aangeboden. Andere producten, zoals khat of opium, kunnen enkel in bepaalde kringen

verkregen worden, vaak gelinkt aan de landen waar deze producten vandaan komen. Diverse respondenten en buurtbewoners getuigen dat cannabis nu meer openlijk wordt verhandeld op het De Coninckplein dan een aantal jaren geleden, ondanks de schoonmaakoperaties van de politie. Cannabis wordt verkocht door Afrikaanse verkopers, maar de laatste tijd ook steeds meer door 'nieuwkomers'. Voor illegalen is het een overlevingsstrategie om in het eigen onderhoud te kunnen voorzien [\[zie daarover ook hoofdstuk 5, p. 61\]](#).

### 3.2 Crack in Antwerpen

Tot voor een aantal jaren was rookbare cocaïne (freebase cocaïne, 'gecleande' of 'gekookte' coke, crack) in Antwerpen (of elders) niet in kant-en-klare vorm verkrijgbaar. Omtrent crack is in België weinig of geen wetenschappelijk materiaal beschikbaar, maar volgens het *Belgian National Report on Drugs* van 2009 van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) wordt crack in België zelden

verkocht.<sup>23</sup> In november en december 1993 werden in de Brusselse Matongewijk enkele 'laboratoria' ontdekt waar crack werd vervaardigd, maar nadien werd bijna geen melding meer gemaakt van gebruik of productie van crack. Onder zulke omstandigheden moeten gebruikers dus zélf poedercocaïne (cocaïne hydrochloride) omzetten naar een rookbare vorm (freebase cocaïne), door het product te koken met ammoniak of maagzout. Nu zijn er een aantal aanwijzingen die doen vermoeden dat **kant-en-klare rookbare cocaïne ('crack')** in beperkte mate op de lokale markt wordt aangeboden. Bij de uitvoering van de *Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs* in 2009 rapporteerden gebruikers al dat crack tijdelijk (gedurende een aantal maanden) beschikbaar was. Nu (i.e. in 2010) zeggen gebruikers dat er ondertussen een beperkt maar stabiel aanbod is van kant-en-klare rookbare cocaïne door 'Surinamers', op en rond het De Coninckplein. Dit vermoeden lijkt te worden bevestigd door de vaststelling dat de Antwerpse politiediensten de laatste jaren bij een aantal gelegenheden 'crack' in beslag hebben genomen. Ten slotte geven de medewerkers van de 'Spuitenpatrouille' (SPAT) van Free Clinic vzw aan dat zij de laatste tijd méér basepijpjes (en minder ammoniak) hebben gespot op een aantal semiopenbare plaatsen in de stad, wat het vermoeden van een toename in de beschikbaarheid van rookbare cocaïne versterkt. Gebruikers die het product eerst zelf moeten klaarmaken, gebruiken het product wellicht meer thuis dan op semiopenbare plaatsen. Het is belangrijk om te benadrukken dat de beschikbaarheid van kant-en-klare rookbare cocaïne op de Antwerpse lokale markt (nog) geen proporties aanneemt die vergelijkbaar zijn met steden en regio's (Amsterdam, Rotterdam, Parijs, etc.) in de omringende landen. Tot op heden komt in Antwerpen de praktijk van het zelf omzetten van poedercocaïne naar rookbare cocaïne door gebruikers vaker voor dan het verkopen van kant-en-klare porties door dealers. Desalniettemin verdient deze vaststelling de nodige aandacht. Of het al dan niet om een tijdelijk en beperkt modeverschijnsel gaat, dan wel om het

begin van een nieuwe, belangwekkende trend moet nog worden bevestigd. Momenteel zijn er **te weinig gegevens** beschikbaar om het fenomeen voldoende te documenteren. Als de beschikbaarheid van kant-en-klare rookbare cocaïne op de lokale markt toeneemt, dan betekent dat dat gebruikers per definitie geen controle meer over de productie van het middel hebben. Eén en ander betekent ook dat er meer nood is aan schadebeperkende informatie omtrent het gebruik van rookbare cocaïne. In de internationale literatuur zijn aanwijzingen te vinden dat kant-en-klare verkochte crack meer schadelijke stoffen bevat (o.m. phenacetine, een potentieel schadelijk product voor de nieren).<sup>24</sup> Een ander nadeel van het feit dat gebruikers kant-en-klare rookbare cocaïne kunnen kopen, is dat ze minder pauzes nemen tussen de verschillende base-sessies (om zélf hun cocaïne in crack om te zetten). Dit geeft de longen minder rust en doet het risico op schadelijke gevolgen toenemen. Het *Spuitenruilproject* raadt gebruikers aan om, bij het omzetten van poedercocaïne, maagzout te gebruiken in plaats van ammoniak, omdat dat laatste schadelijker is voor de longen.

### 3.3 Prijzen

De beschikbaarheid van roesmiddelen hangt samen met de prijs die de gebruiker ervoor dient te betalen. In de onderstaande tabel presenteren wij de marges waartussen de prijzen voor verschillende roesmiddelen op de Antwerpse markt schommelen. In vergelijking met de *Antwerpse Drugs- en Alcoholmonitor* in 2007 werden weinig of geen opvallende wijzigingen vastgesteld.

| Producten                | ADAM I<br>Prijs<br>(per gram) | ADAM II<br>Prijs (per<br>gram) |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Heroïne                  | 10-20 euro/<br>gram           | 10-30 euro/<br>gram            |
| Cocaïne                  | 40-50 euro/<br>gram           | 20-50 euro/<br>gram            |
| Crack                    | -                             | +/- 25 euro/<br>gram           |
| Amfetamines<br>(‘speed’) | 9-10 euro/<br>gram            | 10 euro/gram                   |
| Weed                     | 7-10 euro/<br>gram            | 7-10 euro/<br>gram             |
| Hasj                     | 8 euro/gram                   | 5-10 euro/<br>gram             |
| xtc (pil)                | 3-5 euro/pil                  | 3-10 euro/pil                  |
| MDMA (poeder)            | 12,5 euro/<br>gram            | -                              |
| Opium                    | 15-25 euro/<br>gram           | -                              |
| Diazepam (Valium)        | 1-1,5 euro/pil                | 0,5 - 2 euro/<br>pil           |
| Bromazepam<br>(Lexotan)  | 1-1,5 euro/pil                | 0,5 - 2 euro/<br>pil           |
| Rohypnol                 | 1-1,5 euro/pil                | 0,5 - 2 euro/<br>pil           |
| Methadon                 | 5-10 euro/<br>potje           | 5-10 euro/<br>potje            |
| Subutex                  | 0,5-2 euro/pil                | 0,5 – 2 euro/<br>pil           |
| Khat                     | 5-7 euro/<br>bosje            | 5 –10euro/<br>bosje            |

Eén en ander suggereert dat de prijzen voor diverse roesmiddelen op de Antwerpse lokale markt **vrij stabiel** zijn gebleven (maar ook niet ‘geïndexeerd’, i.e. gestegen conform de indexering van andere goederen en diensten). Daarnaast merken we op dat deze gegevens vooral gebaseerd zijn op inschattingen van panelleden (die vaak toegeven de exacte prijzen niet te kennen) en community fieldworkers. Bovendien hangt de prijs die een individuele gebruiker betaalt,

af van de hoeveelheid die hij/zij koopt (grotere hoeveelheden worden tegen lagere prijzen per gram of per pil verkocht), de persoonlijke relatie met de verkoper, het type verkoper (thuisdealers hanteren vaak hogere prijzen dan straatdealers), de (beweerde) kwaliteit van het product, de variëteit (bij cannabis), etc. Soms worden middelen niet verkocht, maar onder gebruikers verruild voor andere diensten, goederen of roesmiddelen (benzodiazepines bijv.). Daarnaast is het nooit zeker of een gebruiker daadwerkelijk de hoeveelheid bekommt die hem wordt voorgespiegeld: zo krijgt de gebruiker de facto 0,6 of 0,7 gram voor ‘een gram’ cocaïne.

### 3.4 Kwaliteit

Over de kwaliteit van illegale roesmiddelen op de lokale Antwerpse markt kan weinig of niks met wetenschappelijke stelligheid worden beweed. Er zijn **geen betrouwbare wetenschappelijke data** voorhanden. Veel panelleden, en gebruikers in het bijzonder, veronderstellen dat de illegale roesmiddelen met het oog op winstmaximalisatie door de verkopers versneden worden (cocaïne, heroïne, amfetamines) of vervuild (cannabis) zijn. Deze veronderstellingen zijn echter vooral gebaseerd op verhalen van anderen, subjectieve interpretaties van eigen fysieke ervaringen en persoonlijke inschattingen van de betrouwbaarheid van bepaalde types van verkopers (‘kwaliteitsdealers’ versus ‘bedriegers’). Gebruikers die minder vertrouwd zijn met de lokale drugscene (drugstoeristen uit binnen- en buitenland) zijn vaak kwetsbaarder, omdat zij hun toevlucht nemen tot de meer zichtbare verkoopkanalen (straatdealers en/of dealpanden), en meer het doelwit vormen van pogingen tot bedrog. Noch gebruikers, noch panelleden beschikken over betrouwbare informatie inzake zuiverheid, sterkte en kwaliteit van de illegale roesmiddelen. Zodoende wordt de slechte kwaliteit of onzuiverheid van bepaalde stalen pas duidelijk vastgesteld wanneer er iets fout loopt.



#### Good practice

In de **Franstalige Gemeenschap** test *Modus Vivendi* zowel on site als in het laboratorium mid-delen. De resultaten worden onmiddellijk meege-deeld aan de gebruiker.<sup>26</sup> Een evaluatie van het project in 2005 door VZW Promes en het Institut de Santé Publique (ULB) wees uit dat pill-testing leidt tot meer verantwoordelijkheidszin bij gebruikers. In het buitenland zijn tal van projecten opgestart rond het testen en analyseren van illegale midde-len. In **Nederland** worden illegale middelen op hun samenstelling geanalyseerd via het *Drugs Informa-tie en Monitoring Systeem (DIMS)*.<sup>27</sup> In Frankrijk verzamelt men via het *Système d’Indentification National des Toxiques et Substances* (SINTES) stalen op het terrein en in hulpverleningscentra. In **Zwitserland** hanteert men zowel mobiele als vaste laboratoriumtesten (www.Safeparty.ch).<sup>28</sup> Ook andere initiatieven in **Oostenrijk** en **Duitsland** werden positief geëvalueerd.<sup>29</sup>



#### Good practice

Het Early Warning System (EWS) is een Europees systeem met een driedelige doelstelling: het tot stand brengen van een snelle uitwisseling van informatie over nieuwe psychoactieve stoffen, de mogelijkheid bieden om de risico’s van deze pro-ducten te evalueren en de mogelijkheid scheppen om, waar nodig, controlemaatregelen te treffen. Het EWS-netwerk is bedoeld voor professionals die (on)rechtstreeks in contact komen met drug-gebruikers. Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) fungeert als focal point op federaal niveau; de Vereniging voor Alcohol- en an-dere Drugproblemen (VAD) is verantwoordelijk voor de communicatie van *early warning*-boodschappen van en naar het netwerk van professionele interme-diaires in Vlaanderen. Organisaties en centra die de *early warning*-boodschappen willen ontvangen, kunnen zich inschrijven op de website: http://ews.druglijn.be/nl-be/wat-is-ews/home-114.aspx.

### 3.5 Verkoopstrategieën

Hieronder bespreken we de verschillende verkoopstrategieën die het vaakst worden beschreven door panelleden en community fieldworkers. Dit overzicht is per definitie niet exhaustief: het betreft de meest opgemerkte of zichtbare strategieën. Vooraf dient opgemerkt dat lokale politieacties doorgaans aanleiding geven tot tijdelijke of meer permanente wijzigingen in de verkoopstrategieën van dealers, en verschuivingen van dealplekken en ont-moetingsplaatsen voor gebruikers *[zie daarover verder, §3.6]*.

#### Straatdealers

Het meest opvallend zijn de dealers die zichtbaar op straat rondhangen (straatdealers). Straatdealers verkopen cocaïne en heroïne in kleine hoeveelheden. Hoewel de gebruikers deze dealers nogal wantrouwen en ze als ‘afzetters’ beschouwen, kopen velen, vooral gemarginaliseerde gebruikers, toch bij ze. De redenen hiervoor zijn dat de transactie onmiddellijk plaats heeft en dat men kleine hoeveelheden (0,5 of 1 gram) tegen lage prijzen kan kopen. Nieuwe gebruikers die in Antwerpen hun weg nog niet kennen, komen vaak bij deze dealers terecht. Een aantal van deze straatdealers, vaak jonge illegale Noord-Afrikanen, overleeft in erbarmelijke omstandigheden. Van hun verkoop worden ze niet rijk. Ze lopen het risico zelf afhankelijk te worden. Na verloop van tijd wordt dealen voor sommigen een manier om in het eigen gebruik te voorzien. Deze dealers worden af en toe gearresteerd, velen raken in de gevangenis. Voor de politiediensten is het opsporen en arresteren van deze dealers dweilen met de kraan open. Andere dealers nemen snel de vrijgekomen plaats op de markt in. Dealers zonder geldige verblijfspapieren beginnen na hun vrijlating meestal gewoon opnieuw. Zij hebben immers niets te verliezen, en drugs verkopen lijkt ze één van de weinige manieren om aan geld te komen. De meeste respondenten spreken over een duidelijke groei van het aantal illegale Noord-Afrikaanse straatdealers in Antwerpen.

## Vzw's

In Antwerpen zijn tal van Turkse en Marokkaanse vzw's actief, zowel in het centrum als in de districten. Sommige vzw's worden met het dealen van cannabis en cocaïne in verband gebracht. Deze vzw's zijn vergunningsplichtig en kunnen bijgevolg relatief snel door de politiediensten worden opgespoord en verzegeld. Er duiken evenwel heel snel nieuwe vzw's op andere locaties op. Daarnaast ontmoeten kopers en verkopers elkaar soms in een vzw, terwijl de vzw zelf helemaal niet bij drugshandel betrokken is. Daarbij dient tevens opgemerkt dat het merendeel van de Turkse en Marokkaanse vzw's helemaal niks met drugshandel te maken heeft, en dat de Marokkaanse en Turkse gemeenschappen in Antwerpen zelf vragende partij zijn om streng op te treden. De praktijken van sommige vzw's bezorgen ook de andere vzw's onterecht een kwalijke reputatie.

## Mobiele (GSM-)verkopers

In de meeste gevallen kopen gebruikers bij een vaste dealer die per gsm kan worden opgebeld. Deze verkoopsstrategie valt minder op, maar komt heel vaak voor. Langdurige gebruikers hebben vaak een vaste dealer, omdat het ze het gevoel geeft meer zekerheid te hebben over de juiste hoeveelheid. Er worden via dit kanaal meestal grotere hoeveelheden (1, 5, 10 gram) gekocht, dan bij straatdealers. De verkopers zijn voornamelijk van Turkse of Marokkaanse afkomst. Marokkanen zijn dikwijls jong (20-35 jaar) en verkopen vooral heroïne, maar ook cocaïne. Turkse verkopers hebben veelal enkel heroïne bij zich, en zijn vaak iets ouder (40-50 jaar). Koper en verkoper spreken per telefoon af waar ze elkaar zullen ontmoeten, en dat kan eender waar in de stad zijn. De verkoop kan ter plekke gebeuren, of de een wordt met de wagen opgepikt door de ander, waarna ze een eindje met elkaar gaan rijden. Na de verkoop zet de bestuurder de passagier weer af. Vaker nog verplaatst de verkoper zich te voet, of met de fiets. Sommige verkopers leveren **aan huis**. Een belangrijk aandeel van de verkoop aan drugtoeristen

gebeurt vanuit de wagen. Zowel koper als verkoper zijn dan met de wagen en spreken af op een plek in de buurt van Antwerpse op- en afritten.

## Thuisdealers

Soms worden gebruikers bij hun vaste dealer thuis ontvangen, eventueel na een telefonische afspraak. Deze dealers laten de gebruikers naar hen toe komen, en duiken zelf niet in het straatbeeld op. Dit veronderstelt tussen koper en verkoper een vertrouwensband. Deze verkopers hebben – omwille van de inherente risico's – doorgaans een kleiner klantenbestand. In het amfetaminemilieu wordt doorgaans op deze manier gewerkt. Amfetamines zijn in Antwerpen bijgevolg minder makkelijk te verkrijgen in vergelijking met heroïne en cocaïne: het gaat om een gesloten milieu met een beperkt aantal verkopers en gebruikers, die elkaar kennen. Verkopers van amfetamines ('speed') zijn meestendeels thuisdealers, ze verkopen niet of uitzonderlijk op straat. Deze thuisdealers gebruiken meestal zelf ook amfetamines en sporadisch heroïne. Er zijn ook thuisdealers actief die cocaïne en heroïne verkopen, maar dat komt minder voor. Vooral geïntegreerde gebruikers en drugtoeristen maken van dit kanaal gebruik: ze vallen minder op, en bieden in hun ogen vaak betere kwaliteit aan. Thuisdealers zijn voornamelijk Belgen. Ze zijn actief in alle delen van de stad.

## Onderlinge handel onder gebruikers

Het komt vaak voor dat druggebruikers (mannen en vrouwen) onderling op kleine schaal dealen. Dit is vooral het geval bij psychoactieve medicatie. Lexotan, Valium, Rohypnol en methadon zijn populaire producten. De verkoop ervan situeert zich voornamelijk op en rond het De Coninckplein [zie verder, §3.7]. Gebruikers zoeken huisartsen of apothekers op die gemakkelijk te overtuigen, te intimideren of te beliegen zijn, en verwerven zo geneeskundige voorschriften. Pillen worden op straat per stuk, per strip of per doos (door)verkocht. Soms

worden er ongebruikte voorschriften verkocht of gratis aangeboden.

Ook **methadon** wordt volgens de community fieldworkers op straat verhandeld, hoewel de koper vaak niet kan achterhalen om welke dosis het precies gaat. Methadon wordt doorgaans verkregen via (drug)hulpverleningsinstellingen en voorschriften van huisartsen. De verstrekking ervan is nochtans laagdrempelig en het is veel goedkoper dan op de zwarte markt. Verondersteld wordt dat de afnemers van deze methadon voornamelijk mensen zonder papieren zijn die de stap naar de methadonprogramma's niet zetten. Verder zijn er gebruikers die om allerlei redenen geen contact willen met hulpverlening of de noodzaak ervan niet inzien [zie hoofdstuk 5, p. 49]. Sommige gebruikers, die werden geadviseerd om niet via een methadonprogramma af te bouwen, zoeken op de zwarte markt methadon in plaats van zich tot een andere hulpverleningsinstelling te wenden.

## 3.6 Drugtoerisme

In het rapport van de *Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor* van 2007 wezen we op het groeiende fenomeen van (Frans) drugtoerisme in Antwerpen. Dankzij de inzet van de lokale drugrecherche lijkt het fenomeen van het drugtoerisme in 2010 sterk teruggedrongen. Franse drugtoeristen zoeken nu meer en meer andere (Belgische) steden op. Toch zoeken ook nu nog drugtoeristen uit Frankrijk, West- en Oost-Vlaanderen, Limburg, de Kempen en Franstalig België de stad op. Het aanbod van cocaïne en heroïne in Antwerpen heet groot te zijn, vrij goedkoop en van goede kwaliteit. Over de ontmoetingsplaatsen tussen drugtoeristen en verkopers bestaat geen eenduidigheid, maar op- en afritten van autowegen (vooral in Berchem, Borgerhout en Kiel/Hoboken) en de buurten rond de twee grootste stations (Antwerpen-Centraal en Antwerpen-Berchem) worden nog steeds vaak genoemd.

## 3.7 Ontmoetingsplaatsen voor druggebruikers

Naast de plekken waar gebruikt wordt, zijn er in de stad Antwerpen verschillende ontmoetingsplaatsen waar gebruikers elkaar terugvinden. Het De Coninckplein is daarvan het iconisch voorbeeld, maar de stad Antwerpen telt tal van zulke plekken. Niet alle gebruikers trekken ernaartoe (veel gemarginaliseerden verblijven bij andere gebruikers thuis), en de plekken dienen meer als ontmoetingsplek dan om er samen (alcohol, cannabis en medicatie) te gebruiken. Deze ontmoetingsplekken hebben belangrijke **sociale functies**: ze worden vooral gefrequenteerd door eenzamen op zoek naar 'lotgenoten' en sociaal contact, en door mensen die tijdelijk op zoek zijn naar een plaats om te overnachten. Door de reputatie van deze plekken worden nieuwe en 'verborgen' gebruikers binnen de scene op zoek naar 'oplossingen' aangetrokken.

Een studie naar aanleiding van de verhuis van Free Clinic vzw van het De Coninckplein naar de Schijnpoortweg wees aan dat 30% van de bevroegden ook het plein bezoeken als ze geen afspraak hebben op Free Clinic. Ze doen dat naar eigen zeggen vooral met het oog op sociale contacten met anderen. In dezelfde studie geven regelmatige bezoekers aan dat ze niet van plan zijn om na de verhuis van Free Clinic minder naar het plein te komen.<sup>30</sup> Kennis van deze ontmoetingsplaatsen biedt mogelijkheden om deze gebruikers aan te spreken, bijvoorbeeld via **peersupport initiatieven**. Informatie en kennisoverdracht tussen gebruikers onderling kunnen een belangrijk aanknopingspunt voor informatieverspreiding naar moeilijk bereikbare groepen (bv. illegale druggebruikers) vormen.

### Het De Coninckplein: een heterogeen publiek

Het De Coninckplein blijft – zowel voor gebruikers als voor observatoren – een plek die automatisch met het lokale drugsfenomeen en met overlast wordt



geassocieerd. Het De Coninckplein is een belangrijke ontmoetingsplaats voor een bijzonder heterogeen publiek. Het plein wordt vaak bezocht door oudere gebruikers (dertigers en veertigers) die een lange geschiedenis van intensief heroïne-, cocaïne- en/of amfetaminegebruik hebben gekend. Deze groep omvat vooral Belgische en Marokkaanse gebruikers. Veel van deze gebruikers zijn ingeschreven in een methadonprogramma (op basis van een onderhoudsdosis), en trachten hun gebruik te temperen of ermee te stoppen. Ze gebruiken momenteel vaak alcohol, cannabis en geneesmiddelen. Veel van hen zijn cliënt of ex-client van Free Clinic vzw, De Sleutel en/of andere drughulpverleningsinstellingen. Ze kennen de drughulpverlening, hebben er (meermaals) contact mee (gehad). Sommigen van hen koesteren ten aanzien van de hulpverlening weinig illusies: zij vinden ‘dat men ons toch niet kan helpen’. Ze hebben niet steeds een langdurig contact met de drughulpverleningscentra: zij verbreken tijdelijk het contact, zoeken hun heil wel eens bij een huisarts, maar kloppen opnieuw aan ‘als de nood hoog is’. De laatste jaren wordt het plein vaker gefrequenteerd door mensen van diverse afkomst (heel wat verschillende nationaliteiten). Onder hen bevinden zich veel illegalen, Noord-Afrikanen en Oost-Europeanen. Wie in de eerste plaats met een alcoholprobleem kampt, voelt zich om die reden niet aangesproken door de drughulpverlening. Anderen zoeken geen contact met de drughulpverlening omdat ze er in principe niet geholpen kunnen worden. Zowel de drughulpverleners als de straathoekwerkers hebben minder contacten met de (nieuwe) groepen op het plein *[zie daarover ook hoofdstuk 5, p. 56]*. Op en rond het De Coninckplein bevinden zich verschillende Afrikaanse cafés. Die worden vooral ‘s avonds en ‘s nachts door Afrikanen bezocht. Door de jaren heen kwamen meer en meer Afrikaanse asielzoekers zich in Antwerpen vestigen. Zij vonden moeilijk werk, konden in de buurt van het De Coninckplein goedkope woningen huren, en namen zelf het initiatief om in deze buurt cafés en winkeltjes te openen om in hun levensonderhoud te

voorzien. Naast een economisch-commerciële functie vervulde het De Coninckplein voor deze Afrikanen een belangrijke sociale rol. Op het De Coninckplein ontmoeten ze elkaar. Er wordt informatie over de toestand in het thuisland uitgewisseld en over hoe in Antwerpen te (over)leven. Bovendien werden Belgische ondernemers ontmoedigd door de negatieve en stereotyperende beeldvorming over de buurt rond het plein. Het plein lokt –door zijn reputatie- nog steeds mensen die minder met de lokale Antwerpse scene vertrouwd zijn (drugstoeristen en gebruikers die nog niet lang in de stad verblijven). Gebruikers die de lokale scene wel goed kennen, bevoorraden zich bij voorkeur niet op of rond het plein (tenzij het geneesmiddelen, cannabis of eventueel rookbare cocaïne betreft), maar ontmoeten verkopers elders in de stad. Zij komen zich via de dealers in de straten rond het De Coninckplein (o.m. de Handelsstraat) bevoorraden. Doorwinterde gebruikers die met de Antwerpse scene(s) meer vertrouwd zijn, komen er hooguit overdag medicatie of cannabis kopen, maar weten dat het risico op een ‘rip-off’ of middelen van ‘slechte kwaliteit’ er te groot is.

### Het De Coninckplein: verschillende functies

Het De Coninckplein wordt –deels terecht – geassocieerd met (drug)overlast. Belangrijk is evenwel om in het maatschappelijke en politieke debat over mogelijke oplossingsgerichte strategieën rekening te houden met het feit dat het plein - net zoals andere ontmoetingsplaatsen in de stad Antwerpen - voor de bezoekers (die als oorzaak van overlast worden gepercipieerd) verschillende functies vervult. Deze zijn niet te reduceren tot de informele economische activiteiten (consumptie en handel). Bijzonder belangrijk is de vaststelling dat deze ontmoetingsplekken ook op emotioneel, psychologisch en sociaal vlak belangrijke betekenis hebben voor de gebruiker. Het De Coninckplein wordt wel eens de ‘Boulevard of Broken Dreams’ genoemd. Gebruikers zoeken er troost bij elkaar, brengen er samen de dag door

en ontmoeten er lotgenoten (i.e. niet noodzakelijk ‘vrienden’, maar mensen die in hetzelfde schuitje zijn beland). Een community fieldworker noemde het plein een ‘openluchtcafé’. De gebruikers die er komen, kampen met grote eenzaamheid en hebben amper andere contacten dan met de kennissen van het plein. Deze groep van (doorgaans wat oudere) Belgische en Marokkaanse gebruikers maken vooral overdag van het plein gebruik; tegen de avond (19 à 20 uur) zoeken zij andere oorden op. Omgekeerd, als druggebruikers écht willen stoppen, vermijden ze doorgaans het plein, omdat ze er met andere gebruikers geconfronteerd worden. Slechts enkele bezoekers van het De Coninckplein zijn dakloos, maar velen van hen leven in een weinig kwaliteitsvolle woning, waar het onaangenaam vertoeven is. De slechte huisvesting van veel druggebruikers drijft hen de straat op. Anderzijds vervult het De Coninckplein ook een functie voor mensen die op onregelmatige tijdstippen en tijdelijk dakloos zijn (‘verborgen daklozen’) *[zie ook hoofdstuk 4, p. 45]*. Zij zoeken op het plein een kennis bij wie ze eventueel kunnen overnachten, om de nacht niet op straat of in een nachtopvangcentrum te hoeven doorbrengen. Er is slechts een beperkt aantal alternatieven voor dit plein als ontmoetingsplaats voor gemarginaliseerde groepen. Het vrijwilligersinitiatief ‘t Vlot richt zich speciaal op bijzonder gemarginaliseerde mensen die dakloos zijn of mensen die verslaafd zijn aan drugs, en biedt hen twee namiddagen per week een woonkamer aan waar ze voor een kop koffie en een luisterend oor terecht kunnen. De *Bond Zonder Naam* richtte het vrijwilligersinitiatief ‘*Café zonder Bier*’ op. Het wil voor eenzame mensen in de stad een ontmoetingsplaats zijn en richt zich vooral tot generatiearmen. Deze initiatieven vormen slechts een beperkt alternatief voor het plein. Het is een opvallende vaststelling dat het aantal bezoekers van het plein toeneemt in de namiddag en tijdens het weekend: de momenten waarop de twee Antwerpse inloopcentra gesloten zijn. Het De Coninckplein is daarnaast een plek waar roesmiddelen worden gebruikt. Op het plein zelf wordt vooral cannabis, alcohol en medicatie geconsumeerd. Het gebruik van andere middelen (cocaïne, heroïne,

amfetaminen) op het plein zélf wordt –ook door de meeste gebruikers- niet getolereerd. Wie het wel probeert, wordt er door andere gebruikers op aangesproken. Gebruik van deze roesmiddelen vindt eerder plaats op semiopenbare plekken. Overdag is het De Coninckplein een belangrijke zwarte markt voor medicatie (voornamelijk benzodiazepines). Gebruikers die voorschriften hebben verkregen, kopen geneesmiddelen en verkopen ze per pil (1 of 2 euro) aan andere gebruikers. Het is eerder een ‘gesloten markt’, waarbij de functies van verkoper en koper onderling inwisselbaar zijn: wie de ene dag pillen kan verkopen, moet misschien de andere dag zelf op zoek naar pillen. Daarnaast wordt op het plein zelf ook cannabis verkocht, door Afrikaanse verkopers en de laatste tijd ook steeds meer door ‘nieuwkomers’. Voor illegalen en Oost-Europeanen is het dan vaak een overlevingstrategie om in het eigen onderhoud te kunnen voorzien. Op en rond het De Coninckplein wordt ook cocaïne en heroïne verkocht, maar er is een groot verschil tussen de dag en de nacht. Overdag houden de (vaak illegale, Marokkaanse) dealers zich op in de straten rond het plein (o.m. de Handelsstraat), ze begeven zich zelden tussen de andere bezoekers op en rond de bankjes op het plein. De verkoop van illegale drugs, zoals cocaïne, rookbare cocaïne en heroïne, speelt zich veeleer in de omliggende straten (Handelstraat, Diepestraat, Sint-Elisabethstraat, Gasstraat) af, en bij uitbreiding op verschillende plaatsen in Antwerpen-Noord. ‘s Avonds en ‘s nachts wordt er meer op het plein zelf verkocht, als het dealen in de omliggende straten ophoudt.

### 3.8 Ad hoc acties gericht op overlast

Tussen mei 2007 en februari 2011 nam de stad Antwerpen reeds verschillende initiatieven om de drugsoverlast in bepaalde buurten en het publiek dat het De Coninckplein frequenteert, aan te pakken. Deze ad hoc acties (met codenamen Fortuna, Minerva, Romeo, Mars en Cara) steunden vooral op



gecoördineerde inspanningen van politiediensten en het parket. Zij richtten zich in de eerste plaats op het terugdringen en beter beheersen van alcohol- en drugsoverlast, drughandel en drugsgerelateerde criminaliteit. Mensen die gedragingen stelden die onder de noemer ‘drugoverlast’ vallen, werden administratief aangehouden. De politie viel binnen bij een aantal vzw’s waarvan men vermoedde dat er illegale middelen werden verkocht. Het De Coninckplein is een aantal keer afgezet door de politie, en iedereen op het plein werd gecontroleerd aan de hand van zijn identiteitsgegevens. Gedurende bepaalde periodes werd een mobiel commissariaat in de Diepestraat geplaatst.

Artikel 119bis van de Gemeentewet laat de gemeenteraad toe reglementen op te stellen die het mogelijk maken ‘overlast’ en kleine overtredingen te bestraffen met geldboetes van maximum € 250, de zogenaamde **Gemeentelijke Administratieve Sancties** (GAS). De gemeente kan zodoende zelf invullen welk gedrag strafbaar wordt gesteld. Tijdens de maanden juli en augustus 2010 werd bij de Cara-actie het verbod op samenscholing gehanteerd om GAS-pv’s uit te schrijven aan pleinbezoekers. Deze actie was gericht op alcohol- en drugsgerelateerde overlast. Geverbaliseerde personen werden uitgenodigd op een bemiddelingsgesprek. Tijdens dit gesprek werden verschillende leefdomeneinen bevraagd en werd de overtreder eventueel doorverwezen naar de drughulpverlening. Wie reeds contact had met de hulpverlening, werd gevraagd om een attest binnen te brengen. Wie op dat voorstel inging, zag zijn of haar GAS-boete vervallen. Verbalisanten kregen steeds de kans om verweer aan te tekenen. Tussen 1 juli en 4 oktober 2010 werden naar aanleiding van de Cara-actie 130 personen geverbaliseerd, in totaal werden 194 processen-verbaal opgesteld, waarvan 183 voor samenscholing en de overige voor bevuiling of lawaaihinder. Voor 23 personen bleek het omwille van hun ambtelijke schraping onmogelijk om hen een persoonlijke uitnodiging te bezorgen. Ook de pogingen om de uitnodiging door de politie persoonlijk te laten betekenen, mislukten omdat

de overtreders niet op het De Coninckplein werden aangetroffen. Drie verweren werden gegrond verklaard. 87 mensen kregen een uitnodiging voor een bemiddelingsgesprek: daarvan zijn 33 mensen niet naar het bemiddelingsgesprek gekomen; 54 overtreders gingen wel in op het bemiddelingsaanbod. De meerderheid van deze bemiddelingspogingen (44 van de 54) werd positief afgesloten. Ook in 2011 zullen acties worden ondernomen die van eenzelfde aanpak getuigen. Op 26 november 2010 keurde het Antwerpse schepencollege een aantal maatregelen ter bestrijding van overlast goed. Een aantal daarvan hebben specifiek betrekking op druggebruikers en bezoekers van het De Coninckplein. Vanaf februari 2011 krijgen horeca-zaken in Antwerpen Noord (énkel waar postcode 2060 van tel is) een **sluitingsuur** opgelegd. Bonafide zaken kunnen een uitzondering aanvragen. De afwijking wordt afgewezen als uit onderzoek van de politie blijkt dat het café geregeld voor overlast zorgde. Verder wordt – voor het hele Antwerpse grondgebied - een uitdovingsbeleid gehanteerd ten aanzien van het aantal **nachtwinkels**: vanaf 1 januari 2011 kunnen nieuwe nachtwinkels zich alleen nog in winkelstraten vestigen, en bovendien wordt rekening gehouden met het aantal reeds aanwezige nachtwinkels. Tenslotte wordt het – ook in heel Antwerpen - mogelijk om de ouders van jongeren onder de zestien jaar een zgn. **‘combitaks’** op te leggen. De politie kan jongeren onder de zestien jaar die overlast veroorzaken, met de politiewagen naar het commissariaat of naar huis brengen. Daarna zullen beide ouders en de jongere voor een gesprek worden uitgenodigd. Tijdens dat gesprek zal een contract worden afgesloten, waarin wordt opgenomen dat de jongere en zijn ouders bereid zijn om zich te laten begeleiden. Wanneer zij niet komen opdagen of andere bepalingen van het contract niet naleven, zullen de ouders belast worden voor de ‘combirit’. Deze belasting bedraagt 100 euro. Gedurende één jaar (vanaf 1 januari 2011) wordt het consumeren van alcohol op de openbare weg op en rond het De Coninckplein en het Koningin Astridplein verboden. Alcoholconsumptie mag enkel nog op caféterrassen en op evenementen die door de stad zijn goedgekeurd, op straffe van een GAS-boete (over het

exacte bedrag van de boete beslist de sanctionerend ambtenaar autonoom; het wettelijke maximum bedraagt 250 euro). Daarnaast riskeert wie in de stad Antwerpen op het zoeken naar drugs betrapt wordt, een administratieve boete.

Zowel in 2007 als in 2010 stellen panelleden én community fieldworkers dat zulke acties doorgaans weinig of geen effecten hebben, of onvoorziene of vervelende neveneffecten genereren.<sup>31</sup> Tijdelijke politieacties hebben – zo is meermaals in de internationale wetenschappelijke literatuur geargumenteed - vaak een kortstondig (i.e. voor de duur van de acties zelf) effect op de beschikbaarheid van bepaalde roesmiddelen op bepaalde plekken in de stad, en resulteren in (doorgaans tijdelijke) verplaatsingen van het fenomeen.

- Politieacties die gericht zijn op bepaalde buurten (Antwerpen-Noord bijv., met inbegrip van het De Coninckplein), hebben volgens een aantal panelleden slechts **tijdelijke effecten**. Bezoekers van het De Coninckplein blijven een tijd weg, maar keren terug zodra de actie wordt stopgezet. De vrijgekomen markt van gearresteerde dealers wordt bijzonder snel door anderen ingenomen. De aanschaf van illegale drugs wordt ten hoogste wat moeilijker, maar niet onmogelijk. Verkopers passen volgens community fieldworkers naar aanleiding van de politieacties ook (tijdelijk of permanent) hun verkoopsstrategieën aan: ze schakelen over op het mobiele dealen (afspraken per telefoon of gsm), ze hebben niet langer een grotere voorraad op zak (enkel de door de koper bestelde hoeveelheid), en verleggen hun actiegebied enkele straten verder (St. Elizabethstraat, Handelstraat, Diepestraat,...), of verruimen hun actieradius (deconcentratie van de handel in illegale roesmiddelen). Andere politiezones in Antwerpen merken een toename van druggerelateerde activiteit wanneer door de politiezone City op en rond het De Coninckplein intensiever wordt gefocust. Verkopers worden in het algemeen voorzichtiger: de transacties verlopen sneller. Dealers waarschuwen elkaar voor gevaar. Dat de transacties onder zulke omstandigheden

jachtiger verlopen maakt gebruikers kwetsbaarder voor allerlei vormen van bedrog.

- Ook druggebruikers passen – zo vertellen ons de community fieldworkers - hun gedrag aan tijdens zulke acties. Sommigen bezoeken het De Coninckplein tijdelijk minder frequent, maar keren na de acties gewoon terug. Anderen waken erover om geen illegale middelen op zak te hebben als ze het plein bezoeken. Het De Coninckplein blijft een belangrijke ontmoetingsplaats, omwille van de eerder beschreven functies. Het wordt niet noemenswaardig minder gefrequenteerd door de bezoekers die door buurtbewoners als overlastgevend worden bestempeld. Een alternatief voor het plein kennen de pleinbezoekers vaak niet: de Antwerpse inloopcentra zitten overvol, hun eigen huisvesting is ondermaats, en het plein biedt voor velen de enige gelegenheid tot sociaal contact. Voor de bevoorrading van drugs gaan ze op zoek naar verkopers in andere zones van de stad.

De druggebruikers en de andere bezoekers die het De Coninckplein frequenteren, vormen vooral een groep die op zichzelf is gericht. Ze vallen zelden voorbijgangers lastig, en als er zich vechtpartijen of andere incidenten voordoen, spelen ze zich vooral binnen deze groep pleingebruikers af. Desalniettemin ervaren andere gebruikers van het plein en buurtbewoners een onveiligheidsgevoel, en wordt deze groep met overlast geassocieerd. Deze frustraties en onveiligheidsgevoelens mogen we niet banaliseren.

Tegelijkertijd wordt er volgens een aantal panelleden te weinig geïnvesteerd in **alternatieve ontmoetingsplaatsen**. De huidige aanpak van druggebruikers op het De Coninckplein via Gemeentelijke Administratieve Sancties op basis van een samenscholingsverbod of een alcoholverbod wordt door een aantal sleutelfiguren en community fieldworkers als symptoombestrijding bestempeld en een contraproductieve strategie genoemd. Zij waarschuwen voor het risico dat de enige ontmoetingsplaats die gemarginaliseerde druggebruikers nog rest, het voorwerp van nog méér

criminalisering wordt. De voorwaarden die men bij de bemiddelingsgesprekken stelt om GAS-pv's te laten vervallen, zijn volgens deze respondenten vaak onrealistisch. Zij argumenteren dat deze boetes de reeds hoge schuldenlast die druggebruikers in het verleden hebben opgebouwd, alleen maar verhogen; zodoende wordt het perspectief om ooit de vicieuze cirkel te doorbreken, alleen maar hopelozender. Tegelijkertijd wordt er – volgens deze respondenten – niet of weinig geïnvesteerd in alternatieve ontmoetingsplaatsen en opvangmogelijkheden (inloopcentra e.d.).

besteden heeft, is op vele plaatsen in de Antwerpse stationsbuurt niet langer welkom. De publieke ruimte wordt versmald tot consumptieruimte.<sup>35</sup> Het opjaagbeleid leidt volgens deze auteurs eerder tot een verdere marginalisering en verloedering van deze druggebruikers.<sup>36</sup>

*'Je kan geen mensen verplichten om af te kicken. Dat is wat ze nu met die GAS-boetes aan het doen zijn. Ik wil echt eens zien wat de resultaten zijn. Ik wil wel eens zien of dat werkt. Stel dat dat werkt, dan is het belachelijk dat wij dit werk doen. Soms wordt er te oplossingsgericht gedacht van 'jij bent verslaafd, je kan afkicken' maar zo simpel is het niet. Ik denk dat we moeten beseffen dat er dingen zijn in een maatschappij die nooit zullen oplossen. Er moet gewoon meer zorg zijn.'*  
[Gesprek straathoekwerker 12/08/2010]

De stad Antwerpen streeft naar een **opwaardering** van de buurt rond het De Coninckplein, en wenst een beter evenwicht te bewerkstelligen tussen de diverse groepen van bewoners en gebruikers van de wijk ('gentrification'). Verschillende commentatoren hebben er echter op gewezen dat de strategieën waarlangs men dit proces van stadvernieuwing wenst te realiseren, vooral gericht zijn op repressie van bepaalde groepen (druggebruikers) en op de bestrijding van overlast.<sup>33</sup> Die beleidsstrategieën gaan vaak ten nadele van de aanpak van de onderliggende oorzaken van criminaliteit en overlast, van drughulpverlening en van investeringen in een **geïntegreerd sociaal beleid**. Deze commentatoren stellen dat de situatie van bepaalde groepen in de huidige visie op stadvernieuwing steeds meer als een probleem wordt gedefinieerd.<sup>34</sup> Wie geen geld te

## HOOFDSTUK 4:

# Druggerelateerde problemen en noden

*Als mensen met hun middelengebruik in de problemen raken, kunnen de gevolgen op tal van vlakken voelbaar worden: gezondheidsproblemen, relationele problemen, sociale gevolgen, financiële moeilijkheden, enz. In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal problemen waarmee excessieve druggebruikers te kampen (kunnen) krijgen, en de belangrijkste behoeften.*

## 4.1 Lichamelijke gezondheid

### Algemene fysieke problemen

Jonge, experimentele gebruikers en geïntegreerde gebruikers ondervinden vaak geen acute gezondheidsproblemen. Dit is gelieerd aan de wijze en frequentie van gebruik. Bij sommige geïntegreerde gebruikers, die zich **'op de wip'** bevinden (i.e. occasionele gebruikers, waarbij het gebruik op bepaalde momenten pieken vertoont), zijn de gevolgen van het druggebruik op het gebied van tewerkstelling of gezondheid merkbaar. Jongere gebruikers ervaren momenteel nog geen gezondheidsproblemen, maar kunnen mogelijks wel een kwetsbare groep uitmaken. Zij worden (nog) niet geconfronteerd met de schadelijke effecten van langdurig gebruik, en hun lichaam recupereert nog vrij snel.

### Good practice

Op het vlak van vroeginterventie werden een aantal nieuwe initiatieven opgericht. VAGGA startte een project rond vroeginterventie dat zich richt op jongeren die met drugs experimenteren, jongeren die regelmatig alcohol en drugs gebruiken, en jongeren die naar het problematisch gebruik lijken te verglijden. Het preventieteam van VAGGA werkt tevens met

sleutelfiguren of intermediairen in diverse sectoren (onderwijs, overheid, arbeid, vrije tijd en cultuur, gezondheid, welzijn en politie en justitie).

### Good practice

Met het oog op het verspreiden van preventieve en schadebeperkende boodschappen onder jongere gebruikers maakt men dikwijls gebruik van zogenaamde peer-projecten. Peers zijn jongeren die behoren tot de doelgroep zelf, en precies om die reden geloofwaardige gesprekspartners zijn voor de jongere gebruikers. Ze worden vaak actief betrokken in de projecten, zowel voor de formulering van de boodschap als voor de wijze waarop ze zal worden gebracht. Het project *Breakline* van Vagga werkt volgens de peer-methode aan schadebeperking in het uitgaansleven ten aanzien van jongeren. Ze bezoeken met een eigen stand, flyers en een ploeg ervaringsdeskundigen evenementen, om bezoekers te informeren over de risico's van (il) legale party drugs. Dergelijke projecten – die men ondertussen in tal van landen aantreft – verdienen continue ondersteuning en uitbreiding. Het project *Eerste Hulp bij Jeugdwerk (EHBJ)*, een initiatief van JAC Plus, verdient in dit kader ook een vermelding. Het project wil makkelijker kansarme jongeren uit de buitenwijken kunnen bereiken. Jeugdwerkers en jongerenhulpverleners (jongeren van 15 tot 18 jaar die van nature reeds een rol als steunende figuur binnen hun

vriendenkring hebben opgenomen) zijn vaak samen actief op hetzelfde terrein. Zij hebben vaak het eerst weet van probleemsituaties bij jongeren. Zij zijn bijgevolg een belangrijke tussenschakel om het probleem bespreekbaar te maken, hulpbronnen te zoeken en de jongere naar de jeugdhulpverlening toe te leiden. De samenwerking geschiedt onder de vorm van groepscoaching tussen JAC-medewerkers en de jeugdwerkers en jongerenhulpverleners. Zij kunnen op deze manier terecht bij professionele hulpverleners voor advies en worden gecoacht en ondersteund bij het omgaan met welzijnvragen van jongeren waarmee ze in contact komen.

### Good practice

De **VAD** vertaalde –met de steun van het Fonds tot bestrijding van de verslavingen en in samenwerking met Domus Medica en de universiteiten van Gent, Leuven en Maastricht – in 2010 de ‘*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*’ (ASSIST) naar het Nederlands. Het instrument laat toe op een eenvoudige manier en in een kort tijdsbestek een inschatting te maken van de ernst van de middelenproblematiek. Het instrument werd samen met een kortdurende interventie ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie, ten behoeve van de eerstelijns welzijns- en gezondheidszorg.

Naarmate gebruikers gedurende een langere periode intensief gebruiken, ondervinden zij op verschillende vlakken **gezondheidsproblemen**, die samenhangen met hun specifieke levensstijl en de moeilijke omstandigheden waarin zij vaak trachten te overleven (kraakpanden, op straat, etc.):

- Druggebruikers zijn verzwakt of uitgeput, kampen met een verwaarloosd gebit (tanderosie), met gewichtsverlies (ten gevolge van een onregelmatig en ongezond voedingspatroon), maag- en darmklachten, geheugenproblemen.

- Sommigen lopen een besmetting met hepatitis of HIV op (zie verder), door onzorgvuldig of onhygiënisch gebruik van injectiemateriaal.
- Het inhaleren van producten, zoals cannabis, heroïne, cocaïne, heeft schadelijke gevolgen voor de ademhaling. Langdurig gebruik kan de luchtwegen zodanig beschadigen dat bij de gebruiker een (ernstige) vorm van astma optreedt.
- Opwekkende drugs beïnvloeden de werking van de spieren. Langdurig gebruik van opwekkende, stimulerende middelen kan epileptische aanvallen uitlokken.

*‘Verwaarlozing van dingen. [...]dat mensen op de duur niet meer gewaar worden hoe het met hun lijf is. Ze voelen niet meer dat ze er fysiek op achteruitgaan. Mensen voelen bijvoorbeeld niet meer wanneer ze moe zijn en dat ze dringend moeten gaan slapen. Die zijn compleet oververmoeid. Mensen voelen ook niet meer van ‘ik heb honger en ik moet nu eten’. Dat zijn al de zaken die maken dat mensen hun conditie erop achteruitgaat.’*  
[interview, 16 april 2010]

Het meest opvallend is vaak de toestand van **‘algemene verwaarlozing’**: deze zware gebruikers schenken weinig of geen aandacht meer aan persoonlijke hygiëne, en verzorgen hun lichaam niet meer. Ook aan hun uiterlijk besteden ze geen aandacht meer. Veel zware gebruikers besteden ook niet langer zorg

aan medische verzorging van wondjes, infecties en andere symptomen. Medische zorg is voor hen geen prioriteit. Zij stellen uit financiële overwegingen een doktersbezoek almaar uit, ze zoeken alleen contact met een arts als de klachten bijzonder hoogdringend zijn geworden. Zelfs wanneer de dokterskosten achteraf door de mutualiteiten worden terugbetaald, vormt dit voor sommige gemarginaliseerde druggebruikers een probleem. Daardoor komen zij vaak op de spoeddienst van ziekenhuizen terecht. Het aanbod inzake **laagdrempelige medische hulpverlening** in Antwerpen is beperkt. Bij *Dokters van de Wereld* kunnen twee keer per week maximaal 10 mensen gratis naar de dokter. Iedereen is er welkom, maar de wachtrijen zijn soms lang. Daarnaast zijn er twee wijkgezondheidscentra in Antwerpen: *’t Spoor* in Borgerhout en *De Regent* in de wijk Stuivenberg, Dam en Amandus-Atheneum. Men kan er gratis de huisarts consulteren. Het enige criterium voor inschrijving is de woonplaats. De betaling wordt in de mate van het mogelijke zo toegankelijk mogelijk gehouden, door middel van een forfaitair betalingssysteem of een andere betalingsregeling. Bij mensen die bij een ziekenfonds aangesloten zijn, wordt de betaling rechtstreeks door het ziekenfonds geregeld, zonder tussenkomst van de cliënt. Het is in principe niet noodzakelijk om ingeschreven te zijn bij een ziekenfonds, er kunnen dus in principe ook mensen zonder papieren worden geholpen. Gebruikers kunnen zich ook wenden tot andere initiatieven. Bij de vrijwilligersorganisatie *Kamiano* kan men twee keer per week (op woensdag- en zaterdagavond) een dokter consulteren. Bij het inloopcentrum *de Steenhouwer* wordt kosteloos paramedische zorg aangeboden. Ook bij Free Clinic maakt laagdrempelige medische hulpverlening een belangrijk deel van de opdracht uit. Daarnaast kan er beroep gedaan worden op zogenaamde *sociale steunpunten gezondheid Noord of Kiel*. Deze trachten kansarme buurtbewoners met betrekking tot ziekte, voeding en hygiëne bij te staan, daarnaast staan ze in voor coördinatie van hulpverlening. *Gh@pro* richt zich tot mannelijke en vrouwelijke sekswerkers en biedt deze medische onderzoeken, informatie en behandeling aan. Zij hanteren consultatie-uren maar

een ploeg gaat ook de straat op. Zij komen in principe enkel tussen voor ‘beroepsgebonden problemen’.

### Good practice

In **Rotterdam** bieden de artsen en verpleegkundigen van de huisartsenpraktijk *‘De Straatdokter’* hun diensten aan in dag- en nachtopvangcentra voor dak- en thuislozen. Een evaluatie van dit initiatief door het Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO) wees uit dat het project aan een belangrijke behoefte van thuis- en daklozen tegemoetkomt. In een periode van amper 3 maanden meldden zich 250 cliënten, vaak met acute problemen van lichamelijke aard, maar ook met psychische klachten. Tijdens de spreekuren gaat veel aandacht naar preventie, uitleg over oorzaken van klachten en medicijngebruik, en doorverwijzing. Cliënten waarderen de directe en positieve toon van de artsen en verpleegkundigen. Met het project van *‘De Straatdokter’* is de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskundige zorg voor dak- en thuislozen sterk uitgebreid.<sup>37</sup>

In **Brussel** zoekt de organisatie *‘Infirmiers De Rue’* daklozen op straat op, om hen ter plekke medische verzorging te bieden. Zo bouwen ze een vertrouwensrelatie op en kunnen ze als tussenpersoon optreden bij het doorverwijzen naar gespecialiseerde centra. Dit laatste gebeurt in samenwerking met artsen die met daklozen werken en met sociale diensten. Doordat de straatverplegers met de daklozen een vertrouwensrelatie opbouwen, wordt ook betere preventie mogelijk. Tevens organiseert deze organisatie vormingen voor professionals.<sup>38</sup>

### Injecterend gebruik

Injecterend gebruik wordt algemeen beschouwd als de meest risicovolle wijze van gebruik. Intraveneuze druggebruikers riskeren allerlei gezondheidsproblemen: spuitwonden, spuitabcessen,



en besmetting met HIV of hepatitis C. Deze risico's hangen sterk samen met het onzorgvuldig of onhygiënisch gebruik van injectienaalden en andere paraferalia.

**Spuitabcessen** komen sinds een tiental jaar in Antwerpen minder voor. Volgens community fieldworkers hebben de inspanningen gedurende de laatste tien jaar inzake schadebeperkende initiatieven, in het bijzonder *het Spuitenruilproject* en de medische verzorging door artsen bij Free Clinic vzw, geleid tot een daling in de prevalentie van spuitabcessen onder Antwerpse druggebruikers.

De meeste gebruikers zijn zich bewust van de (gezondheids)risico's die met (injecterend) druggebruik samenhangen, dankzij o.m. voldoende informatieverstrekking via de hulpverlening. Toch zijn er nog een aantal aandachtspunten:

Er wordt vaak in groep gebruikt waardoor het moeilijk wordt te onthouden wélke spuit men heeft gebruikt (immers, alle spuiten zien er hetzelfde uit). Wanneer gebruikers onder invloed zijn of ten prooi vallen aan een heel sterk verlangen naar de roes ('craving') zijn ze minder aandachtig en wordt toch gebruikt injectiemateriaal gedeeld.

Hoewel gebruikers de risico's van het delen van injectiemateriaal (spuiten) meestal kennen en ernaar handelen, is de kennis over de mogelijke besmetting via het **gedeeld gebruik van andere paraferalia**, zoals lepels, filters en water beperkter, en bijgevolg ook het schadebeperkende gedrag. Dezelfde vaststelling werd reeds gedaan in het kader van een evaluatieonderzoek in 2009 door *het Spuitenruilproject*.<sup>39</sup>

*Het Spuitenruilproject* van Free Clinic vzw concentreert zich vooral op injecterend gebruik. Momenteel wordt er (naast informatiebrochures, advies en doorverwijzing op vraag) steriel injectiemateriaal aangeboden: spuiten, naalden, water, ontsmettingsdoekjes en ascorbinezuur. Voor het roken of 'chinezen' van heroïne worden maagzout en zilverpapier verdeeld. Sinds kort verdeelt men er ook wegwerpbare lepels voor eenmalig gebruik (zgn. 'spoons'). Men raadt daarbij aan om de lepels met een alcoholswab te ontsmetten.

Daarnaast biedt *het Spuitenruilproject* ook steriel water aan, maar om budgettaire redenen gebeurt dit niet continu. Bij schaarste wordt het steriele

water enkel verdeeld onder gebruikers die zich niet in de mogelijkheid bevinden om water te koken of geen toegang hebben tot stromend water (dakloze gebruikers bijv.). *Het Spuitenruilproject* verstrekt géén filters, hoewel ook dat schadebeperkend zou kunnen werken. Men raadt er gebruikers dan maar aan om een ongebruikte zuivere sigarettenfilter te gebruiken, omdat deze momenteel de minst schadelijke optie is en meestal snel verkrijgbaar. Andere paraferalia, zoals base-pijpjes of snuifrietjes, zijn niet via het *Sputenruilproject* beschikbaar. Toch zou dit een vorm van schadebeperking kunnen betekenen. Voldoende lange base-pijpjes zorgen ervoor dat de geïnhalerde rook minder heet is, en dat is beter voor de longen dan de geïmproviseerde pijpjes die gebruikers vaak maken. Het delen en onhygiënisch behandelen van deze pijpjes kan bovendien infecties veroorzaken. Ook met betrekking tot het snuiven van cocaïne kunnen schadebeperkende maatregelen worden genomen. Gebruikers zijn er zich vaak niet van bewust dat het hepatitis B- en C-virus én het HIV-virus kunnen worden overgedragen door het delen van snuifrietjes (bijvoorbeeld wanneer er bloedresten zijn achtergebleven).

### Good practice

In de Canadese stad **Ottawa** verdeelt men zgn. 'crack-kits': deze 'kits' bevatten buisjes in Pyrex (metalen pijpjes kunnen de lippen immers verbranden en plasticen pijpjes smelten of verbranden), plasticen tipjes, filters, condooms, lippenbalsem (een bescherming tegen scheurtjes of brandwonden), steriele kompressen en kauwgom (tegen tandengeknars en overvloedige productie van speeksel). Uit evaluatieonderzoeken in 2006 en 2007 bleek dat het project leidde tot een significante daling van het delen van basepijpjes. Gebruikers bleken tevens vaker voor het roken (basen) dan voor het injecteren te kiezen.<sup>40</sup>

*Mainline Foundation* uit **Nederland** organiseert mobiele gezondheidscontroles voor rokers van cocaïne. In een speciaal daartoe uitgeruste bus kunnen longcapaciteit, bloeddruk en hartritme

gemeten worden. Het (para)medisch personeel voorziet in advies rond gezondheid van longen, mentale gezondheid en zelfcontroletactieken.<sup>41</sup>

## HIV en hepatitis C

Onveilig en onhygiënisch gebruik van injectiemateriaal kan leiden tot besmetting met hepatitis of met het HIV-virus.

Uit gegevens van *het Spuitenruilproject* blijkt dat hepatitis C aanwezig blijft bij 80% procent van de injecterende gebruikers, HIV bij 5%. Deze cijfers zijn de laatste jaren stabiel. Hepatitis C komt in verhouding meer voor dan HIV. Niet alleen is hepatitis C besmettelijker dan HIV, een verklaring dient ook gezocht bij een verschillende attitude tegenover deze twee aandoeningen. Enerzijds is er meer geïnvesteerd in de sensibilisering van de bevolking omtrent de oorzaken en gevaren van een besmetting met het HIV-virus. Anderzijds hebben gebruikers meer angst voor besmetting met HIV dan met hepatitis. Over die tweede aandoening is de laatste jaren iets meer **openheid** ontstaan: gebruikers beseffen ook dat hepatitis kan worden behandeld (er is een uitweg), terwijl HIV minder behandelbaar lijkt. Praten over HIV en AIDS is onder gebruikers nog steeds een taboe; een besmetting wordt vaak verzwegen.

Het *C-Buddy-project* - dat sinds 2008 werd opgezet en twee jaar lang werd gesubsidieerd met middelen uit het Verslavingsfonds - werd opgezet om bij te dragen tot een grotere bespreekbaarheid van hepatitis C onder gebruikers in Antwerpen. Dit peer-support project richtte zich tot Antwerpse (ex-)gebruikers die met een hepatitis C behandeling willen starten. Zo'n interferontherapie kan voor de cliënt erg lastig zijn: de behandeling duurt 24 tot 48 weken, en dat vraagt doorzettingsvermogen. Dat gegeven en de neveneffecten van de behandeling wegen op de therapietrouw bij gebruikers.<sup>42</sup> Tijdens de behandeling konden cliënten steun krijgen van een zgn. C-buddy, een ervaringsdeskundige die de therapie zelf al onderging.<sup>43</sup> Deze werkvorm bleek nuttig: de afgeronde buddy-ondersteuning werd positief beoordeeld. De ondersteuning door een

C-buddy bleek een motiverend element tijdens de zware behandelperiode. Een groot aantal mensen kreeg via dit initiatief informatie over hepatitis C, maar slechts een klein aantal mensen (4 in 2010) stapte in een ondersteuningstraject. Om die reden werd de financiering van het project stopgezet.

In samenwerking met het SODA werd in 2010 een *gebruikersoverleg* georganiseerd rond het thema hepatitis. Daar kwamen wél veel gebruikers op af.

Algemeen wordt door sleutelfiguren opgemerkt dat er onder gebruikers, hulpverleners als onder de algemene bevolking nog steeds **weinig goede kennis over hepatitis** bestaat. Het onderscheid tussen de verschillende vormen (A, B, C, D en E) en hoe deze doorgegeven kunnen worden is te weinig gekend.

### Good practice

In **Washington** werkte het *National Development and Research Institute (NDRI)* een reeks vormingen omtrent de preventie en de behandeling van hepatitis uit voor medewerkers van de drughulpverlening. Deze trainingen zijn gebaseerd op de principes van 'motivational interviewing', om verandering van gedrag te bevorderen door het verhelderen en oplossen van ambivalentie bij de cliënt.<sup>44</sup>

## Longproblemen

Ten slotte wordt een gezondheidsprobleem dat in Antwerpen opduikt, gevormd door longproblemen. Door het 'chinezen' en het frequent gebruik van 'basecokes' ervaren steeds meer druggebruikers problemen met hun longen (bv. pijn in de borst, astma, beschadiging van de luchtwegen en chronische bronchitis). Het inhaleren van de cocaïnedamp is schadelijk voor de longen. Vooral de hitte van de damp en de restjes ammoniak zijn schadelijk. Ammoniak wordt gebruikt bij het omzetten van cocaïne hydrochloride in 'basecokes'. Het gebruik van maagzout is minder schadelijk.



## Overdosissen

Panelleden en community fieldworkers wijzen op het geregeld voorkomen van overdosissen. Dit zou vooral het gevolg zijn van de subjectieve inschatting van de zuiverheid van producten. Ook gebruikers die een tijdje gestopt zijn (bijvoorbeeld na een detentieperiode of na een residentiële behandeling) lopen een groter risico op een overdosis. Vooral heroïnegebruikers worden het slachtoffer van overdosissen, en polydruggebruik, injecterend gebruik, eenzaamheid en eerdere overdosissen zijn belangrijke risicofactoren. Voor iedere fatale overdosis, doen er zich 20 tot 25 niet fatale voor.<sup>45</sup> Uit de bevraging van *het Spuitenruilproject* Vlaanderen in 2009 blijkt dat 14% van de bevroagde respondenten (van wie een groot aandeel zich in de stad Antwerpen bevindt) het laatste jaar één overdosis heeft gehad; 3% maakte zelfs meer dan één overdosis mee.<sup>46</sup>

## 4.2 Psychische gezondheid

Langdurige en/of excessieve gebruikers kunnen kampen met tal van psychische klachten: stemmingsstoornissen, slaapproblemen, vermoeidheid, stress en zenuwachtigheid en een vaag maar zeer aanwezig gevoel van onrust. Gebruikers getuigen van een gevoel van futloosheid en moedeloosheid. Soms trachten gebruikers deze klachten te remediëren via medicatiegebruik. Andere gebruikers stellen dat ze zich nutteloos voelen, zich vervelen en geen perspectief meer hebben. Dit zijn zaken die erg wegen op gebruikers en invloed hebben op hun gebruik. Daarnaast stellen bijna alle sleutelfiguren dat de combinatie van een drugsproblematiek en een psychiatrische problematiek, de zgn. **dubbele diagnose**, in Antwerpen vaak voorkomt. Zij veronderstellen dat er nog heel veel mensen met een dubbele diagnose verborgen blijven. Op deze kwetsbare populatie komen we uitgebreid terug in hoofdstuk 5.

## 4.3 Werkgelegenheid, activering en budgetbegeleiding

Sommige gebruikers zijn niet of nauwelijks te activeren. Voor anderen is het op orde houden van een huishouden dan weer een hele uitdaging (gebruikers met kinderen hebben bijvoorbeeld heel andere doelen en dus minder boodschap aan activering). Sommige gebruikers zijn gebaat bij sociale activering, maar zonder een economische verplichting. Voor hen is het bestrijden van verveling en het ‘open trekken’ van hun kleine wereld belangrijk: het heeft een invloed op de frequentie van hun gebruik. Weer andere gebruikers zijn wél klaar voor economische activering, maar op een laag pitje, bijvoorbeeld zonder langdurig engagement.

Op het gebied van activering en werkgelegenheid bestaat er bijgevolg nood aan **diversificatie**: verschillende gebruikers hebben op verschillende momenten een ander aanbod nodig. Activering is vaak een leerproces dat geduld en oefening vraagt. Een langdurig engagement volhouden is moeilijk voor een gebruiker die lange tijd weinig verplichtingen had. Toch kunnen gebruikers die stap per stap vooruitgang boeken, opklimmen en uiteindelijk eventueel toegang tot de reguliere arbeidsmarkt verwerven. Aangepast werk kan overigens ook helpen om kleine verwervingscriminaliteit te reduceren. Gebruikers zeggen dat tewerkstelling en opleiding vaak op hun consumptie een (positief) effect hebben. Bestaande arbeidszorgtrajecten zijn voor veel gebruikers te hoogdrempelig. Het *‘Activeringsproject Harde Kern Druggebruikers’* (Free Clinic vzw) levert al lange tijd nuttig werk op het vlak van sociale activering. Wekelijks op vrijdag worden verschillende activiteiten (sporten, uitstapjes, kooksessies, informatiesessies, een jaarlijks kamp, en dit jaar een theaterproductie in samenwerking met het Marthatentatief)<sup>47</sup> georganiseerd.

Sinds september 2008 is de *‘Spuitenpatrouille’* (SPAT) binnen Free Clinic vzw operatief. Dit project richt zich op (ex-)gebruikers en buurtbewoners voor het opruimen van zwerfspuiten. Een vrijwilliger krijgt hiervoor een vergoeding van 4 euro per uur. Naast

deze welkome aanvulling op hun budget, ontlenden de vrijwilligers vaak een eergevoel aan hun werk. In 2011 zal het ‘Activeringsproject Harde Kern Druggebruikers’ op vraag van de stad (i.c. SODA) het *Buro Aktief* opstarten. De bedoeling is om gebruikers via kleine projecten positieve ervaringen met werk op te laten doen. Zij kunnen vrijwillig en op eigen ritme deelnemen aan het aanbod en krijgen hiervoor een kleine vergoeding. Het aantal deelnames is beperkt tot maximum 2 per week. Voor wie meer wil en het ritme aankan, wordt naar arbeidszorg of een leerwerkplaats uitgekeken. Voor anderen lijkt deze activeringsvorm het maximaal haalbare. Met het oog op de maatschappelijke reïntegratie van onder meer (ex-)druggebruikers sloot de stad Antwerpen (Samen Leven) met de vzw *Sociale werkplaatsen van De Sleutel* een overeenkomst met betrekking tot **arbeidstrajectbegeleiding** en opleiding. Er worden onder meer 10 trajecten op jaarbasis voorzien voor druggebruikers uit de Atheneumwijk aangemeld door de stad Antwerpen of vanuit het project sociale activering van Free Clinic. Het initiatief ondersteunt een laagdrempelige opstap naar werkgelegenheid voor mensen met een verslavingsprobleem. Verschillende respondenten en community fieldworkers wijzen op het nut van een realistische budgetbegeleiding. Vele gemarginaliseerde gebruikers genieten vandaag **budgetbegeleiding** vanwege CAW Metropool of OCMW Antwerpen, maar de vraag is groot.

### Good practice

In **Amsterdam** bestaat sinds midden de jaren ’90 een daglonerproject, dat enigszins vergelijkbaar is met het project *Buro Aktief*. De doelgroep betreft problematische druggebruikers met een lange gebruikscarrière achter de rug, maar ook niet-gebruikende daklozen zijn welkom. Het daglonerproject is onderverdeeld in drie geledingen. In *‘WorkForce’*, het minst hoogdrempelige van de drie projecten, wordt het werk aan het einde van de dag betaald met

een vaste vergoeding. Het werk omvat o.m. schoonmaken van portieken van flats, onkruidvrij houden van schoolpleinen, schoonmaken ondergrondse vuilcontainers. Cliënten moeten zich iedere ochtend zelf aanmelden. In het deelproject *‘FarmForce’* werken de deelnemers op zorgboerderijen buiten Amsterdam. Men werkt er in vast groepsverband, en dat impliceert een langduriger engagement. Bij het project *‘Craftforce’* ten slotte bekijkt men of deelnemers op een zelfstandig niveau kunnen participeren aan werkprocessen. Naast werkhouding en motivatie van de deelnemer evalueert men er zijn/haar omgang met derden: de deelnemer gaat immers persoonlijk bij winkeliers en marktkooplui langs om karton in te zamelen. Als de cliënt geschikt blijkt, kan hij/zij naar reguliere arbeid doorstromen.<sup>48</sup>

## 4.4 Huisvesting

In de *Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor* in 2007 werd al vastgesteld dat het met de huisvesting van druggebruikers in de stad erg slecht gesteld is. Dit is volgens een aantal sleutelfiguren nog steeds een belangrijk knelpunt. Enerzijds blijkt het moeilijk voor gebruikers met een hulpvraag om een goedkope en bewoonbare woning te vinden. Als ze al een eigen woning kunnen verwerven, is het geen sinecure om ze te behouden. Wie dakloos wordt, is afhankelijk van de bereidwilligheid van anderen. Gebruikers kunnen weliswaar in het nachtopvangcentrum terecht, maar in bepaalde periodes is het nachtopvangcentrum volzet. Vooral tijdens de winterperiode is er soms een tekort aan bedden.

### Een woning vinden

- Gemarginaliseerde gebruikers maken in sommige gevallen gebruik van een sociale woning via het OCMW. Volgens een aantal panelleden zijn er sedert jaren erg lange **wachtlijsten** voor **sociale woningen**, en daar is sinds 2007 weinig verbetering

in gekomen. De meeste panelleden spreken over 3 à 4 jaar (in Antwerpen-Centrum kan de wachttijd oplopen tot 6 à 7 jaar) voor mensen zonder kinderen (mensen met kinderen krijgen voorrang). Woonhaven heeft een groter aanbod in de stad Antwerpen maar ook hier dient men rekening te houden met lange wachtlijsten. Het vinden van een studio gaat het snelst met een wachttijd van gemiddeld 10 maanden tot 3 jaar, afhankelijk van de wijk. Voor een appartement dient men al snel drie jaar te wachten, en voor een woning moet men rekenen op minstens vijf jaar. Andere woningen zijn bijna niet meer te betalen.

- De **prijzen van huurwoningen** in Antwerpen zijn de laatste jaren enorm gestegen. Het is moeilijk –zeker voor druggebruikers- om een betaalbare woning te vinden. De huurwoningmarkt in Antwerpen is overbevraagd.
- Een bijkomend probleem voor gebruikers is dat de goedkoopste en meest betaalbare woningen zich over het algemeen situeren in Antwerpen-Noord (en daarnaast ook Merksem en Deurne-Noord). Wanneer gebruikers besluiten een eigen woning te zoeken en hun zelfstandigheid terug te winnen, willen ze meestal niet met de drugscece geconfronteerd worden. Dit is voornamelijk het geval bij druggebruikers die net een (afkick)programma

achter de rug hebben. Dat zij –als ze al een woning vinden- een onderkomen vinden in buurten waar druggebruikers rondhangen, en waar zichtbaar gedeald wordt, maakt de kans op hervallen des te groter.

- Veel gebruikers zijn onvoldoende op de hoogte van hun **rechten als huurder**.
- In zulke omstandigheden zien gebruikers zich vaak gedwongen van **‘huisjesmelkers’** te huren. Druggebruikers belanden dan vaak in onveilige en vieze krotwoningen, die overigens op elk moment onbewoonbaar kunnen worden verklaard. De stad Antwerpen tracht in gevallen van huisjesmelkerij eerst de eigenaar aan te zetten tot het renoveren en bewoonbaar maken van zijn pand. Als het pand desondanks onbewoonbaar moet worden verklaard, worden de slachtoffers begeleid: OCMW-kanten worden opgevolgd door OCMW Antwerpen, niet-OCMW-kanten krijgen voorrang in huisvesting. Dat de stad Antwerpen actie onderneemt tegen huisjesmelkers is positief, maar het blijft een bittere vaststelling dat net deze huisjesmelkers voor sommige druggebruikers een laatste toevluchtsoord zijn. Hulpverleners die samen met gebruikers op zoek gaan naar een woning, geven toe in veel gevallen geen andere keuze te hebben dan hen bij huisjesmelkers onder te brengen.

*‘Zoals de huisbaas hier. Er komt papier van de muur. ‘Haal dan plakband’, zegt die. Maar hij durft dan wel een huishuur vragen van vier- of vijfhonderd euro. En die jongen die daar huurt, is 22 jaar. Die is al blij dat hij eindelijk een huisbaas heeft gevonden die de borg van OCMW Antwerpen wil, want je begint altijd met de schoonste appartementen en dan moet je afzakken, want immobiliënkantoren zeggen altijd nee en dan moet je afzakken en na 3 weken ben je gewoon blij dat er één ja knikt. Maar de douche staat in de living en het keukentje staat in de wc-hoek. Dan moet je nog zelf investe-ren in die vloer en zo, normaal is dat allemaal voor de verhuurder.’*

*[interview, 22 maart 2010]*

- Sommige huisbazen hebben **slechte ervaringen** met gebruikers en zijn niet happig om aan gebruikers te verhuren. Voor allochtone gebruikers rijst een extra probleem: sommige Antwerpse huisbazen maken er geen geheim van dat ze aan allochtonen niet willen verhuren.
- Een aantal huisbazen heeft geen vertrouwen in de zgn. **OCMW-waarborg** of ‘papieren waarborg’, waarbij OCMW Antwerpen zich garant stelt. Zij eisen dat het equivalent van drie maanden huishuur als waarborg op een geblokkeerde rekening wordt gestort. Voor veel gemarginaliseerde gebruikers is het echter niet haalbaar om telkens zo’n bedrag opzij te zetten.

Het project *Onthaal Dakloze Druggebruikers (ODD)* is op dat vlak een erg waardevol initiatief, dat daklozen begeleidt in de zoektocht naar een woning. De medewerkers vergezellen druggebruikers bij afspraken met verhuurders, omdat gebruikers geen goede inschatting kunnen maken van de huurprijs en omdat huisbazen vaak wantrouwig staan ten aanzien van druggebruikers. De hulpverleners van ODD kunnen gebruikers wijzen op hun rechten en plichten als huurder. In de praktijk nemen ook heel wat straathoekwerkers een bemiddelende rol tussen huisbaas en huurder op zich.

De stad Antwerpen ondersteunt een aantal initiatieven om kansarmen en/of druggebruikers beter te informeren over hun rechten en plichten. Zo verleent de Antwerpse Orde van Advocaten op bepaalde momenten gratis juridisch advies. Ook het Justitiehuis en de sociale infopunten van OCMW Antwerpen verstrekken gratis juridisch advies.



#### Good practice

*Recht Op Lereren (ROLvzw)*, een vrijwilligersorganisatie die zich (uitsluitend) op generatiearme **Antwerpenaars** richt, biedt vormingen aan over heel praktische zaken, als gezonde voeding, kledij, goedkope vrijetijdsbesteding én de huurwetgeving. Een dergelijk aanbod naar gebruikers toe zou hen

weerbaarder kunnen maken op de huurmarkt. Omdat druggebruikers niet voldoende op de hoogte zijn van hun rechten en plichten, laten ze huurconflicten en openbare aanklachten vaak zo lang aanslepen dat zij voor zware boetes en gerechtskosten moeten opdraaien. In **Australië** startte daarom het *Fitzroy Legal Service Drug Outreach Lawyer Project*: advocaten die op outreach basis werken, staan gemarginaliseerde gebruikers zo vroeg mogelijk bij in disputeren, zodat extra financieel leed wordt voorkomen. Het project is uitsluitend gericht op druggebruikers die zonder het project geen gebruik van juridische begeleiding zouden maken.<sup>49</sup>

In **Nederland** bestaat een gelijkaardig systeem: *De Straatadvocaat* treedt op als vertrouwenspersoon en belangenbehartiger van mensen die psychiatrische of afhankelijkheidsproblemen hebben en hierdoor dakloos zijn of het dreigen te worden. Ook juridische procedures worden ondersteund en opgevolgd door deze advocaat. Ook hier werkt men met de outreachmethode: m.a.w. de advocaat zoekt actief mensen op die tot de doelgroep gerekend worden.<sup>50</sup>

### Een woning behouden

Niet enkel een woning vinden is een probleem, maar ook de woonst behouden. Indien een druggebruiker een woning heeft gevonden, duiken allerlei andere problemen op. Deze zorgen er soms voor dat de gebruiker ook heel snel de woning weer verliest.

- Eens een gebruiker een woning heeft, kan het gebeuren dat hij overspoeld wordt door anderen, zij het om zijn woonst als gebruikersruimte in te schakelen, zij het om te komen inwonen. Sommigen stellen hun woonst open voor andere gebruikers, in samenspraak met een dealer. In ruil voor het beschikbaar stellen van zijn woonst, krijgt een gebruiker de drugs gratis van de dealer. Dit creëert een afhankelijkheidssituatie waar de gebruiker/bewoner moeilijk onderuit kan komen. Daarnaast brengt dergelijke situatie vaak nefaste gevolgen

met zich mee voor het gebruik van de bewoner. Dit is een belangrijke reden waarom gebruikers hun woonst snel weer verliezen.

- Wanneer een dakloze druggebruiker een woning vindt, heeft hij/zij (eindelijk) een adres waar achterstallige rekeningen heen worden gestuurd. Die schulden maken het dan weer moeilijk om de huishuur te blijven betalen.
- Bepaalde gebruikers hebben niet altijd de kennis of de moed om een huishouden te ‘runnen’ waardoor zij de woonst verwaarlozen. Wonen kan een hele opgave zijn voor gebruikers.

*‘We hebben heel veel mensen die op woonst zitten, maar die voelen zich gewoon niet veilig in hun eigen huis, want ja... Of die er dan zoveel beter aan toe zijn dan diegene die geen woonst heeft... Sommigen voelen zich veiliger van geen woonst te hebben, dan er wel één te hebben: ‘We worden toch maar overspoeld door een hele hoop anderen.’*  
[interview 7 april 2010]

Hoewel de bestaande Antwerpse initiatieven rond woonbegeleiding positief worden beoordeeld, blijft het een probleem dat actieve gebruikers vaak uit de boot vallen. Druggebruik is immers volgens verschillende drughulpverleners vaak een exclusie criterium. Gebruikers zelf geven aan dat het hebben van een woonst rust en routine kan brengen. In dit opzicht is er dringend nood aan **initiatieven inzake begeleid wonen** voor actieve gebruikers: zij zijn vaak niet in staat om te weerstaan aan de druk van andere gebruikers die de woning willen frequenteren,

en riskeren vaak hun woning snel weer te verliezen. Wetenschappelijk onderzoek wees uit dat gebruikers die een stabiele huisvesting verwerven, minder gebruiken, meer abstinentie vertonen en betere resultaten boeken op het vlak van tewerkstelling.<sup>51</sup>

In dit kader verwijzen we naar een recent initiatief dat door *Onthaal Dakloze Druggebruikers (ODD)* (CAW Metropool) werd opgestart. Het project *Laagdrempelige Antwerpse woonBegeleiding (LAB)* ging van start op 1 februari 2010 en biedt ondersteuning bij wonen voor doelgroepen die moeilijk ondersteuning vinden. Daarnaast wordt gezocht naar uitbreiding van woonmogelijkheden.



### Good practice

Het project *Alternatief* van het CAW Metropool biedt integrale (woon)begeleiding op maat aan maatschappelijk kwetsbare jongeren tussen 18 en 25 jaar met problematisch druggebruik in Antwerpen. Vanuit een harm-reduction filosofie bieden zij psychosociale begeleiding en gaan ze samen met de jongere op zoek naar een woning. Ze verlenen praktische opvang en administratieve hulp en reiken mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding aan. De jongere bepaalt zelf het tempo waarop gewerkt wordt.

In **Antwerpen** wordt het mannenopvangcentrum *De Linde* door sleutelfiguren bijzonder positief geëvalueerd. *De Linde* biedt residentiële opvang aan thuisloze mannen en staat in voor een integrale begeleiding met het accent op het gemeenschapsleven. Mensen leren er aan wat het is om een huishouden te ‘runnen’. Na een opname blijven heel wat ex-cliënten een beroep doen op de medewerkers van *De Linde* (nazorg). *De Passant* biedt een gelijkaardige opvang voor mannen, maar deze richt zich op mannen vanaf 18 jaar, terwijl *De Linde* eerder gericht is op mannen vanaf 35 jaar. Dergelijke projecten op maat voor gebruikers verdienen aanbeveling.

*Pathways to Housing*, een organisatie uit **New York**, kwam in 1992 op de proppen met

het Housing First Model voor mensen met een psychiatrische problematiek (waaronder afhankelijkheid). Het uitgangspunt is eenvoudig: eerst voorzien in een woning, pas daarna in behandelingen. Er wordt voorzien in appartementen, verspreid over een stad of dorp. Deze verspreiding draagt bij aan een ‘thuisgevoel’, een gevoel van autonomie bij de cliënt en de integratie van de cliënt in de gemeenschap. Het project werd een groot succes in **New York** én positief geëvalueerd.<sup>52</sup> Ondertussen wordt het toegepast over de hele **Verenigde Staten**, maar ook in **Canada, Japan, Spanje, Portugal en Nederland**.<sup>53</sup>

In Nederland biedt het project *Discus* in **Amsterdam** tijdens de kantooruren woonbegeleiding aan mensen met een psychiatrische of afhankelijkheidsproblematiek, die al jaren op straat rondzwerven. De cliënt betaalt zelf de huur en verzorgt in principe zelf zijn of haar huishouding, maar er is budgetbeheer voorzien. Voor ondersteuning buiten de reguliere kantoor tijden is *Discus* in urgente gevallen telefonisch bereikbaar. Medewerkers gaan ten minste één keer per week (maar vaak meer) op huisbezoek.<sup>54</sup>

De laatste jaren hebben beleidsmakers in Nederland fel op dakloosheid ingezet, wat in verschillende interessante projecten resulteerde. De stad **Utrecht** hanteert een *systeem van hostels* van 23 à 29 cliënten, gespreid over de stad, waar continu woonbegeleiding wordt geboden. Het project werd onlangs positief beoordeeld.<sup>55</sup> Het *Home Office*<sup>56</sup> in het **Verenigd Koninkrijk** stelde een gids op om het huisvesten en begeleiden van gebruikers te ondersteunen. De gids is gratis te downloaden op: [www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Good%20Practice/improvingpracticeinhousing.pdf](http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Good%20Practice/improvingpracticeinhousing.pdf)

### (Verborgene) dakloosheid

Er bestaat nog steeds geen duidelijk zicht op hoeveel daklozen er in Antwerpen zijn, maar alle sleutelfiguren

zijn het erover eens dat er heel wat verborgen dakloosheid is. Mensen zonder woonst ziet men niet per se op straat of in de nachtopvangcentra. Gebruikers hanteren verschillende strategieën: slapen in kraakpanden, parkings, bij vrienden of bij wisselende partners. Aan de hand van de registratiecijfers van de nachtopvangcentra kan er geen sluitend antwoord worden geformuleerd op de vraag hoeveel daklozen Antwerpen kent.<sup>57</sup> **‘Verborgene’ dakloosheid** houdt in dat gebruikers een beroep doen op anderen om aan onderdak te raken.<sup>58</sup> Op die manier vertoeven ze niet de hele dag op straat en lijkt het alsof ze niet dakloos zijn. Dakloze gebruikers hokken meestal samen bij andere gebruikers die wel behuizing hebben om op die manier een winwinsituatie te verkrijgen qua drugs. In ruil voor een plaats om te overnachten legt men samen om drugs te kopen.

### Het nachtopvangcentrum

Nachtopvangcentrum *De Biekorf* biedt onderdak aan daklozen, waaronder druggebruikers. Anno 2010 zijn er tijdens de wintermaanden 60 bedden voorhanden. De andere maanden bedraagt het aanbod 44 bedden. De Biekorf is 365 nachten per jaar beschikbaar. Dakloze gebruikers kunnen dus terecht in het nachtopvangcentrum *De Biekorf*. Over het algemeen is de capaciteit voldoende, maar er zijn periodes (zowel in de zomer als in de winter) waarop het nachtopvangcentrum volzet is. Niet iedereen wil er echter heen. Immers, men slaapt er soms met verschillende personen op één kamer. De infrastructuur is **onvoldoende aangepast** aan een volledige bezetting. Niet-injecterende gebruikers worden er niet geconfronteerd met intraveneuze gebruikers. Anderzijds komen gebruikers die willen stoppen, er door de confrontatie met actieve gebruikers weer in de verleiding. Bovendien heerst er wantrouwen onder de bezoekers van het nachtopvangcentrum: men is bang om in zijn slaap bestolen te worden. Het nachtopvangcentrum is voor veel gebruikers een ultimatum remedium: ze gaan er enkel heen als het écht niet anders kan.



Specifieke groepen daklozen, zoals illegalen, kunnen nog moeilijker ergens terecht, omdat het hebben van geldige verblijfsdocumenten vaak een voorwaarde is. Illegalen en niet-Belgische Europeanen kunnen slechts in uitzonderlijke gevallen (extreem koud weer bijv.) terecht in het nachtopvangcentrum De Biekorf. Dat ook **jonge druggebruikers** zonder degelijke huisvesting in hetzelfde nachtopvangcentrum terecht komen, wordt negatief beoordeeld. Enerzijds kunnen jongeren in het nachtopvangcentrum overnachten zonder dat hen eisen worden gesteld, wat minder hoogdrempelig is. Jongere daklozen kennen het milieu niet goed en weten niet waar ze heen kunnen. Anderzijds leren ze via dit nachtopvangcentrum andere gebruikers én het milieu kennen en raken ze er dieper in ondergedompeld, met alle gevolgen van dien. Andere opvangcentra zijn meestal volzet, werken met intakegesprekken en/of wachtlijsten, of richten zich enkel op vrouwen (al dan niet met kinderen). Soms hanteren ze drugafhankelijkheid als uitsluitingscriterium, en worden druggebruikende daklozen niet toegelaten. Men verwacht er soms dat bezoekers een hulpverleningstraject afleggen, maar dat is niet voor alle druggebruikers weggelegd en werkt soms drempelverhogend.

### Good practice

In **Amsterdam, San Diego, Victoria, Wenen** en vele andere steden werken reeds aparte nachtopvangcentra voor dak- en thuisloze jongeren (tussen 16 en 25 jaar), om te voorkomen dat zij te snel met (il)legale middelen en criminaliteit in aanraking komen.<sup>59</sup> (Excessief) middelengebruik is een uitsluitingscriterium. Zulke projecten bieden geen behandeling aan, maar voorzien in primaire behoeften: een bed, een bad en een brood (BBB). Hulpverleners en straathoekwerkers zijn er wel regelmatig aanwezig, en bieden informatie en advies over behandelingsmogelijkheden en/of gezondheid. Zie bijv. <http://www.sdyouthservices.org/> of <http://www.spirit.nl/kinderenjongeren>.

## Opvang dak- en thuislozen

Sommige gebruikers leven op straat en hebben geen (expliciete) vraag naar therapie of begeleiding. Soms zijn ze – na de talloze ervaringen van mislukkingen in het verleden – erg fatalistisch ingesteld. Desalniettemin hebben dakloze gebruikers in sommige omstandigheden niet enkel nood aan onderdak, maar ook aan de leniging van andere behoeften, zoals een douche, schone kledij, een maaltijd, enz. Dakloze gebruikers kampen vaak met meer gezondheidsproblemen, zoals bijv. voetschimmels, omdat zij noodgedwongen in erg onhygiënische omstandigheden leven en gebruiken. Deze gebruikers worden blootgesteld aan extreme omstandigheden als gebrek aan (nacht)rust, koude, een onevenwichtig eetpatroon... Om halfnegen 's ochtends moeten cliënten het nachtopvangcentrum *De Biekorf* verlaten. Vooral in de winter is dat voor veel gebruikers een hard beleid: het is koud en de dagen zijn lang, als men zich verveelt. Er zijn in Antwerpen twee **inloopcentra** waar gebruikers naartoe kunnen om beschutting en rust te vinden, hun kleren te wassen, of een hulpverlener aan te spreken: *De Steenhouwer* (verbonden aan CAW De Terp) en *De Vaart* (verbonden aan CAW Metropool). Beide inloopcentra (in het bijzonder *De Vaart*) kunnen de toevloed amper aan, en barsten uit hun voegen. Door de beperkte capaciteit, openingsuren en personeelsbezetting van beide inloopcentra worden daklozen gedwongen van de openbare ruimte gebruik te maken. Sedert 16 november 2010 biedt ADIC 6 zorgbedden aan gebruikers die even tot rust willen komen voor maximum 7 dagen. Ze kunnen er 24 uur op 24 uur terecht voor een bed. Het project is nog maar net opgestart, maar lijkt aan een reële nood tegemoet te komen: het zorgprogramma is vaak helemaal volzet. Er wordt voorzien in opvang en basiszorg en indien gewenst kan men voor psychosociale begeleiding naar andere vormen van drughulpverlening worden doorverwezen. Op die manier valt de cliënt niet in een zwart gat na de opname in het zorgprogramma. Gebruikers moeten er naar worden doorverwezen, en tijdens het verblijf wordt van de cliënt in principe

abstinentie vereist (met uitzondering van methadon voor wie een onderhoudsprogramma volgt). In die zin is dit zorgproject enigszins hoogdrempeliger dan een 'Bed-Bad-Brood'-project, waar de gebruiker wél op eigen houtje kan aankloppen voor een bed en de vervulling van andere basisbehoeften. Het huiskamerproject van de vrijwilligersorganisatie 't Vlot, waar gebruikers en daklozen sedert 2002 op dinsdag- en donderdagmiddag 'op bezoek' kunnen komen, wordt door het doelpubliek erg gewaardeerd. Ze kunnen er in een warme en gezellige omgeving gratis eten en drinken krijgen. Druggebruikers vinden er een moment voor zichzelf, zonder dat hen veel eisen worden gesteld (wat in de reguliere drughulpverlening wel vaak het geval is). Dit populaire initiatief lokt gemiddeld 50 tot 80 bezoekers per middag. De huiskamer is te klein geworden, maar uitbreiding zou die huiselijkheid net teniet kunnen doen. Anderzijds kan 't Vlot slechts twee keer per week cliënten uitnodigen, terwijl ook op andere dagen voldoende opvangmogelijkheden noodzakelijk zijn.

## 4.5 Financiële problemen

Gemarginaliseerde gebruikers hebben, ondanks een initiatief als *Buro Aktief*, vaak **geen werk**. De meesten van hen leven van een vervangingsinkomen zoals een werkloosheidsuitkering, ziekte – uitkering, pre – pensioen,... Sommige Belgische gebruikers hebben zelfs geen recht op deze uitkeringen omdat hun administratie niet meer in orde is. Anderen leven van de inkomsten van een partner. De beperkte financiële middelen, in combinatie met een afhankelijkheidsproblematiek, leidt ertoe dat gebruikers vaak op illegale manieren aan geld trachten te komen: via zwartwerk, diefstal, bedelen, sekswerk en illegale drugverkoop. Gebruikers hebben vaak te kampen met **schulden**. Zolang hun leven door het middelengebruik overheerst wordt, maken zij zich hier weinig zorgen over. Pas wanneer ze hun leven weer op 'de rails' proberen te krijgen, worden zij ermee geconfronteerd. Hun schuldenlast bemoeilijkt het herstelproces. Deze schulden kunnen gemaakt zijn

bij verschillende instanties: banken, onbetaalde huishuur of energiefacturen, telefoonrekeningen, ziekenhuiskosten, deurwaarders, winkels die op afbetaling verkopen, oplopende GAS-boetes... Gemarginaliseerde gebruikers moeten vaak (opnieuw) met geld leren omgaan. De afdeling schuldbemiddeling van OCMW Antwerpen tracht samen met de cliënt te zoeken naar hulpvormen afhankelijk van het aantal schulden en de grootte.

Bij de uitvoering van de *Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor* in 2007 stelden we reeds vast dat het hebben van werk niet voor alle gebruikers een prioriteit is. Het is ook anno 2010 niet de eerste hulpvraag die gebruikers stellen.

- Enerzijds zijn er gebruikers die willen werken, maar overal worden afgewezen. Om dit te vermijden, moeten gebruikers vaak doelbewust over het verleden liegen. Verder dient opgemerkt dat gemarginaliseerde gebruikers vaak niet over een diploma beschikken, omdat zij op jonge leeftijd de school verlieten.
- Anderzijds is een deel van hen niet langer vragende partij om te werken. Weinig druggebruikers kunnen nog in een reguliere arbeidssituatie tewerkgesteld worden. Zij kunnen amper voldoen aan het arbeidsritme dat gevraagd wordt. Enkel onder hen geven aan weliswaar nood te hebben aan dagelijkse routine, maar op een ritme dat zij kunnen volgen.

**Sociale activering en integratie** van (ex-) drugsgebruikers blijft een pijnpunt. De stad Antwerpen probeert hieraan tegemoet te komen door het inrichten van laagdrempelige werkgelegenheid via '*Buro Aktief*', en arbeidstrajectbegeleiding en opleiding via de vzw *Sociale werkplaatsen van De Sleutel*.

## 4.6 Sociale contacten

Eenzaamheid vormt een belangrijk probleem voor gemarginaliseerde gebruikers. Sommigen hebben alleen nog sociale contacten met andere gebruikers



en hulpverleners. Als ze zich willen terugtrekken uit de ‘scene’, hebben ze weinig om op terug te vallen. ‘Gebruiksvrienden’ hebben is niet hetzelfde als ‘echte vrienden’ hebben. Na jaren van gebruik is het ook heel moeilijk om opnieuw contacten met niet-gebruikers op te bouwen. Het gebruik heeft enerzijds geleid tot een sociaal isolement. De eenzaamheid werkt vervolgens als een extra stimulerende factor voor het gebruik. Volgens veel gebruikers is net dát de reden voor de hoge concentratie van gebruikers in bepaalde buurten: voor gemarginaliseerde gebruikers die geen sociaal netwerk meer hebben, vormen de ontmoetingsplaatsen het enige sociale vangnet [zie hoofdstuk 3, p. 29].

### Good practice

Om beroepskrachten en vrijwilligers te ondersteunen in het begeleiden van praat- en oudergroepen, ontwikkelde de **Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen** de *GROOD-werkmap*. Deze methode is gericht op het verhogen van de competentie van ouders in de omgang met hun gebruikend kind. Ouders geven aan na afronding van deze oudergroepen meer tevreden te zijn over het gezinsleven en het eigen welbevinden.<sup>60</sup> Daarnaast biedt de VAD op haar website (www.vad.be) nog andere instrumenten voor wie wil werken met ouders, kinderen of partners van gebruikers. Er bestaat ook gespecialiseerde literatuur over de omgang met druggebruikende kinderen.

## HOOFDSTUK 5:

# Kwetsbare groepen en gemeenschappen

*In dit hoofdstuk bespreken we een aantal kwetsbare groepen in Antwerpen, die vaak een gebrekkige toegang hebben tot de reguliere drughulpverlening, en –om uiteenlopende redenen – extra aandacht vragen. We bespreken achtereenvolgens: oudere druggebruikers (§5.1), druggebruikende ouders (§5.2), sekswerkers (§5.3), ex-gedetineerde gebruikers (§5.4), vrouwelijke druggebruikers (§5.5), dubbelediagnosepatiënten (§5.6), gebruikers met een verstandelijke beperking (§5.7) en diverse allochtone groepen en gemeenschappen (§5.8).*

## 5.1 Oudere druggebruikers

De stad Antwerpen wordt in toenemende mate geconfronteerd met een groep oudere gebruikers, i.e. 45-plussers met een jarenlange carrière van excessief druggebruik achter de rug. Dit fenomeen wordt ook elders in Europaesignaleerd. Het vindt zijn verklaring onder meer in de algemene vergrijzing van de bevolking, de effectiviteit van allerlei behandelingen (waardoor ook excessieve druggebruikers langer leven) en het invoeren van allerlei schadebeperkende initiatieven (*harm reduction*).

Deze oudere gebruikers trachten –niet zelden met enig succes– hun gebruik te stabiliseren, maar als gevolg van het jarenlange gebruik treedt een versneld verouderingsproces op. Een rapport van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) over deze specifieke populatie spreekt over een versnelling in het verouderingsproces van 15 à 20 jaar. Volgens datzelfde rapport verloopt het verouderingsproces nog sneller naarmate de levensomstandigheden van de gebruiker slechter zijn.<sup>61</sup>

**Oudere gebruikers** hebben vaker te kampen met virale infectieziekten, zoals hepatitis. Ze hebben immers een langere gebruikscarrière achter de rug. Ze gebruikten immers reeds in een tijd toen schadebeperkende maatregelen nog niet werden gepromoot. Hun

jarenlange levensstijl lijdt overigens tot een slechter zicht en een algemene slechte lichamelijke conditie. Alcohol- en tabakgebruikers kunnen kampen met aandoeningen als hartziekten en diabetes. Gebruikers die vaak hun middelen roken (chinezen, basen, roken) maken kans op ademhalingsproblemen en longziekten. Bij injecterende gebruikers zijn de aders nogal eens beschadigd. Injecteren wordt daardoor moeilijker, waardoor ze in de voeten of de lies spuiten, met alle risico’s vanden. Tandproblemen zijn een ander probleem voor oudere gebruikers. Dit is vaak het gevolg van slechte mondhygiëne en eetgewoontes en van onverzorgde complicaties. Tandverlies komt vaak voor. Ook mentale problemen (angststoornissen, dementie, eenzaamheid, geheugenproblemen en verwardheid) komen meer voor in deze groep gebruikers dan bij niet-gebruikende leeftijdsgenoten of jongere gebruikers. Dakloosheid onder deze groep vormt tevens een probleem. Het overleven op straat is voor deze mensen harder dan voor jongeren daar hun recuperatievermogen taant. Het verouderde lichaam reageert bovendien heftiger op eenzelfde dosis drugs dan een jonger lichaam.

Het stigma omtrent druggebruik en afhankelijkheid is zo mogelijk nog groter voor oudere gebruikers, zij lopen hierdoor het risico om uitgesloten te worden van werk, sociale activiteiten en maatschappelijke dienstverlening. Momenteel wordt er in Antwerpen

voor gekozen om oudere gebruikers binnen de bestaande drughulpverleningsstructuren te helpen, eerder dan gespecialiseerde behandelingen aan te bieden. Dit draagt risico's in zich. De huidige programma's zijn vaak gericht op jongere mensen, die houden minder rekening met zaken die oudere mensen (in het algemeen) overkomen: verminderde mobiliteit, hoge sterfte van belangrijke vrienden... Bijkomend hebben oudere gebruikers dikwijls een geschiedenis binnen de drughulpverlening, zij kwamen meer dan eens in contact met verschillende vormen van therapie. Anderzijds hebben sommige oudere gebruikers een geschiedenis van mislukkingen binnen de drughulpverlening achter de rug. Deze populatie is gebaat bij ondersteuning, eerder dan bij de zoveelste intensieve therapie die op abstinentie gericht is. Reguliere rusthuizen zijn niet voldoende uitgerust om aan de noden van oudere gebruikers tegemoet te komen: het personeel is er niet voldoende opgeleid om de juiste psychosociale begeleiding te bieden. Oudere gebruikers staan niet te springen om in een dergelijke setting te gaan leven: vaak is hun leven anders ingericht en, niet onbelangrijk, zijn zij in leeftijd heel wat jonger dan de gemiddelde bewoner. Ten slotte zou het tot spanningen kunnen leiden tussen de oorspronkelijke bewoners (denk aan stigmatisering) en de gebruikers (denk aan gebruik en potentiële vermogenscriminaliteit om te voorzien in gebruik).<sup>62</sup> CAW De Mare merkte op dat er in Antwerpen daklozen zijn die door hun turbulente levensstijl (waaronder eventueel gebruik) op jongere leeftijd zorgbehoevend worden, te jong voor de reguliere voorzieningen voor oudere mensen. In dit kader startte het CAW - naast het opvangcentrum St. Andries - met een *experiment rond 'zorgwonen'*. Dit jaar werden 5 studio's ter beschikking gesteld van zorgbehoevende cliënten. Zij kunnen hier voor een langere periode verblijven en krijgen woonbegeleiding (voor andere dakloze mannen zijn er ook studio's ter beschikking, maar voor hen is het de bedoeling dat ze intensieve woonbegeleiding krijgen van een half jaar tot een jaar). Vanuit het opvangcentrum houdt men contact met deze mensen. Voor verzorging

en hulp in het huishouden wordt waar nodig vzw Familiehulp ingeschakeld. Gebruikers met een acuut afhankelijkheidsprobleem worden niet toegelaten, enkel niet-gebruikers en gebruikers die in belangrijke mate controle hebben over hun gebruik worden aanvaard.



### Good practice

Onder meer in **Denemarken, Nederland en Duitsland** werden sinds de late jaren 1990 gespecialiseerde rusthuizen ontwikkeld voor de doelgroep van gebruikers.<sup>63</sup> In **Nederland** werden in verschillende steden aparte voorzieningen ingebed in bestaande rusthuizen of psychiatrische centra. Oudere gebruikers worden 24 uur per dag opgevolgd. De doelstellingen zijn: het duurzaam aanleren van zelfstandig wonen, budgetbeheer en routine; het opvolgen van te nemen medicatie en het laten deelnemen aan activiteiten die georganiseerd worden vanuit de voorziening. Hoewel bewoners worden aangemoedigd om hun gebruik te controleren en te verminderen, wordt het ze niet verboden. Het achterliggende doel is om de gebruikers te helpen om hun laatste jaren in comfort en waardigheid te laten doorbrengen. De meesten blijven permanent in deze voorzieningen, anderen slagen er na enkele jaren in zelfstandig te wonen. In **Duitsland** wordt zowel voorzien in langdurige residentiële begeleiding als in ambulante woonbegeleiding voor oudere gebruikers. Vaak wonen de oudere gebruikers in leefgemeenschappen en hebben ze toegang tot ambulante drughulpverlening en ouderenzorg binnen reguliere settings.<sup>64</sup>

## 5.2 Druggebruikende ouders

Ook in het rapport van de *Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor 2007* werden druggebruikende ouders als een kwetsbare groep gesignaleerd. Het gebruik heeft gevolgen voor de ouders zélf, en voor hun kinderen. Ouders die erg intensief gebruiken,

tonen zich soms minder emotioneel betrokken bij de opvoeding van hun kinderen. Verder zijn de levensomstandigheden van gemarginaliseerde gebruikers vaak niet geschikt voor de opvoeding van een kind: ze overleven met een uitkering, doen sekswerk of plegen criminele feiten, zijn slecht gehuisvest en beschikken over een beperkt sociaal netwerk. Soms leidt de combinatie van deze stressoren tot intrafamiliaal geweld. Gebruikende ouders, die reeds contacten hadden met de Jeugdrechtbank of het Comité Bijzondere Jeugdzorg, wantrouwen hulpverlening vaak. Het is voor hen moeilijk om met een officiële instantie eerlijk te praten over hun gebruik. Deze mensen hebben angst om hun kinderen te verliezen. Een groot probleem voor deze groep gebruikers is de toegang tot de traditionele residentiële hulpverlening. Ze moeten opvang vinden, of willen van hun kinderen niet worden gescheiden. De kinderen hebben het uiteraard ook moeilijk om één of meer opnames van hun vader en/of moeder te plaatsen. *Bubbels en Babbels*, een project van de stad Antwerpen en Free Clinic vzw, is al tien jaar een belangrijk initiatief. Zij begeleiden druggebruikende ouders met jonge kinderen door middel van casemanagement. In 2011 start ADIC met een *'Residentieel zorgaanbod voor gebruikende ouders en hun kinderen'*. Dat is expliciet gericht op ouders die het moeilijk hebben om zich omwille van hun jonge kinderen te laten opnemen. De kinderen gaan overdag naar externe opvang of het reguliere onderwijs, terwijl de ouders een therapeutisch programma volgen. Op die manier tracht men een breuk tussen ouder en kind te vermijden.<sup>65</sup>

## 5.3 Sekswerkers

Voor een aantal gebruikers is (straat)sekswerk een van de overlevingsstrategieën om inkomsten te verwerven. Onder de straatsekswerkers bevinden zich een aanzienlijk aantal excessieve en injecterende gebruikers van cocaïne en heroïne. Sekswerk is soms een **overlevingsstrategie**, wat betekent dat sekswerkers in die gevallen vaak risico's nemen.

Deze vrouwen hebben meer dan eens onveilige seksuele contacten, lopen het risico op besmetting met seksueel overdraagbare aandoeningen (herpes, chlamydia, gonorroe, HIV...), ongewenste zwangerschappen... Straatsekswerkers kenmerken zich door een complexe problematiek. Ze zijn vaak getraumatiseerd en zijn psychisch en lichamelijk in zeer slechte conditie. Druggebruik is functioneel om sekswerk te kunnen (blijven) verrichten, en sekswerk genereert inkomsten om het druggebruik te financieren. Deze vrouwen leiden dikwijls een chaotisch bestaan – het dagritme bestaat uit een snelle opeenvolging van geld verdienen en gebruiken – en daarom zetten zij de stap naar de hulpverlening moeilijk. Veel straatsekswerkers komen in aanraking met de politie. Ze stapelen vaak hun boetes op en lopen het risico door hun illegale inkomen hun bestaansminimum te verliezen. Op die manier komen ze nog sneller in een neerwaartse spiraal terecht. Algemeen wordt aangenomen dat dit een **moeilijk te bereiken** groep is. Met haar prostitutiebeleid wil de stad Antwerpen de overlast ten gevolge van straatprostitutie tegengaan door GAS-boetes op te leggen bij de overtreding van het tippelverbod. Die strategie maakt het voor de hulpverleners moeilijker om contacten met deze kwetsbare groep te leggen, hun vertrouwen te winnen en hulp aan te bieden. Sommige hulpverleningsinstellingen hebben vrouwelijke (ex-)sekswerkers onder hun doelgroep, al vormen zij een minderheid. Sommige panelleden benadrukken dat het fenomeen zich verspreidt en moeilijker zichtbaar wordt, naarmate repressieve beleidsstrategieën de overhand krijgen. Sekswerkers spreken vaker per telefoon of via het internet af met hun klanten.<sup>66</sup> Daardoor wordt deze doelgroep ook minder bereikbaar. Veel straatsekswerkers kunnen niet in een veilige en hygiënische omgeving gebruiken. Het komt ook voor dat de vrouwen aan sekswerk doen in ruil voor drugs in de plaats van geld. De **mannelijke sekswerkers** vormen een extra kwetsbare groep waaraan aandacht moet worden besteed. Ook daar duiken heel wat gezondheidsproblemen op (soa's, hepatitis, dubbele diagnose). Een deel van deze jongens is minderjarig,

en –meer nog dan bij vrouwelijke sekswerkers- hebben mannelijke sekswerkers vaker een illegaal verblijfsstatuut. Dit maakt de **toegang tot de hulpverlening** nog moeilijker. Toch wordt benadrukt dat slechts een deel van de mannen aan sekswerk doen om het eigen druggebruik te financieren. Het *Boysproject* van CAW De Terp is een vorm van straathoekwerk en richt zich op alle jongens en mannen in de prostitutie en jongens die een verhoogd risico lopen om in de prostitutie terecht te komen in de regio Antwerpen. De doelstellingen van het project hebben betrekking op *harm-reduction*, gezondheidspreventie, begeleiding en maatschappelijke weerbaarheid. Sinds 2008 zet de dienst Seksuele Gezondheid van de stad Antwerpen een straathoekwerker in die zich specifiek op (vooral vrouwelijke) straatsekswerkers richt. Dit project basiszorg voor straatprostituées is ondergebracht onder vzw Free Clinic. De straathoekswerkster bouwde contacten op met een grotere groep van vrouwen dan men in Antwerpen vermoedde. De meeste hulpverleners vinden dit een erg lovenswaardig initiatief: deze straathoekwerker slaagt erin het vertrouwen van die vrouwen te winnen en schadebeperkende boodschappen over te brengen. Zij richt zich niet enkel op middelengebruik, maar tracht deze vrouwen ook vaardigheden als koken en persoonlijke hygiëne bij te brengen.

## 5.4 Ex-gedetineerden en justitiecliënteel

Sinds 2001 bestaat er in de gevangenis van Antwerpen een *centraal aanmeldingspunt voor druggebruikers* (CAP). Verschillende hulpverleningscentra werken samen om wekelijks permanentie in de gevangenis te voorzien. Een gebruiker kan tijdens zijn detentie een gesprek aanvragen met een hulpverlener die hem naar de verschillende behandelingscentra kan toeleiden.<sup>67</sup> Sinds april 2010 neemt het Justitieel Welzijnswerk Antwerpen (JWA, ingebed in CAW Metropool) beklaagden op intake de dag nadat zij in de gevangenis worden opgesloten. Voorheen

gebeurde dat door de psychosociale dienst van de gevangenis. De trajectbegeleider van het JWA staat in voor het onthaal van gedetineerden en hun directe sociale omgeving. Zij bespreken samen met de gedetineerden en/of hun familie hun belangrijkste behoeften op het vlak van welzijn, en informeren en oriënteren de gedetineerden indien nodig omtrent het meest geschikte hulp- en dienstverleningsaanbod.<sup>68</sup> Daarbenevens is er sedert twee jaar een VDAB-consulent in de gevangenis aan het werk. Deze begeleidt de gedetineerden tijdens hun detentie in hun zoektocht naar werk. Volgens de psychosociale dienst van de gevangenis van Antwerpen werpt deze methode stilaan vruchten af. Toch stellen we op het terrein vast dat er (nog steeds) **onvoldoende nazorg** is voor mensen die na een detentieperiode in vrijheid worden gesteld. Ex-gedetineerden met een (voorgaande) afhankelijkheidsproblematiek weten vaak niet waar ze heen kunnen. Velen zijn het contact met familie of niet-gebruikende vrienden verloren geraakt. Wie zonder voorwaarden in vrijheid wordt gesteld, krijgt weinig ondersteuning aangeboden. Velen worden dakloos nadat zij hun straf hebben uitgezeten en komen in opvangcentra terecht. Volgens panelleden zouden er meer initiatieven **vanuit de gevangenis** zelf moeten worden genomen: het zoeken van een woonst of van werk zou al tijdens de detentie moeten worden vergemakkelijkt. Wanneer ex-gedetineerden bij hun vrijlating wél voorwaarden opgelegd krijgen, is het voor sommigen nog moeilijker. Voorwaarden zoals het vinden van werk of een woning zijn niet zo makkelijk te vervullen, zeker wanneer er geen begeleiding wordt voorzien. En omdat deze voorwaarden dus snel geschonden worden, moeten deze mensen in sommige gevallen al na korte tijd terug naar de gevangenis. Zulke voorwaarden zijn in principe verdedigbaar, maar verschillende panelleden pleiten ervoor deze meer te individualiseren, meer gefaseerd toe te passen en vooral: meer begeleiding te voorzien.

Het project **‘ketenaanpak verslaafde veelplegers’** ging na een conceptuele fase van start op 1 oktober 2010. De behandelende magistraat kan in het kader

van een ‘vrijheid onder voorwaarden’ personen aanmelden bij de justitiële casemanager. Deze gaat, in overleg met de betrokkene, op zoek naar een geschikt hulpverleningsaanbod op maat. Indien de behandelende magistraat instemt met het door de casemanager geleverde advies kan de hulpverlening opgestart worden. Deze persoonsaanpak op maat heeft als doel een integrale samenwerking tussen de betrokken diensten te realiseren om zo te komen tot meer verfijnde en afgestemde voorwaarden. Dit project dient in de toekomst verder te worden geëvalueerd. Volgens de huidige richtlijnen dienen de politiediensten, wanneer zij van oordeel zijn dat de omstandigheden zich ertoe lenen, de meerderjarige geverbaliseerde druggebruiker een aanbod tot **therapieadvies** te doen. De meerwaarde van een eventuele doorverwijzing naar de drughulpverlening wordt in het huidige systeem overgelaten aan de beoordeling van de verbalisant. De drughulpverlening houdt vervolgens het parket op de hoogte van het gevolg dat aan de aanmelding wordt gegeven. Gelet op het stijgend druggebruik bij jongeren wil het parket het bestaande aanbod tot therapieadvies niet alleen dwingend maken voor minderjarigen, maar ook voor jongvolwassenen in de leeftijdscategorie van 18 tot 25 jaar. In 2011 zal aan elke druggebruiker tussen 18 en 25 jaar therapieadvies aangeboden worden. De verdere vervolging van de drugfeiten zal verder afhankelijk zijn van de bereidheid om op gesprek te gaan bij de drughulpverlening en de opvolging van de aldaar geformuleerde adviezen. Voor de minderjarige druggebruikers blijven de geldende richtlijnen van kracht, nl. een systematisch aanbod van therapieadvies door politie en jeugdparket. Voor de overige meerderjarige druggebruikers (+ 25 jaar) blijft het aanbod afhankelijk van de feitelijke beoordeling van de verbaliserende politieagent.

### Good practice

‘TOPcoaches’ is een **Antwerps** project gericht op jonge gedetineerden, dat sedert 2008 werd opgezet als een samenwerking tussen

het Antwerps minderhedencentrum de8, CAW Metropool, Samen Leven stad Antwerpen, het departement Welzijn van de Vlaamse Gemeenschap en de Gevangenis Antwerpen. Zowel tijdens als na hun detentie worden jonge gedetineerden begeleid aan de hand van een stappenplan, dat een coach samen met de jongere opmaakt. Het project richt zich jammer genoeg enkel op jongeren. Ook een ernstige drugproblematiek kan een exclusie criterium vormen. Echter, ook oudere ex-gedetineerden én (voormalige) druggebruikers zouden bij een dergelijke coaching wel kunnen varen.

## 5.5 Vrouwelijke druggebruikers

In de reguliere drughulpverlening bieden zich minder vrouwen aan dan mannen. Dat hangt wellicht onder meer samen met verschillen inzake de prevalentie van middelengebruik onder mannen en vrouwen, die ook bij de algemene bevolking worden vermoed. Daarnaast opperen de panelleden verschillende verklaringen: vrouwen gebruiken minder vaak illegale drugs, maar vaker geneesmiddelen en/of alcohol. Ze zien deze middelen niet steeds als ‘verslavende drugs’ en formuleren bijgevolg ook minder snel een vraag naar hulp. Dat geldt in het bijzonder voor allochtone (moslim)vrouwen *[zie ook §5.8]*. Bovendien vinden vrouwen, anders dan mannen, nog bepaalde uitwegen als ze problemen ervaren: ze vinden vaak nog externe steun, of beginnen als overlevingsstrategie met sekswerk. Als ze kinderen hebben, is dat een betere situatie om in aanmerking te komen voor een uitkering, voor een sociale woning, enz. Als ze in de problemen raken, zouden vrouwen zich ook sneller tot psychiatrische hulpverlening wenden. Sommige panelleden stellen vast dat de vrouwen die ze wél te zien krijgen, meestal te kampen hebben met een ernstiger probleem dan de gemiddelde man die ze zien. Deze vrouwen hebben vaak een voorgeschiedenis van mishandeling, misbruik en sekswerk en hun gebruik is vaak destructiever (en gaat in sommige gevallen gepaard met automutilatie). Sedert juli 2007 is Free Clinic vzw gestart met *PROject*,

een *genderspecifieke werking* voor vrouwen binnen de drughulpverlening. Sinds 2010 wordt *PROject* ook met middelen van de stad Antwerpen betaald. Er wordt gewerkt in ‘een veilige en rustige omgeving, op een kleinschalige, comfortabele en kindvriendelijke locatie.’ Deze deelwerking van Free Clinic vzw bevindt zich op een andere locatie dan het MSOC. Deze satelliet biedt net als het MSOC de mogelijkheid tot medische consultatie en individuele begeleiding. De traditionele wachttijd wordt gebruikt voor een zeer laagdrempelig, informeel en vrijblijvend aanbod. Er is mogelijkheid tot een vraaggestuurde babbel - individueel of in groep – met de psychologe en/of de verpleegkundige. In de huiselijke sfeer van de keuken/wachtsaal ontwikkelt zich een soort groepsgebeuren waar de vrouwen en hun kinderen lotgenoten ontmoeten. Dit geeft stof tot interactie die op een ongedwongen manier therapeutisch werkt. Ook vrouwelijke sekswerkers kunnen hier terecht.

## 5.6 Dubbele diagnose cliënten

Dubbele diagnose betreft de combinatie van een drugsproblematiek met een psychiatrische problematiek. Hoewel de diagnose niet altijd wordt gesteld, komt dubbele diagnose volgens bijna alle sleutelfiguren in Antwerpen vaak voor. Deze dubbele problematiek blijkt vooral voor te komen bij langdurige of intensieve gebruikers, bijvoorbeeld jongeren die overvloedig cannabis roken of gebruikers die langdurig cocaïne gebruiken. Dubbele diagnose-clieënten worden beschouwd als één van de meest kwetsbare groepen, en de meeste panelleden gaan ervan uit dat er nog heel veel mensen met een dubbele diagnose verborgen blijven. Het is dikwijls niet eenvoudig om cliënten **probleeminzicht** bij te brengen. De meerderheid van de mensen met een dubbele diagnose ervaart immers geen probleem. Zij hebben geen enkel probleembesef waardoor ze niet gemotiveerd zijn om naar de hulpverlening te stappen. Of iemand een dubbele diagnose heeft, blijft op die manier een subjectieve inschatting. De community fieldworkers geven wel aan dat op straat tal van gebruikers rondlopen bij wie

een sterk vermoeden van een psychiatrisch probleem bestaat. Dat aantal (gebruikers met een dubbele diagnose) wordt volgens hen zelfs ernstig onderschat. Anderzijds nemen sommige panelleden een sceptische houding aan ten aanzien van de al te makkelijke toekenning van het **etiket** ‘dubbele diagnosecliënt’. Als een gebruiker moeilijk doet, wordt vaak het etiket van ‘dubbele diagnosecliënt’ opgekleefd. Desalniettemin zijn alle Antwerpse sleutelfiguren het erover eens dat mensen met een dubbele diagnose heel moeilijk in de hulpverlening terecht komen omdat de opvangmogelijkheden beperkt zijn. Mensen met een dubbele diagnose kunnen in principe moeilijk ergens onmiddellijk terecht. Dit maakt dat de meest zorgbehoevenden op straat blijven rondlopen. Als mensen met een dubbele diagnose de vraag naar hulp stellen, is het niet evident om opvang te vinden. Sommige drughulpverleningscentra kennen een groepswerking en mensen met een zware psychiatrische problematiek hebben het moeilijker om in groep te functioneren. Dat vormt een uitsluitingscriterium. Ook andere opvangcentra geven aan dat deze groep heel moeilijk hanteerbaar is. Ook de toegang tot psychiatrische ziekenhuizen te Antwerpen wordt bemoeilijkt. Psychiatrische afdelingen staan doorgaans niet te springen om deze cliënten op te nemen, omwille van hun druggebruik. Er bestaat in Antwerpen **geen psychiatrisch centrum met een specifieke afdeling voor dubbele diagnose patiënten**. Noodgedwongen worden veel mensen met een dubbele diagnose naar het Psychiatrisch Centrum (PC) in Sleidinge doorverwezen, waar een specifieke afdeling bestaat voor mensen met een dubbele diagnose. Andere residentiële opvangmogelijkheden zijn gevestigd in het PC Sint-Amadeus te Mortsels, het Psychiatrisch Centrum van de Broeders Alexianen te Boechout en het Psychiatrisch Centrum Sint-Norbertushuis te Duffel. De EPSI (Eenheid Psychiatrische Spoedinterventie) biedt momenteel crisisopvang voor drie dagen. Er wordt geen nieuwe methadonbehandeling opgestart, maar lopende methadontherapiën worden wel voortgezet. Daarnaast wordt er enkel Depronol verschaft, een geneesmiddel met morfineachtige werking.

Sedert enkele jaren ervaren panelleden een **grotere openheid van psychiatrische instellingen** jegens dubbele diagnosecliënten. Zo draagt het *Forum voor verslavingsartsen en psychiaters*, dat sinds 2003 bestaat, ongetwijfeld bij tot een meer open blik vanuit de psychiatrie naar deze gebruikers. Ook het *cliëntenoverleg* dat vanuit het Stedelijk Overlegplatform Drugs Antwerpen (SODA) werd opgezet, stimuleert het overleg tussen verschillende instellingen over individuele cliënten met deze complexe problematiek. Panelleden geven aan dat er bij gespecialiseerde instellingen (zoals het Psychiatrisch Centrum St-Amadeus in Mortsels en het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen in Boechout) en bij de psychiatrische afdelingen van een aantal ziekenhuizen (PAAZ) stilaan een grotere bereidheid is gegroeid om een eerste opvang te overwegen en bij voldoende onderbouwde indicaties patiënten op te nemen. Toch blijft het de facto aartsmoeilijk om iemand met een afhankelijkheidsprobleem in de meest geschikte instellingen geplaatst te krijgen. Het bittere gevolg is dat deze mensen met een zeer complexe problematiek op de minst gespecialiseerde hulpverleningsinstanties terugvallen, zoals daklozencentra of straathoekwerkers. Die laatste geven tegelijkertijd aan dat ze naar hun aanvoelen door de ziekenhuizen niet even serieus worden genomen, wat een adequate doorverwijzing bemoeilijkt. Bovendien is er het probleem van de **wachlijsten**. Dat geldt voor alle cliënten, maar voor deze groep zijn de gevolgen zo mogelijk nog desastreuzer. Als een hulpverlener een gebruiker uiteindelijk gemotiveerd krijgt om de stap naar de psychiatrische hulp te maken, botst deze laatste op wachlijsten, wat de motivatie danig doet slinken of de cliënt doet afhaken. Het gevolg is dat deze mensen rusteloos op straat blijven rondlopen. Het overwinnen van weerstand vormt één van de belangrijkste uitdagingen. Vaak heeft deze doelgroep slechte ervaringen met psychiatrische zorg en zijn het **‘zorgmijders’** geworden. Nog vóór het stellen van een diagnose, het opmaken van een behandelingsplan of het verdelen van medicatie is de uitdaging voor de hulpverlener om een relatie op

te bouwen met deze mensen, om bij de potentiële cliënt openheid te creëren. Dit kan wellicht het best via psychiatrisch outreachwerk: door contact te zoeken via het aanbieden van voedsel, water, kledij of een slaapplek in een shelter en (vooral) goed te luisteren naar de persoon in kwestie. Tijdens het eerste contact hoeft men nog niet te spreken over behandeling. Het doel is ervoor te zorgen dat de dakloze ook een volgende keer nog met iemand van het team wil spreken. Zolang deze openheid niet wordt bewerkstelligd, is verdere actie onmogelijk. Ten tweede dient opgemerkt dat het vaak om erg geïsoleerde mensen gaat die geen sociale contacten hebben of contacten met hulpverlening. Het kan een opdracht vormen van een mobiel team om deze mensen weer met het zorgcircuit in contact te brengen. Pas wanneer de persoon in kwestie opnieuw contacten onderhoudt met de hulpverlening, kan aan herstel gewerkt worden. Hoe meer de persoon op duurzame wijze zijn weg vindt in een hulpverleningstraject, hoe kleiner de ondersteunende rol van het mobiele team wordt. Niet alleen vinden deze cliënten moeilijker de weg naar de hulpverlening, ze hebben bovendien minder kansen om te slagen. Ze haken sneller af, of ze moeten noodgedwongen met de therapie stoppen, omdat ze de regels niet respecteren. Dat leidt op zijn beurt bij de cliënten tot een geschonden zelfbeeld en minder geloof in de hulpverlening. Ze ontwikkelen een fatalistische houding, en ze willen het niet nog eens proberen. Na een mislukte poging tot therapie ziet ook de hulpverlening deze cliënten minder graag komen. Er worden sinds kort enkele initiatieven ontwikkeld om de **psychiatrische expertise bij drughulpverleners** te verhogen: ADIC verzorgt momenteel bijscholing voor zijn medewerkers. Bij het inlooppcentrum *De Steenhouwer* (CAW De Terp) en het opvangcentrum *St. Andries* (CAW De Mare) zijn sinds begin 2009 psychologen van het CGG Adante vzw werkzaam voor enkele uren per week. In het sociaal centrum *De Wilg* biedt een zorgteam met psychiatrisch verpleegkundigen psychiatrische zorg. De samenwerking tussen SODA, OGGPA en OCMW Antwerpen moet resulteren in de uitbouw van



een Zorgcircuit Problematisch Middelengebruik. Dit heeft tot doel de samenwerking tussen verschillende sectoren te bevorderen (drughulp, welzijnswerk, psychiatrie) en moet resulteren in een samenwerkingsverband tussen de verschillende zorgaanbieders.

Ook het vermelden waard is de reconversie in het kader van artikel 107 uit de federale ziekenhuiswet, die ervoor zorgt dat psychiatrische ziekenhuizen flexibler zullen kunnen omspringen met de middelen die hen door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid werden toegekend. Psychiatrische ziekenhuizen kunnen op die manier chronische bedden afbouwen, en de middelen die zo vrijkomen kunnen voor ambulante vormen van psychiatrische zorg worden aangewend.

#### Good practice

In **Jacksonville, Florida** organiseert het I.M. Sulzbacher Center, een servicecenter voor daklozen over heel Florida, sinds een tiental jaar het *Homeless Outreach to Promote Empowerment (HOPE)-project*. Multidisciplinaire teams, samengesteld uit vier case-managers die bijzondere expertise bezitten inzake afhankelijkheid en huisvestingsproblematiek, een verpleegster en een psychiater, trachten dakloze gebruikers en niet-gebruikers met een psychiatrische problematiek te overtuigen om zich te laten behandelen.<sup>70</sup> Ook in **Ottawa** (het Psychiatric Outreach Team, verbonden aan het Royal Ottawa Hospital, Canada)<sup>71</sup> en in **San Francisco** (de Street Outreach Services van het San Francisco Community Clinic Consortium)<sup>72</sup> bestaan gelijkaardige initiatieven, waarbij mobiele teams potentiële cliënten met een psychiatrische aandoening op straat of in nachtopvangcentra en inloopcentra gaan opzoeken, en ook het personeel van deze centra adviseren en ondersteunen.

## 5.7 Triple diagnosecliënten - mensen met een verstandelijke beperking

Voor het eerst signaleren verschillende panelleden de kwetsbare groep van gebruikers met een verstandelijke beperking: een mentale handicap of een laag IQ dat net niet onder de diagnose van mentale handicaps valt. Het blijkt zeer moeilijk om deze mensen de reguliere groepstherapieën binnen de residentiële drughulpverlening te laten volgen, vanwege het niveauverschil met de andere cliënten. En omwille van hun afhankelijkheidsproblematiek kunnen zij ook moeilijk terecht in de reguliere opvang voor mensen met een verstandelijke beperking. Soms kampen zij ook nog eens met een psychiatrische problematiek; het betreft dan zgn. **‘triple diagnose patiënten’**. Een van de mogelijke verklaringen voor het feit dat deze groep nu opduikt, kan te maken hebben met het emancipatiebeleid ten aanzien van mensen met een lichte verstandelijke handicap: zij worden –meer dan vroeger- gestimuleerd om zelfstandig te wonen en te leven. De combinatie met het feit dat er een vrij toegankelijke lokale drugsmarkt is, kan ertoe leiden dat zij makkelijker met roesmiddelen in contact komen. Volgens sommige panelleden is het niet ondenkbaar dat deze groep in de nabije toekomst spectaculair zal aangroeien.

## 5.8 Allochtone groepen en gemeenschappen

De meeste gebruikers in Antwerpen zijn mensen met de Belgische nationaliteit én van Belgische origine. Eén opvallende bevinding van dit onderzoek is niettemin dat panelleden en community fieldworkers hebben gewezen op het feit dat de populatie druggebruikers in Antwerpen een steeds **grotere smeltkroes** van mensen van diverse afkomst aan het worden is. D.w.z.: er is een duidelijke toename in de diversiteit van nationaliteiten en van Belgen van wisselende allochtone afkomst.

Deze trends bemoeilijken niet alleen het contact tussen druggebruikers onderling, maar maken het ook voor drughulpverleners in het algemeen en straathoekwerkers in het bijzonder lastig om contacten te leggen met deze ‘nieuwe druggebruikers’ in Antwerpen. Bovendien bemoeilijkt het de uitbouw van een effectief lokaal drugbeleid.

Voor allochtonen die geen Nederlands spreken, blijft de toegang tot de drughulpverlening moeilijk. Zij kunnen niet terecht in therapeutische settings (vaak groepswerking) waar het **werken met tolken** niet aangewezen is (bijvoorbeeld voor het voeren van een vertrouwelijk gesprek). In meer laagdrempelige drughulpverleningscentra spreken sommige medewerkers meerdere talen en staat tolken de goede werking niet per se in de weg (methadonverdeling, het Spuitenruilproject...). Wanneer een gebruiker geen van deze talen spreekt, wordt ook hier hulp bieden moeilijk.

Door de toestroom van **mensen zonder papieren** zijn er onder de druggebruikers ook méér mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Bovendien verblijven deze nieuwkomers soms maar enkele

maanden in de stad, om vervolgens weer voor lange tijd of definitief te verdwijnen. Gebruikers met veel sterkere ‘roots’ in de stad Antwerpen (zowel de oudere, autochtone gebruikers als gebruikers die deel uitmaken van de tweede, derde of vierde generatie van allochtone families) kunnen maar moeilijk met deze nieuwkomers communiceren, wat kan leiden tot een groter **wantrouwen onder gebruikers** in de scene. Terwijl veel oudere druggebruikers de Antwerpse drugscene tot halverwege de jaren ‘90 bestempelden als een meer uniforme scene, waarin gebruikers elkaar ‘kenden’ en ‘vertrouwden’, lijkt de scene door de aangroei van nieuwkomers meer gefragmenteerd. Onder de nieuwkomers bevinden zich vluchtelingen die uit oorlogsgebieden of politiek onstabiele gebieden afkomstig zijn. Hun verleden en hun huidige levensomstandigheden vormen bronnen van stress. Deze mensen kampen vaak met **psychologische trauma’s**, angststoornissen, posttraumatische stress, depressie en andere psychiatrische problemen. Ze vertellen onsamenhangende verhalen, vertonen soms agressief gedrag, en staan over het algemeen wantrouwig ten aanzien van straathoekwerkers,

*‘De scène is veranderd. Vele vreemdelingen die ook geen taal spreken. Die Russen en Tsjetsjenen en zo. En dan heb je die Somaliërs en zo. Dat zijn allemaal mensen uit een burgeroorlog, slachtoffer of moordenaar. Al-lemaal mensen met pijn, met trauma’s. Je wil niets met die miserie te maken hebben. En dan zijn ze hier voor hun asielaanvraag en dat loopt dan mis en dan zijn ze weg. Maar in tussentijd heb je ze 6 maanden of een jaar gekend. Vroeger had je Turken, Marokkanen en Vlamingen. We kenden elkaar, hadden samen op school gezeten en zo, we spraken Nederlands, keken naar dezelfde programma’s en zaten samen op de voetbal. Maar die andere mensen zijn van een andere planeet. En dus probeer je er afstand van te houden. Je kent ze niet, je komt ze tegen omdat je in hetzelfde milieu zit, omdat je gaat kopen in de Handelstraat. Je kan ze niet inschat-ten. En ik probeer er dan afstand van te houden.’*

*[community fieldworker, 13 juli 2010]*

hulpverleners én andere gebruikers.

De smeltkroes aan nationaliteiten in Antwerpen is schier oneindig: het betreft zowel kandidaat-EU-lidstaten (zoals Macedonië, Bosnië en Herzegovina...) als naburige landen in het oosten: Albanië, Oezbekistan, Wit-Rusland, Rusland (waaronder Tsjetsjenië),... Andere gebruikers zijn afkomstig uit EU-lidstaten (Verenigd Koninkrijk, Nederland, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Schotland en Portugal worden genoemd), en uit andere continenten (Afghanistan, Iran, Irak, Libanon, Pakistan, Chili en andere Latijns-Amerikaanse landen). Over gebruikers met zulke achtergronden weten panelleden en community fieldworkers erg weinig. Enkel de meest laagdrempelige hulpverlening heeft enigszins contact met een aantal van deze mensen. Een specifiek gebruikersprofiel kan men op deze diverse groep bijgevolg niet plakken. Een aantal groepen zijn groter in omvang en worden vaker genoemd. Panelleden en community fieldworkers gebruiken vaak specifieke termen om deze groepen te benoemen: de ‘Marokkanen’, de ‘Oost-Europeanen’, de ‘Afrikanen’. Dit taalgebruik weerspiegelt allicht de wijze waarop informeel over bepaalde allochtone groepen wordt gesproken. De facto gaat het soms om mensen die niet die nationaliteit bezitten, of ‘gemakshalve’ onder een bepaalde noemer worden geschaard, zonder dat respondenten de exacte afkomst hebben kunnen vaststellen. Hieronder bespreken we de groepen die panelleden en community fieldworkers het vaakst ter sprake brengen.

### Marokkaanse en Turkse gebruikers

Marokkaanse jongeren worden vaak geassocieerd met het dealen van drugs. Veel (jonge) straatdealers zijn van Marokkaanse afkomst. Kansarmoede speelt bij allochtonen vaak een bepalende rol bij het druggebruik. Diverse panelleden wijzen op de discriminatie die zij ervaren bij hun zoektocht naar werk of een huis. Vooral jongeren van Marokkaanse afkomst schatten hun maatschappelijke kansen

laag in. Sommige jongeren worden verleid om als loopjongen van een drugsdealer ingezet te worden. Op die manier kunnen ze snel en gemakkelijk geld verdienen. Dit vormt uiteraard een risico aangezien ze hun toekomst op het spel zetten. Sommige Marokkaanse vzw’s worden met het dealen van drugs in verband gebracht *[zie daarover ook hoofdstuk 3, p. 28]*.

Binnen islamitische gemeenschappen rust een **taboe op druggebruik**. Moslimgemeenschappen trachten het probleem vaak eerst binnen het gezin op te lossen (‘binnenskamers’), soms via extreme maatregelen zoals het uithuwelijken of het terugsturen naar het land van oorsprong. Men is bang voor roddels binnen de gemeenschap, en durft om die reden niet voor eventuele problemen uitkomen. De problemen naar aanleiding van problematisch druggebruik blijven dan ook dikwijls (te) lang verborgen. Hulpverleners zien gebruikers met een islamitische achtergrond doorgaans pas later in de gebruikerscarrière, wanneer de problemen al ernstiger van aard zijn. Bovendien bereiken schadebeperkende boodschappen deze gebruikers minder. Deze gebruikers houden het overigens minder lang vol in de hoogdrempelige hulpverlening. Ze koesteren andere verwachtingen ten aanzien van drughulpverlening, die samenhangt met een meer **‘lichamelijke’ visie op gebruik**: zij verwachten vaak dat een gebruiker na fysieke ontwenning ‘klaar’ is om zijn leven in de samenleving verder te zetten. Ze zijn gefocust op ‘abstinentie’, terwijl de hulpverlening zich veelal ook richt op geestelijke afhankelijkheid en steunt op het voeren van gesprekken. Voor deze gebruikers lijkt dat vaak zinloos.

In tegenstelling tot Marokkaanse gebruikers, vinden we Turkse gebruikers veel minder in de drughulpverlening terug.<sup>74</sup> In de meest laagdrempelige hulpverlening (de inloopcentra en het nachtopvangcentrum) stelt men een **toename van het aantal Marokkaanse gebruikers** vast. Verklaringen worden gezocht in een betere kennis van deze vormen van hulpverlening en een betere integratie van deze generatie gebruikers ten opzichte van hun ouders. Deze jongere generaties vinden makkelijker de weg naar deze vormen van hulpverlening. Culturele

verschillen spelen ook minder een rol, omdat deze gebruikers omwille van hun intensieve druggebruik door hun eigen gemeenschap werden verstoten. *‘Tuppercare’*, een preventief project dat zich richt naar vrouwen uit etnisch-culturele minderheden, is gebaseerd op het concept van de Tupperware-avonden: een kleine groep vrouwen krijgt bij een gastvrouw thuis voorlichting omtrent diverse thema’s, waaronder alcohol en drugs en drughulpverlening. De huiselijke context maakt het project laagdrempelig voor Marokkaanse en Turkse vrouwen en moeders. De sessies worden geleid door vrouwelijke vrijwilligers van Turkse of Marokkaanse origine die als preventiewerkers werden opgeleid.<sup>75</sup> Een project als *Tuppercare* toont aan dat over culturele verschillen kan worden gepraat, en dat op die manier wederzijds begrip wordt gestimuleerd. Dat *initiatieven vanuit de allochtone gemeenschappen* in Antwerpen kunnen werken, bewees een tijdelijk project van de Unie van Turkse Verenigingen tussen 2008 en 2009: zij installeerden een telefoonlijn waar bellers in het Turks uitleg kregen omtrent de hulpverlening in Antwerpen. Veel vragen bleken betrekking te hebben op drugs, wat wijst op de nood aan dergelijke toegankelijke informatie. Verlenging of uitbreiding (ook gericht op andere gemeenschappen in Antwerpen) van dit project strekt tot aanbeveling. Het outreach – en straathoekwerkteam van Free Clinic richt zich al langer specifiek op allochtonen. Recent is een project omtrent interculturalisering opgestart, ondersteund door vzw De8 en een aantal drughulpverleningsinstanties. Het wil de toegankelijkheid van de hulpverlening voor etnisch – culturele minderheden verhogen.

### Illegale Noord-Afrikanen

Antwerpen kent ook een belangrijke groep immigranten van Noord-Afrikaanse origine. De precieze afkomst van deze mensen is niet steeds duidelijk (naast Marokko worden Tunesië, Egypte en Algerije als thuislanden genoemd). Analyses van migratiestromen tonen inderdaad aan dat veel Marokkaanse (en andere Noord-Afrikaanse)

immigranten op zoek naar een beter leven Europa **via Spanje** binnenkomen.<sup>76</sup> Sommigen vinden er een tijd lang werk (legaal of in het zwarte circuit), maar de economische omstandigheden en de recente financiële crisis maken het behouden of überhaupt het vinden van een job moeilijk. Bovendien is de werkloosheidsuitkering in Spanje laag. Deze mensen trekken verder Europa in, onder meer naar België, waar ze werk hopen te vinden, of een betere werkloosheidsregeling. Velen onder hen spreken –naast hun moedertaal- Spaans, maar géén Nederlands. Ook bij het OCMW van Antwerpen merkt men de laatste jaren een stijging op van het aantal mensen van Marokkaanse origine en mét de Spaanse nationaliteit, die zich aanmelden voor een inburgeringscursus en financiële steun. Sommige van deze mensen kampen met drugproblemen, meestal in verband met cannabis, cocaïne en/of heroïne. Een aantal onder hen raakte reeds afhankelijk van drugs vóór ze in België arriveerden. Het aantal Noord-Afrikaanse gebruikers dat zich bij de lokale hulpverlening aanbiedt, lijkt toe te nemen. Volgens community fieldworkers en straathoekwerkers is dit niet zozeer een ‘nieuw’ fenomeen, maar wordt het door andere panelleden pas de laatste jaren opgemerkt. Sommige illegale Noord-Afrikanen trachten te overleven met het verkopen van drugs. Volgens community fieldworkers gaat het soms om mensen die in verschillende Europese landen hebben gedeald, en verder trekken als de grond hen te heet onder de voeten wordt. Soms doen ze na een tijdje Antwerpen opnieuw aan. De Ruyver en Surmont suggereren in hun onderzoek naar grensoverschrijdend drugstoerisme dat illegale drugsdealers die in Antwerpen vanuit dealpanden opereren, meestal Marokkanen of Algerijnen uit het Rifgebergte zijn.<sup>77</sup> Uit de analyse van dossiers van gevatte illegale Marokkanen (uitgevoerd in november 2005 en juni 2006) blijkt dat deze dealers vóór hun komst naar België enige tijd in Spanje illegaal in de fruitteelt werkten. Daar werden zij door drugs- en mensenhandelaars - al dan niet onder dwang - gerekruteerd om (onder andere) als dealer in Europese steden te gaan werken. Als ze worden

opgepakt, worden ze meteen vervangen door andere Marokkanen die illegaal in Spanje verblijven. Het gaat doorgaans om mensen die –mede gezien hun gebrekkige integratie in het gastland – voor uitbuiting bijzonder kwetsbaar blijven. Veel sleutelfiguren wijzen erop dat het vaak **Marokkaanse illegalen** zijn die hun toevlucht nemen tot het dealen als overlevingsstrategie. Zij leven vaak in erbarmelijke omstandigheden en spreken amper Nederlands. Vaak worden deze dealers er niet rijk van, terwijl ze het risico lopen om zelf afhankelijk te raken. Na verloop van tijd wordt dealen immers een manier om in eigen gebruik te voorzien. Dergelijke dealers worden dan gearresteerd: zij hebben niks te verliezen, ze hebben toch geen papieren. De enige manier voor ze om aan geld te geraken, is immers het verkopen van drugs.

## De ‘Afrikaanse gemeenschap’

Hoewel de ‘Afrikaanse gemeenschap’ in bepaalde buurten duidelijk in het straatbeeld aanwezig is, is het voor de meeste sleutelfiguren nog steeds onduidelijk in welke mate, wat en hoe er onder deze gemeenschap gebruikt wordt (zelden kunnen respondenten de precieze nationaliteit van deze respondenten duiden). De term ‘Afrikaanse gemeenschap’ is overigens misleidend: het betreft een **amalgam van allerlei nationaliteiten**, die niet als één etnische groep of culturele gemeenschap kan worden beschouwd. Noch hulpverleners, noch politie, noch justitie hebben regelmatig contact met Afrikaanse gebruikers. Hoewel er in deze gemeenschap schijnbaar ook cannabis- en cocaïnegebruik valt te signaleren, noemen community fieldworkers de Afrikaanse gebruikers vooral ‘recreatieve gebruikers’, die zelden over druggebruik praten. Sommige ‘Afrikanen’ dealen, dit maakt hen wantrouwig tegenover hulpverlening. Anderen zijn illegaal en kunnen vaak niet bij hulpverlening terecht of weten niet waar ze wel terecht kunnen. Een belangrijke vaststelling is overigens dat Afrikanen met drugproblemen vaak binnen de eigen middens worden opgevangen. Er zijn in Antwerpen een veertigtal

Afrikaanse **zelforganisaties** die voor de Afrikaanse diaspora activiteiten organiseren. Een thesisonderzoek in opdracht van en met de medewerking van het Minderhedenforum VZW concludeert dat het verenigingsleven van zwarte Afrikanen in Antwerpen goed georganiseerd is. Deze verenigingen willen meer en beter met autochtone verenigingen samenwerken, maar ze weten vaak niet hoe.<sup>78</sup>

## Inwoners van andere E.U.-landen

Naast de groep van druggebruikers die illegaal in het land zijn onderscheiden we gebruikers afkomstig van Europese lidstaten, meestal uit landen als Polen, Roemenië, Tsjechië... (maar ook Marokkanen die de Spaanse nationaliteit hebben verworven). Ook in Antwerpen leeft een belangrijke groep (hoofdzakelijk mannelijke) gebruikers van Oost-Europese afkomst (Polen, Roemenen, Bulgaren, enz.). Ze zijn niet altijd rechtstreeks naar België gekomen, maar verbleven voordien in andere Europese landen. Belangrijke motieven om te emigreren, zijn de slechte economische omstandigheden en de hoge werkloosheid in eigen land, schuldenlasten, een gebrekkig zorg- en hulpverleningsaanbod, en een tekort aan politieke vrijheid. Ze hebben naar eigen zeggen ‘alles achtergelaten en niets om naar terug te keren’, en overwegen dus ook geen terugkeer naar hun land van herkomst. Vooral de **Poolse gebruikers** maken in Antwerpen een grote groep uit. Volgens sommige panelleden is dit een betrekkelijk nieuw fenomeen, maar community fieldworkers stellen dat deze toestroom al langer aan de gang is. Ook in het rapport ADAM I (2007) signaleerden wij dat in het straatbeeld een groep Poolse alcoholgebruikers zichtbaar aanwezig was. Sommigen zijn hier al ettelijke jaren, anderen komen net aan. De meeste van deze mensen kampen niet met een afhankelijkheidsprobleem op het moment dat ze in België arriveren, maar ontwikkelen hier een patroon van problematisch alcoholgebruik. Op 1 mei 2009 liepen voor 10 nieuwe EU-landen (waaronder Polen en Tsjechië) de overgangsregels m.b.t. vrij verkeer van werknemers af (voor Roemenen en

Bulgaren gelden nog steeds overgangsregels),<sup>79</sup> waardoor Polen sedertdien in België legaal werk kunnen aannemen. In de praktijk blijkt het voor deze –vaak laaggeschoolde - mensen evenwel niet evident om een officiële job te vinden waardoor velen in het zwarte circuit actief blijven. In Antwerpen zijn er verschillende plaatsen waar koppelbazen deze potentiële werklui oppikken. Het aangeboden werk (en de eventueel bijhorende huisvesting) zijn echter niet constant, er is geen werkzekerheid en het clandestiene leven in België is zwaar. Hierdoor glijden sommigen af naar een drank- of drugsprobleem. Zij kunnen meestal niet terecht in de Antwerpse nachtopvang [*zie daarover ook hoofdstuk 4, p. 45*]. Zij rekenen fel op elkaar: als iemand een woning heeft, trekken anderen erbij in. Geschat wordt dat er iedere nacht zo’n 20 tot 40 daklozen in de ondergrondse parking onder het Astridplein slapen. Velen zijn Polen. Overdag vindt men ze vooral op het Kievitsplein. Deze mensen zoeken in de eerste plaats degelijke huisvesting en werk. Ze zoeken vooral contact met diensten die praktische ondersteuning bieden bij het vinden van een huis of werk. Met de drughulpverlening zoeken ze minder contact, omdat ze vaak niet over een ziekte- of hospitalisatieverzekering beschikken. Inwoners van de Europese Unie worden in principe verondersteld om in hun thuisland medische zorg en andere hulpverlening te zoeken.<sup>80</sup> Zij mogen in België verblijven, maar hebben hier geen recht op niet-dringende medische hulpverlening. Pas als inwoners een tijd in België hebben gewerkt, verwerven ze het recht op een werkloosheidsuitkering en een ziekteverzekering. De taalbarrière blijft een enorme belemmering: enerzijds stappen gebruikers van Oost-Europese afkomst minder makkelijk naar de hulpverlening, anderzijds is het lastig voor drughulpverleners om contact met deze cliënten te maken. Hun kennis over deze groep is bijgevolg beperkt. Organisaties zoals *De Steenhouwer* en *Kamiano* tellen een aantal Poolse gebruikers onder hun cliënteel. Hun aantrekkingskracht naar deze gebruikers (doorgaans mensen met een alcoholprobleem) wordt verklaard door het aanbod van laagdrempelige medische hulpverlening en voedsel. Bij *Kamiano*

werkt een Poolssprekende vrijwilliger. Ook bij het Spuitenruilproject en de methadonverdeling van Free Clinic vzw bieden een aantal Russischsprekende gebruikers zich aan. Ook bij Free Clinic vzw spreekt een hulpverlener hun taal. Bij andere hulpverleningsinstanties kunnen deze gebruikers niet terecht. Velen onder hen hebben iedere hoop op hulp laten varen en formuleren geen hulpvraag meer in verband met afhankelijkheidsproblemen. Ook schadebeperkende boodschappen bereiken deze groep gebruikers niet of veel minder. Via een convenant tussen de stad (Samen Leven) en het CAW De Terp is een project opgezet voor de moeilijk bereikbaar doelgroep van voornamelijk **Poolse buitenslapers** onder het Astridplein. Sinds medio december 2010 werd speciaal voor deze groep een tijdelijke opvang van 30 bedden geopend aan de Mechelse Steenweg. Het CAW De Terp zet er een aantal medewerkers in voor de nachtopvang en van daaruit het zoeken naar duurzame perspectieven voor deze mensen. Twee ‘outreach-hulpverleners’ worden ingezet om deze groep van buitenslapers in de stationsbuurt actief te benaderen. Hun doel is hen in de speciaal voorziene opvang te krijgen (door middel van een shuttle-dienst). De hulpverleners krijgen daartoe de kans tot 23u; daarna grijpt de politie in.

## Illegalen

Ongeacht de nationaliteit van de betrokkenen blijven de ‘illegalen’ een bijzonder kwetsbare groep van gebruikers uitmaken: mensen van buiten de Europese Unie, zonder geldige verblijfsdocumenten. Deze groep omvat een significant aantal illegale Marokkanen (zie hierboven). De toegang tot de hulpverlening is dramatisch voor illegalen. Naast de hoger genoemde problemen voor allochtonen zorgt hun verblijfsstatuut voor problemen. Het kunnen voorleggen van geldige verblijfsdocumenten is vaak een belangrijke voorwaarde om tot de (drug)hulpverlening toegelaten te worden. Enkele instellingen (De Sleutel en het MSOC bijv.) proberen via het principe van ‘**dringende medische hulp**’ te helpen, maar ze

hanteren noodgedwongen maximum quota om de zorgverlening betaalbaar te houden. De prioriteit voor illegalen ligt vaak niet bij drughulpverlening, maar het vervullen van **basisbehoeften**: een legaal verblijfsstatuut, voedsel, geld, een woning. Ze stellen zelf dus minder snel een vraag naar hulp inzake drugproblemen. Een bijkomend probleem is dat deze mensen soms **argwaan** koesteren ten aanzien van de hulpverlening. Zij zijn er niet van overtuigd dat de hulpverlener los staat van de politie of de overheid. Om die reden hebben ze doorgaans erg vluchtige contacten met de hulpverlening. Het is moeilijk om deze mensen voor een langer zorgtraject te engageren. Ook schadebeperkende boodschappen bereiken deze doelgroep veel moeilijker. Daarenboven stelt zich het probleem van de communicatie: velen beheersen niet de Nederlandse taal. Deze redenering is evident in het kader van hulpverlening die gebaseerd is op groepswerking of het voeren van een vertrouwelijk gesprek. In meer laagdrempelige drughulpverlening worden een aantal talen gesproken of/en staat tolken de goede werking niet per se in de weg (bijvoorbeeld voor methadonverdeling of het Spuitenruilproject binnen Free Clinic vzw). Wanneer een gebruiker echter geen enkele van deze talen spreekt, wordt ook hier hulpverlening moeilijk. Velen onder hen trachten te overleven in **schrijnende situaties**. Het leven op straat, zonder enig perspectief, doet hen sneller naar deze overlevingsstrategieën grijpen. Soms gebruiken illegalen meer risicovol, omdat ze weinig of niks meer te verliezen hebben (een vorm van fatalisme). Sommige illegalen hebben bovendien af te rekenen met een traumatisch oorlogsverleden. Gebruikende illegalen zouden door hun stresserende omgeving en verleden meer met dubbele diagnoses te kampen krijgen. Hun behuizing is erbarmelijk; ze worden vaak door huisjesmelkers misbruikt. Meestal gebruiken zij in erg onhygiënische omstandigheden. Ze overleven door kleine diefstallen, ze bedelen op straat, of ze verkopen drugs.

## HOOFDSTUK 6:

# Hulpverlening

*Hulpverlening wordt vaak afgemeten aan de hand van sociaal wenselijke indicatoren (bijvoorbeeld abstinentie), terwijl indicatoren die van belang zijn voor de gebruikers zelf (levenskwaliteit, kwaliteit van begeleiding en behandeling) eerder onbelangrijk lijken.<sup>81</sup> Aan het perspectief van de cliënt wordt vaak voorbij gegaan. In de psychiatrische hulpverlening is levenskwaliteit van de cliënt al langer een belangrijk evaluatiecriterium. Binnen drughulpverlening wordt het begrip levenskwaliteit vaak exclusief ingevuld vanuit het gezondheidsperspectief, terwijl cliënten eerder de nadruk leggen op persoonlijke relaties, sociale inclusie en zelfbeschikking. In dit hoofdstuk bespreken wij de belangrijkste vaststellingen inzake de beschikbaarheid van en de toegang tot de diverse echelons en domeinen van (drug)hulpverlening, vanuit het perspectief van de gebruikers. Hulpverlening aan druggebruikers omvat niet enkel specifieke drughulpverlening maar ook maatschappelijke dienstverlening, aangezien druggebruikers in problemen het vaak moeilijk hebben om verschillende levensgebieden. In het rapport van de Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor in 2007 werden reeds een aantal problemen benoemd en enkele aanbevelingen geformuleerd. In dit hoofdstuk sommen we de belangrijkste vaststellingen uit 2010 op.*

## 6.1 Kennis van het aanbod in Antwerpen

Het aanbod van de drughulpverlening bleek zowel in 2007 als in 2010 bij veel gebruikers bekend. De meeste kennisgeving gebeurt door mond-tot-mondreclame, wat soms leidt tot foutieve kennisoverdracht en foute verwachtingen bij de gebruiker. Een uitstekend initiatief is de *‘Gids voor dak- en thuislozen - Op straat in Antwerpen’* van CAW Metropool, die sedert oktober 2009 in Antwerpen wordt verdeeld. De gids lijst op een overzichtelijke wijze op waar men terecht kan voor slaapgelegenheid, voedsel, kledij, tijdsbesteding, administratie, inkomen, schulden, gezondheid, woonst en juridische hulp. De gids verdient wijde verspreiding, ook onder niet-dakloze gebruikers.<sup>82</sup>

## 6.2 Realisme in de (drug) hulpverlening

Problematisch druggebruik hangt vaak samen met een erg chaotische levensstijl, en met problemen op allerlei vlakken. Bovendien kenmerkt het proces naar herstel zich vaak door episodes van hervallen. Werken aan herstel met druggebruikers vraagt dus veel geduld, flexibiliteit en realisme omtrent de haalbaarheid van doelstellingen. Gebruikers schamen zich vaak bij hervallen en durven dit niet steeds aan de hulpverlener toe te geven. In het ergste geval gaan ze het hulpverleningscircuit mijden. Anderzijds hebben gebruikers veel waardering voor de hulpverleningskanalen die hen oprecht ‘zorg’ bieden, ook wanneer ze eerlijk zijn en de verwachtingen van de hulpverlener niet steevast inlossen. Realisme behoedt zowel de hulpverlener als de gebruiker voor al te grote desillusies.



Zowel in 2007 als in 2010 wordt het personeel van bepaalde instellingen, zoals OCMW Antwerpen en de Antwerpse ziekenhuizen, een gebrek aan vaardigheden verweten om deskundig met druggebruikers om te gaan (hoewel de drugproblematiek een vast onderdeel vormt in de opleiding van nieuwe OCMW-medewerkers). Gebruikers hebben het gevoel dat ze er voor hun rechten moeten vechten en dat ze op veel onbegrip stoten. Zij hebben het gevoel dat ze met OCMW Antwerpen geen open kaart kunnen spelen: liegen wordt vaak (financieel) beloond, eerlijk het hele verhaal vertellen wordt afgestraft. Als straathoekwerkers of hulpverleners hun cliënten vergezellen naar OCMW Antwerpen, lijkt de communicatie makkelijker te verlopen. Gebruikers hebben vaak ondersteuning nodig bij het vervullen van administratieve taken. Overigens formuleren gebruikers soms dezelfde kritieken ten aanzien van bepaalde drughulpverleners.

### 6.3 Voorwaardelijkheid en selectiviteit

In ADAM I wezen we al op een groeiende voorwaardelijkheid van maatschappelijke dienstverlening ten aanzien van gebruikers. Druggebruikers moeten aan steeds meer voorwaarden voldoen. Dit zorgt ervoor dat mensen uit de boot vallen. Deze groeiende voorwaardelijkheid en de hieruit volgende selectiviteit worden vaak aan onderbezetting toegeschreven.

Ook binnen hulpverlening wordt hieromtrent bezorgdheid geuit: meer en meer sippelen in de organisatie, de evaluatie en de subsidiëring van hulpverlening **managementprincipes** door. Hulpverleners worden vaker geëvalueerd aan de hand van ‘goals’, wat de flexibiliteit in de omgang vermindert. Voor de hulpverlener die op het einde van de maand een minimum aantal gesprekken moet rapporteren, is het frustrerend dat cliënten onaangekondigd niet komen opdagen. Het risico bestaat dat ook binnen de hulpverlening voorbij wordt gegaan

aan hulpvragers die al te traag vooruitgang boeken. Nu reeds valt op dat gebruikers met de meest complexe problemen enkel bij de meest laagdrempelige, en tevens minst gespecialiseerde, hulpverlening (bijvoorbeeld de inloopcentra, of het nachtopvangcentrum *De Biekorf*) en straathoekwerkers terecht kunnen.

### 6.4 Diversificatie

Het hulpverleningsaanbod in Antwerpen is groot en gericht op verschillende doelgroepen, maar het kan nog beter worden gediversifieerd. Al te vaak worden gebruikers noodgedwongen opgevangen binnen een kader dat niet tegemoet komt aan hun specifieke noden: gebruikers met psychiatrische of verstandelijke problemen, ex-gedetineerden en gebruikers die langdurige begeleiding nodig hebben. Ook geografisch gezien kan het aanbod nog beter worden gespreid: vooral inzake laagdrempelige initiatieven is het belangrijk dat zij ‘dichtbij’ het doelpubliek gevestigd zijn.

### 6.5 Samenwerking in de drughulpverlening

De samenwerking tussen verschillende diensten wordt positief geëvalueerd. De bestaande fora voor overleg zorgen voor een meerwaarde. De hulpverleningsorganisaties richten zich op verschillende doelgroepen, hebben uiteenlopende uitgangspunten en visies op het hulpverleningsproces, en worden gekenmerkt door grote verschillen in ‘organisatiecultuur’. De complementariteit tussen de hulpverleningsinstellingen is ongetwijfeld een sterkte, maar er is nood aan voldoende structurele afspraken.<sup>83</sup> Met betrekking tot het doorverwijzen van cliënten, moet duidelijk nog geïnvesteerd worden in **‘vertrouwen’ tussen verschillende instellingen**. Al te vaak wordt de hulpverlener verdacht van het ‘dumpen’ van lastige cliënten, als hij/zij zoekt naar gepaste hulpverlening voor een gebruiker. De diverse

overlegfora worden in die zin alvast positief genoemd. Bij de Antwerpse politie leeft de vraag naar **meer gestructureerde samenwerking en overleg** met de hulpverlening. Toch waarschuwen respondenten, zowel uit de hulpverlening als bij de politie, voor verwarring: politie en hulpverlening moeten duidelijk van elkaar gescheiden taken hebben. Toch kan overleg zijn nut hebben: zo uiten politiemensen enig ongenoegen over de rigide openingsuren van het nachtopvangcentrum. Een politieverhoor wordt niet aanvaard als reden voor het laattijdig binnenkomen: de gebruiker in kwestie is in zo’n geval verplicht om de nacht op straat door te brengen. Op die manier kan de politie gebruikers in bepaalde omstandigheden niet in alle rust verhoren. Het Vlaamse zorgaanbod voor druggebruikers heeft vaak iets weg van **een lappendeken** (OCMW, straathoekwerk, sociale werkplaatsen, huisartsen, apothekers, dagcentra, MSOC’s, centra geestelijk gezondheidszorg, algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, inloopcentra, nachtopvangcentra, residentiële therapeutische programma’s). Dit leidt tot een gebrek aan afstemming, coördinatie, samenwerking en communicatie, eenvormige registratie, cliëntopvolging en duidelijke afbakening, en weinig eenduidige signalen aan de beleidsmakers. Het *Overlegplatform Geestelijk Gezondheidszorg Provincie Antwerpen* (OGGPA) organiseert voor medewerkers binnen de (drug) hulpverlening werkbezoeken en stages bij andere hulpverleningsorganisaties. Deze uitwisselingsbezoeken dragen bij tot een betere kennis van en begrip voor de werking van andere instellingen. Ook het CAW Metropool en OCMW Antwerpen nemen initiatieven om de deskundigheid van hun medewerkers te bevorderen. Een samenwerking tussen SODA, OGGPA en OCMW Antwerpen moet resulteren in de uitbouw van een *Zorgcircuit Problematisch Middelengebruik*. Dit Zorgcircuit heeft tot doel samenwerking tussen verschillende sectoren te bevorderen (drughulp, welzijnswerk, psychiatrie) en moet resulteren in een samenwerkingsverband tussen de verschillende zorgaanbieders. Een alternatief voor de huidige situatie is netwerkvorming met een naadloze overgang van

de ene behandelvorm naar de andere of het zgn. **case-management**.<sup>84</sup> Een case-manager begeleidt de hulpbehoevende door overzicht te bewaren over de verschillende relevante partijen en met hen te overleggen. Zodoende staan alle zorgverleners op dezelfde lijn en wordt er binnen dezelfde doelstellingen gewerkt.

### 6.6 Wachtlijsten in de (drug-) hulpverlening

Er bestaat nog steeds een aanzienlijk probleem inzake **wachtlijsten** voor diverse vormen van hulpverlening. Bij residentiële drughulpverlening moet de cliënt voor een intakegesprek soms verschillende weken wachten. Dit leidt uiteraard tot ‘drop-out’, nog voor een traject aanvang neemt. Druggebruikers die gemotiveerd zijn om hun probleem aan te pakken, moeten in principe altijd onmiddellijk ergens terecht kunnen. Als ze moeten wachten, slinkt de motivatie en riskeren ze opnieuw in middelenmisbruik te vervallen.

### 6.7 Ondersteuning van apothekers en huisartsen

Uit het onderzoek dat in 2006 door de Databank Sociale Planning Antwerpen (DSPA), het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) en de Koninklijke Apothekersvereniging Antwerpen (KAVA) bij de apothekers in de stad Antwerpen is uitgevoerd, bleek onder meer dat heel wat druggebruikers hun voorschriften via een andere bron (bv. huisarts) dan de drughulpverlening (De Sleutel of Free Clinic vzw) verkrijgen.<sup>85</sup> Apothekers gaven ook aan dat de **externe ondersteuning door huisartsen of de drughulpverlening bij de verstrekking van substitutiemiddelen**, zoals methadon, niet voldeed. Daarnaast stellen we vast dat huisartsen in vergelijking met artsen van de gespecialiseerde drughulpverlening vaak minder goed gewapend zijn om met de druk vanwege drugafhankelijke

cliënten en mogelijke conflicten met gebruikers om te gaan. Uit een onderzoek naar de haalbaarheid van substitutieverstrekking door huisartsen, uitgevoerd in 2009 door het Universitair Wetenschappelijk Instituut voor Drugsproblemen (UWID) van de Universiteit Antwerpen in opdracht van SODA, bleek onder meer dat huisartsen behoefte hebben aan **meer vorming, betere ondersteuning en goede richtlijnen** inzake substitutieverstrekking aan opiaatgebruikers.<sup>86</sup> Inzake basiskennis omtrent druggebruik (producten, wijze van gebruik, nevenwerkingen, gezondheidsproblemen...) schieten geneeskundige opleidingen merendeels te kort. Bij huisartsen bestaat een behoefte aan betere communicatievaardigheden in de omgang met cliënten met een afhankelijkheidsproblematiek, zowel binnen de basisopleiding van artsen als via extra vormingen.<sup>87</sup>

### Good practice

Het *Forum voor verslavingsartsen*, onder de koepel van de **Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen (VAD)**, informeert en ondersteunt (huis)artsen die te maken krijgen met cliënten die middelen gebruiken. Vanuit Antwerpen krijgen huisartsen steun van verslavingsartsen van ADIC, De Sleutel en Free Clinic vzw. Deze artsen voorzien in een vormingsaanbod. In 2008 verscheen bij de VAD tevens een draaiboek betreffende *‘Voorschrijven van benzodiazepines aan illegale druggebruikers’*.<sup>88</sup> Deze richtlijnen zijn bedoeld voor huisartsen, psychiaters en verslavingsartsen werkzaam binnen ambulante en/of residentiële settings, die in hun praktijk te maken hebben met de behandeling van personen met een drugafhankelijkheid. Deze richtlijnen willen een nuttige en praktische leidraad bieden bij het voorschrijven van benzodiazepines en de aanpak van benzodiazepinemisbruik bij mensen met een afhankelijkheid van één of meer illegale middelen.

## 6.8 De verhuis van Free Clinic vzw: enkele voorlopige vaststellingen

Naar aanleiding van de plannen om Free Clinic vzw in augustus 2009 te verhuizen van de Van Arteveldestraat nabij het De Coninckplein naar de Schijnpoortweg, werd bij wijlen fel gediscussieerd. Deze verhuis zou verregaande gevolgen (kunnen) hebben voor de bereikbaarheid en de werking van dit Antwerpse drughulpverleningscentrum. Er rezen tal van vragen :

- Zal de verhuis leiden tot een afname van het aantal druggebruikers op het De Coninckplein (en de daarmee gepaard gaande drugsoverlast)? Of zal het plein –gezien de functies die het voor veel gebruikers heeft – een belangrijke ontmoetingsplaats blijven?
- Zal de verhuis leiden tot het ontstaan van nieuwe ontmoetingsplaatsen voor druggebruikers, bijv. in de buurt van de nieuwe locatie van het MSOC (bijv. het nieuwe ‘Park Spoor Noord’)?
- Zal Free Clinic vzw door deze verplaatsing het contact verliezen met een deel van zijn bestaande cliënteel? En als dat zo is, zullen deze cliënten hulp kunnen vinden bij de andere drughulpverlenings-initiatieven (zoals bijv. De Sleutel)?
- Biedt de nieuwe locatie een meerwaarde in vergelijking met de oude locatie, en zo ja, welke?
- Creëert de nieuwe locatie – door de geografische afstand tussen Free Clinic vzw en het De Coninckplein enerzijds en bepaalde buurten (zoals bijv. het Kiel of Hoboken) anderzijds – geen problemen inzake bereikbaarheid van de hulpverlening?
- Zou een decentralisatie van de drughulpverlening (waarbij op verschillende plaatsen antennes en initiatieven worden geïnstalleerd) niet een beter alternatief zijn geweest dan de verplaatsing van één centrum (het MSOC) van het hart van de stad naar de rand, omdat men op die manier kleinere concentraties van druggebruikers genereert én kortere wachttijden voor gebruikers?

Op basis van de gegevens die wij bij de uitvoering van de Antwerpse Drugs- en Alcoholmonitor in 2010 hebben verzameld, formuleren we alvast een aantal voorlopige vaststellingen of hypothesen m.b.t. de kortetermijneffecten van de verhuis van Free Clinic vzw. We onderscheiden effecten op de ontmoetingsplaatsen, de beoordeling door het personeel en de beoordeling door cliënten:

- De verhuis van Free Clinic vzw naar de Schijnpoortweg lijkt niet te hebben geleid tot een noemenswaardige toename van de overlast in deze nieuwe buurt. Er heeft zich **geen nieuwe belangrijke ontmoetingsplaats** gevormd in die buurt. Rond de nieuwe locatie ontstond wel een nieuwe ‘interne’ markt van methadon en medicatie onder gebruikers onderling. Dit lijkt echter niet gepaard te gaan met een afname van deze zwarte markt op het De Coninckplein.
- De verhuis van Free Clinic vzw lijkt weinig impact te hebben gehad op de ontmoetingsplaatsen van gebruikers en niet-gebruikers. Het De Coninckplein blijft een centrale ontmoetingsplaats voor gebruikers (al dan niet cliënten van Free Clinic vzw), en vervult nog steeds dezelfde belangrijke functies (ontmoetingsplaats voor lotgenoten, mensen op zoek naar gezelschap of onderdak, zwarte ‘interne’ markt in medicatie en cannabis, en zwarte ‘externe’ markt voor andere roesmiddelen, ...). Volgens community fieldworkers zijn het deze functies en het imago van de buurt rond het De Coninckplein die de blijvende aantrekkingskracht voor gebruikers verklaren. Bovendien wordt het plein nog steeds gefrequenteerd door mensen die niet tot het traditionele cliënteel van Free Clinic vzw behoren (alcoholgebruikers, enz., zie hierboven), en mensen die geen contact willen met de drughulpverlening of het contact hebben verbroken (omdat ze bijv. gedesillusioneerd zijn). Kortom, het De Coninckplein lijkt niet ‘rustiger’ geworden en volgens sommige buurtbewoners is de overlast zelfs toegenomen.
- Medewerkers van Free Clinic vzw halen aan dat het werk meer ordelijk en rustig verloopt. Het nieuwe gebouw is functioneler dan het vorige. Bovendien lijkt een aantal cliënten nu ‘rustiger’ bij aankomst.

Gebruikers kwamen voorheen soms onder invloed van bepaalde gebeurtenissen of omstandigheden op het De Coninckplein opgehitst of geagiteerd binnen.

- De keerzijde van de medaille is – steeds volgens het personeel van Free Clinic vzw – dat zij minder voeling hebben met de doelgroep. Voor de verhuis had men meer zicht op wat leefde bij de gebruikers die elkaar op het De Coninckplein ontmoeten. Medewerkers en artsen van Free Clinic vzw konden bij bepaalde incidenten op het plein interveniëren (wondenverzorging, eerste zorg bieden bij epilepsieaanvallen, enz..) en dat is niet meer mogelijk. De nabijheid van het MSOC bij het De Coninckplein zorgde voor een belangrijke laagdrempeligheid: mensen die het De Coninckplein vaak frequenteerden, konden makkelijker ‘even’ binnenspringen met hun vragen. Bovendien zorgde aanwezigheid van medewerkers van het MSOC op en in de buurt van het plein soms voor een informele sociale controle, wat nu niet meer het geval is.
- Free Clinic vzw kent nog steeds een goede instroom. In 2010 werden méér cliënten geregistreerd dan voorheen<sup>89</sup>, waaronder ook veel nieuwe cliënten. Of er een causaal verband is met de verhuis van Free Clinic vzw kunnen we niet vaststellen. Het merendeel van de cliënten lijkt Free Clinic vzw te zijn gevolgd, maar het is niet uitgesloten dat de meest chaotische en impulsieve gebruikers de weg naar Free Clinic vzw niet meer vinden. Cliënten die trouw in therapie blijven, zijn Free Clinic gevolgd, maar gebruikers die een periode van herval kennen, vinden niet (meer) de weg naar het centrum.
- Veel **cliënten zijn positief** over de nieuwe locatie. Cliënten die zich niet met het imago van het De Coninckplein willen associëren, voelen zich nu meer op hun gemak. De huidige locatie van Free Clinic vzw biedt meer rust, en kan ook meer anoniem worden bezocht.
- Voor de meeste gebruikers is Free Clinic vzw nog steeds voldoende **bereikbaar**. De bereikbaarheid is voor de meesten niet echt een probleem. Sommige cliënten getuigen dat de extra verplaatsing naar Free Clinic vzw aan de rand van de stad hun

‘wereld een beetje heeft verruimd’.

- Anderzijds dient te worden opgemerkt dat het voor minder mobiele cliënten moeilijker is om Free Clinic vzw te bereiken. Voor een aantal cliënten is het feit dat zij het De Coninckplein moeten verlaten om Free Clinic vzw te bereiken net drempelverhogend. Straathoekwerkers geven aan dat sommige gebruikers die op het De Coninckplein rondhangen niet meer tot aan Free Clinic vzw geraken. Ook community fieldworkers getuigen dat ze vaker horen vertellen dat een gebruiker zijn methadon vergat te halen.

Een opvallende vaststelling heeft betrekking op de mogelijke effecten van de verhuis van Free Clinic vzw op de deelwerking het **Sputenruilproject**:

- Het Sputenruilproject binnen Free Clinic vzw stelt – op basis van voorlopige cijfers - vast dat het aantal geregistreerde contacten met druggebruikers in 2010 in vergelijking met de jaren daarvoor gevoelig is gedaald: van 685 contacten per maand in de periode januari - augustus 2009, naar 473 contacten in de periode september - december 2009. De eerste 6 maanden van 2010 werden gemiddeld 463 contacten per maand geregistreerd.<sup>90</sup>
- Ook het totale aantal spuiten dat werd uitgedeeld is – in vergelijking met de periode voor de verhuis van Free Clinic vzw – gevoelig gedaald. Voor de verhuis verdeelde Free Clinic vzw ongeveer 25.704 spuiten per maand. De laatste maanden van 2009 waren het er slechts 23.975, in de eerste helft van 2010 slechts 21.996.
- In de periode januari-augustus 2009 werden er per contact gemiddeld 37,5 spuiten meegenomen. In de eerste helft van 2010 werden er gemiddeld genomen 47,5 spuiten per contact meegenomen.<sup>91</sup>
- Tegelijkertijd geven apothekers in de buurt van het De Coninckplein aan dat zij de laatste maanden méér injectiemateriaal verkopen. Ook via het Ont-haal Dakloze Druggebruikers (ODD) worden naar verluidt meer spuiten verdeeld.

Twee voorlopige hypothesen kunnen hieruit worden afgeleid: (1) De verhuis van Free Clinic vzw heeft ertoe

geleid dat gebruikers die in zekere zin ‘gestabiliseerd’ zijn of enige controle hebben over hun gebruik, wellicht minder naar het Sputenruilproject komen, maar meer spuiten meenemen met het oog op veiliger gebruik in de komende dagen of weken; (2) Anderzijds bereikt het Sputenruilproject nu minder de eerder ‘**impulsieve**’ gebruikers, die voorheen even snel binnenliepen voor één of twee spuiten, met het oog op onmiddellijk gebruik. In dat geval zijn deze gebruikers wellicht sneller geneigd zijn om injectiemateriaal met elkaar te delen, of spuiten meermaals opnieuw te gebruiken, met alle risico’s vandien.

## 6.9 De relatie hulpverlening – politie - beleidsmakers

Politionele instanties en hulpverleningsinstellingen hebben van oudsher een moeilijke verhouding: het zijn immers actoren met uiteenlopende taakomschrijvingen, doelstellingen en werkwijzen. De stroeve relaties tussen deze actoren hebben te maken met een gebrek aan onderlinge communicatie, een gebrekkige kennis van elkaars werkzaamheden, en een vorm van **institutioneel wantrouwen**. Een klassiek voorbeeld betreft de discussie omtrent beroepsgeheim en deontologie. Politie mensen klagen over het feit dat hulpverleners vaak zeer weigerachtig zijn om informatie uit te wisselen, omdat ze de vertrouwensrelatie met de cliënt niet willen compromitteren. Anderzijds leggen politiediensten volgens hulpverleners te weinig begrip aan de dag voor de multiële problemen van hun cliënteel, en benadrukken zij te eenzijdig de ‘criminele’ kant van het fenomeen.

Er zijn verschillende initiatieven in de stad Antwerpen die gericht zijn op het verbeteren van de onderlinge relaties tussen hulpverlening, politie en justitie. Zo organiseert SODA driemaandelijks de *werkgroep ‘samenwerking hulpverlening/politie/justitie’*. In deze werkgroep met vertegenwoordigers van parket, politie, magistratuur, justitiehuis en hulpverlening worden nieuwe initiatieven toegelicht

en wordt bekeken op welke wijze er kan worden samengewerkt. Knelpunten in de samenwerking worden besproken. Het *Lokaal Intersectoraal Drugoverleg (LIDO)* informeert vertegenwoordigers van hulpverlening, beleid, preventie, politie, justitie over het lokaal drugbeleid aan de hand van een zesmaandelijks rapportage. Daarnaast organiseren OGGPA en SODA werkbezoeken, houdt Samen Leven zgn. toezichtvergaderingen, en zijn er SODA-fora voor informatiedeling. OCMW-werknemers krijgen een vorming over de drughulpverlening, en ook politiemensen krijgen jaarlijks een vorming aangeboden door SODA. Volgens sommige panelleden kan de samenwerking tussen de hulpverlening en de politiediensten worden verbeterd, vooral ten aanzien van de ‘kleine druggebruiker’. De toepassing van het **therapeutisch advies** wordt volgens sommigen nu te willekeurig gehanteerd. Bovendien vinden een aantal hulpverleners dat politiemensen doorgaans weinig respectvol met hun cliënten omgaan. Anderzijds klagen politiemensen vaak dat ze geen overzicht meer hebben over het versnipperde en door zijn complexiteit ondoorzichtige hulpverleningsaanbod. Zowel onder hulpverleners, als onder politiemensen en andere actoren heerst bovendien nogal wat **verwarring over het lokale drugbeleid**. Veel actoren ervaren het drugbeleid als onduidelijk, en versnipperd, en baseren hun interpretatie op wat ze via de media of via informele contacten met andere actoren oppikken. Anderzijds verwijten sommigen ook de hulpverlening en de politiediensten zélf een gebrek aan een duidelijke visie en daaraan gekoppelde beleidsdoelstellingen en –instrumenten. Ten slotte blijkt de informatiedoorstroming binnen verschillende organisaties (van de hiërarchische top naar de mensen op het terrein, en vice versa) voor verbetering vatbaar.

# Aanbevelingen

*De Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor (ADAM) richt zich in de eerste plaats op de (gemarginaliseerde) gebruikers die (ten minste deels) verborgen blijven voor registratiesystemen ('non-captive populations', 'hidden' of 'hard-to-reach populations'). In dit rapport hebben wij vooral gegevens met betrekking tot de kenmerken, de levensstijl en de behoeften van gemarginaliseerde gebruikers samengebracht. Deze burgers ervaren - naast problemen met drugs - op diverse andere vlakken (sociaal contact, woonst, werk...) moeilijkheden. Vanuit het soci-aalwetenschappelijk uitgangspunt van deze monitor, m.n. de nadruk op de visie van de druggebruikers zelf (insiders' view) – willen wij gegevens aanleveren over de directe leefomgeving van de gebruikers. Met het oog op een verbeterde leefsituatie van de druggebruikers formuleren we in dit laatste hoofdstuk een aantal aanbevelingen op basis van de vaststellingen die we in de vorige hoofdstukken hebben beschreven. De aanbevelingen hebben betrekking op hiaten in de beschikbare gegevens, op preventiestrategieën, op schadebeperkende maatregelen, op het aanbod inzake drughulpverlening en op het geïntegreerde lokale drugbeleid.*

## 7.1. Hiaten in de beschikbare gegevens

Op een aantal vlakken ontbreekt het de lokale beleidsmakers in Antwerpen o.i. aan betrouwbare gegevens om beleidsprioriteiten te bepalen, adequate interventies te plannen en op langere termijn het gevoerde beleid te kunnen evalueren. We sommen een aantal thema's op waarrond initiatieven (onderzoek, monitoring of systematische registratie) zouden kunnen worden genomen om **meer nauwkeurige en betrouwbare gegevens** te verzamelen.

1. Het verdient in eerste instantie aanbeveling om de ontwikkelingen inzake het **gebruik van rookbare cocaïne** ('basecoke') en de **beschikbaarheid van kant-en-klare 'crack'** op de lokale markt nauwgezet op te volgen en te documenteren.
2. Het verdient aanbeveling om initiatieven te nemen die leiden tot meer betrouwbare **kennis over de zuiverheid, de sterkte en de samenstelling van illegale**

**roesmiddelen** op de Antwerpse markt bij hulpverleners, preventiewerkers en beleidsverantwoordelijken. Er moet worden nagedacht over de mogelijkheid om via laboratoriumanalyse betrouwbare data te verzamelen van de illegale middelen die op de lokale drugsmarkt(en) in de stad Antwerpen in beslag worden genomen, ten behoeve van de professionele actoren. Zo'n project kan belangrijke inzichten opleveren over de lokale Antwerpse drugmarkt(en) en de trends hierin. Het kan een handvat bieden voor de uitbouw van het lokale preventiebeleid.

3. Onderzoek wijst uit dat er tussen de Europese landen grote verschillen bestaan betreffende de **condities van oudere gebruikers**. Het is daarom aanbevolen om op lokaal niveau kwalitatieve interviews af te nemen bij oudere gebruikers. In deze interviews kan men peilen naar de bestaande noden van de oudere, Antwerpse gebruikers.
4. Met het oog op een evidence-based beleid is nood aan een duidelijk zicht op de **omvang** (een telling) en de **aard van de daklozenproblematiek** in de stad Antwerpen.<sup>92</sup>

## 7.2. Preventiestrategieën

Inzake preventie van druggerelateerde middelen pleiten wij voor:

1. een grotere focus van preventie-initiatieven op problematische patronen van gebruik en problemen van **afhankelijkheid an sich**, eerder dan op het middel;
2. **selectieve preventiecampagnes** inzake middelen zoals GHB, mephedrone, steroïden en ketamine bij specifieke groepen (uitgaande jongeren, amateur-sporters, etc.);
3. specifieke preventieboodschappen ter ontrading van het **roken van cocaïne**.

Inzake diverse preventiestrategieën werden in het rapport van de *Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs (AMJAD)* (uitgevoerd in 2009) overigens nog verschillende aanbevelingen voor het ontwikkelen of aanpassen van voorlichtingsinitiatieven geformuleerd.

## 7.3. Schadebeperkende maatregelen

Met het oog op het reduceren van druggerelateerde schade voor de gebruiker, zijn omgeving en de samenleving – **harm reduction** – pleiten wij ervoor om in Antwerpen met alle stakeholders het debat te voeren over:

1. de sensibilisering van gebruikers en het verspreiden van schadebeperkende boodschappen rond het **zelf produceren van rookbare cocaïne** en het **veiliger gebruik van freebase cocaïne**;
2. de verdeling van **makkelijk herkenbare spuiten** (bijv. met een aparte kleur of een logo gemerkt); zo kan een gebruiker kiezen voor injectiemateriaal met een specifieke kleur of logo, en makkelijker uitmaken welke spuit hij heeft gebruikt, ook op momenten van hevig verlangen ('craving') of intens gebruik.<sup>93</sup>
3. de sensibilisering van gebruikers en het verspreiden

van schadebeperkende boodschappen rond de **risico's van het delen van andere parafernalia** (zoals lepels, filters, water, basepijpjes en snuifrietjes). De meeste injecterende gebruikers zijn zich bewust van de risico's verbonden aan het delen van injectienaalden. Er is wel nood aan extra inspanningen inzake voorlichting van gebruikers over de risico's van besmetting via het delen van andere parafernalia (zoals lepels, filters, water, basepijpjes en snuifrietjes). Anderzijds moeten gebruikers bewust worden gemaakt van het feit dat besmettingen effectief vermeden kunnen worden als ze zich aan een aantal **schadebeperkende regels** houden.

4. een **uitbreiding** van het **aanbod van steriele parafernalia** (basepijpjes, filters, steriel water) voor alle gebruikers;<sup>94</sup>
5. initiatieven inzake het **testen van (ecstasy-)pillen en andere middelen** ten behoeve van gebruikers. Buitenlandse experimenten in die zin werden positief geëvalueerd: niet alleen maken dergelijke projecten het mogelijk om lokale drugsmarkten te analyseren en te monitoren, maar ze worden tevens positief onthaald door de doelgroepen (die zich vaak buiten de zorgcircuits bevinden). Gebruikers zijn beter geïnformeerd, en gaan bewuster om met hun gebruik. Pill-testing stimuleert het gebruik niet, en zorgt er zelfs voor dat het gebruik in sommige gevallen wordt uitgesteld of beëindigd.<sup>95</sup>
6. de **implementatie van een gebruikersruimte** met het oog op het bevorderen van veilig en hygiënisch gebruik, medische supervisie, het doorgeven van schadebeperkende informatie, en het toeleiden van gebruikers naar de reguliere drughulpverlening. De installatie van een gebruikersruimte voor een specifieke populatie van problematische gebruikers onder medische begeleiding, én met inachtneming van een aantal duidelijke criteria, gedragsregels en structurele voorwaarden, kan een waardevol initiatief zijn dat kan bijdragen aan de preventie van en het verspreiden van schadebeperkende boodschappen inzake de risico's van onveilig gebruik, besmetting met HIV, hepatitis en soa's, longproblemen, overdosissen, wondjes en andere fysieke problemen. Vanuit het perspectief van de volksgezondheid lijkt zo'n initiatief in de stad Antwerpen aangewezen.<sup>96</sup>



## 7.4. Hulpverlening (behandeling)

Inzake de hulpverlening aan gebruikers en **behandeling** van problematisch druggebruik, formuleren we de volgende aanbevelingen:

1. Bij een aantal gebruikers is er nog geen sprake van een diagnosticeerbare stoornis (bijvoorbeeld afhankelijkheid), maar er zijn mogelijks wel tekenen, klachten of symptomen van potentieel problematisch middelengebruik. Met het oog op het zo vroeg mogelijk identificeren van deze mensen, het motiveren tot gedragsverandering en het verder ondersteunen van deze individuen bij veranderingstrategieën, is **vroeginterventie** aanbevolen.<sup>97</sup> Dat is geen zaak van de gespecialiseerde alcohol- of drughulpverlening alleen, maar ook van de eerstelijnsgezondheidszorg, de welzijnszorg en andere relevante sectoren: van al wie goed geplaatst is om vroegtijdig te interveniëren nog vóór er sprake is van een ernstige problematiek.
2. Er is nood aan methodologisch onderbouwde acties die professionelen uit de welzijns- en gezondheidssector en andere relevante sectoren kunnen toepassen, en aan extra opleiding en vorming van ouders, jeugdwerkers en andere intermediairen rond het **herkennen van riskant middelengebruik**.
3. Het verdient aanbeveling om méér in te zetten op de **sociale omgeving van gebruikers**. Enerzijds moeten gebruikers die nog contacten hebben met familie, ondersteund worden in het aanhouden van deze banden. Anderzijds kunnen zgn. significante anderen een belangrijke rol spelen bij het motiveren van gebruikers tot behandeling. Familiale ondersteuning tijdens de behandeling leidt tot duidelijke gedragsverandering (bijvoorbeeld verminderd druggebruik of minder delen van injectiemateriaal), en steun na de behandeling vormt een protectieve factor tegen hervallen. Het betrekken van ouders, oudere kinderen, broers of zussen, of andere familieleden is belangrijk.
4. Tegelijkertijd moet voldoende aandacht worden besteed aan de **familie en sociale omgeving van de gebruiker** zélf: al te vaak worden zij aan hun lot overgelaten. Samenleven met een problematische

druggebruiker kan leiden tot langdurige stress en vraagt veel inzet en doorzettingsvermogen (wat dan weer samenhangt met de persoonlijke draagkracht en de kwaliteit van de relatie met de gebruiker).<sup>98</sup>

5. De installatie van een **sluitend registratiesysteem** enerzijds en een doorgedreven **sensibilisering van huisartsen** inzake het voorschrijven van methadon en benzodiazepines anderzijds is aanbevolen. Een toegankelijke databank voor huisartsen kan ‘shoppende’ cliënten helpen detecteren en kan de verkoop van benzodiazepines en methadon in het illegale circuit sterk verminderen.
6. Daarnaast kan men zowel via extra aandacht in de **basisopleidingen voor geneeskundige beroepen** als via nascholing en **vormingsactiviteiten** tegemoet komen aan de behoefte van **huisartsen** om meer kennis en vaardigheid in het omgaan met drugafhankelijke cliënten en hun voorschrijfgedrag te verwerven.
7. Drughulpverleners bekleden een geschikte positie om gebruikers te informeren en te adviseren rond **hepatitispreventie en –behandeling**. Het verdient aanbeveling om initiatieven te nemen om de kennis bij (drug)hulpverleners over de ziekte, de risico’s en de behandelingswijzen te verhogen en hen alerter te maken voor de signalen van angst voor de ziekte en het stigma errond bij druggebruikers. Het verdient aanbeveling om drughulpverleners te trainen in de communicatie over en het motiveren van injecterende druggebruikers inzake hepatitispreventie en –behandeling.
8. Een **gediversifieerd aanbod** inzake **activering en tewerkstelling op maat** van de individuele druggebruikers is bijzonder nuttig. De bestaande initiatieven ter zake verdienen aanmoediging en ondersteuning. Het aanbod dient aan te sluiten bij de bestaande arbeidszorgtrajecten, die voor veel gebruikers te hoogdrempelig zijn. Het verdient ook aanbeveling om deze specifieke doelgroep(en) bij de ontwikkeling van interventies te betrekken.<sup>99</sup>
9. Er is nood aan blijvende ondersteuning van en **uitbreiding** van de bestaande initiatieven rond **woonbegeleiding voor actieve gebruikers**. Gebruikers die een stabiele woonst vinden, zijn meer

gemotiveerd tot gedragsverandering. Druggebruik kan bij zulke initiatieven geen exclusie criterium zijn. Woonbegeleiding moet vanuit een realistische houding ten opzichte van de gebruiker en zijn eventueel falen worden opgezet.

10. Er bestaat een duidelijke behoefte aan een **uitbreiding** van de huidige **nachtopvangcapaciteit** in de stad Antwerpen. Het verdient aanbeveling om de maximale capaciteit van 60 bedden het hele jaar door te garanderen (en niet enkel in de winterperiode), en de **infrastructuur** van de bestaande nachtopvang te **verbeteren**. Daarbij moet worden bekeken in welke mate extra opvangcapaciteit moet worden gereserveerd voor specifieke doelgroepen, zoals thuis- en dakloze jongeren, niet-injecterende gebruikers, illegalen, enz., zodat deze minder in contact komen met intraveneuze (heroïne)gebruikers. Er dient te worden nagedacht over de implementatie van een **tweede nachtopvangcentrum**, waar specifieke groepen een aanbod-opmaat kunnen krijgen, intensiever kunnen worden begeleid in het zoeken van een woning en sneller naar hulpverlening kunnen worden toegeleid als zij daar behoefte aan hebben.
11. Er is in Antwerpen nood aan een **uitbreiding van de capaciteit** van de bestaande inloopcentra en het **huiskamerproject** van ’t Vlot. Zulke inloopcentra of **bed-bad-brood-initiatieven** bieden (dakloze) druggebruikers - ten allen tijde! - een plek waar zij tijdelijk terechtkunnen voor basisbehoeften (lichamelijke verzorging, eten, rustmomenten). Als de cliënt er zélf om vraagt, kan de stap naar de drughulpverlening worden begeleid. Dergelijke initiatieven bieden ook tussentijdse oplossingen voor gebruikers die noodgedwongen op een wachtlijst voor gespecialiseerde drughulpverlening terechtkomen. Nieuwe initiatieven moeten weloverwogen worden ingeplant op strategische locaties, dicht bij de natuurlijke omgeving van deze gebruikers.
12. Ook voor vrouwelijke straatsekswerkers zou het idee van een **huiskamerproject** en/of een **inloopcentrum** een waardevolle piste zijn: een plek waar deze vrouwen tot rust kunnen komen, een kop warme koffie kunnen drinken en eventueel een dokter raadplegen. Deze vrouwen leiden een chao-

tisch leven op straat en worden het slachtoffer van geweld. De openingsuren van de reguliere hulpverlening zijn niet aangepast aan het levensritme van deze vrouwen; en ook ‘s nachts hebben deze mensen soms nood aan opvang. Het verdient ook aanbeveling om deze specifieke doelgroep(en) bij de ontwikkeling van interventies te betrekken.<sup>100</sup>

13. Het aanbod inzake **laagdrempelige medische opvang** in Antwerpen, waar gebruikers gratis terecht kunnen, is te beperkt. Er is nood aan een uitbreiding van de bestaande initiatieven, of aan bijkomende (mobiele) vormen van laagdrempelige en geografisch gespreide opvang voor medische verzorging. Anderzijds kan worden nagegaan of vormen van **mobiele spuitenruil** kunnen worden georganiseerd, bijv. via straathoekwerkers of outreachstrategieën.
14. Er is behoefte aan een debat in Antwerpen over de **nood aan gespecialiseerde opvang van oudere druggebruikers**. De bestaande drughulpverleningsstructuren zijn vaak op jongere mensen gericht, en houden minder rekening met zaken die oudere mensen (in het algemeen) overkomen: verminderde mobiliteit, hoge sterfte van belangrijke vrienden... De multiple medische problemen waar oudere gebruikers onder lijden, vragen om een andersoortige behandeling. Anderzijds kan de keuze voor een gespecialiseerde behandeling, of zelfs gespecialiseerde rusthuizen voor oudere gebruikers, een stigmatiserend effect hebben dat integratie van de oudere gebruikers niet ten goede komt. Het verdient ook aanbeveling om deze specifieke doelgroep(en) bij de ontwikkeling van interventies te betrekken.<sup>101</sup>
15. Er is te weinig opvang voor dubbele diagnosecliënten in Antwerpen, zowel inzake crisisopvang als inzake gespecialiseerde afdelingen of centra. Een vorm van **mobiele psychiatrie** of ‘outreach work’ door hulpverleners met psychiatrische expertise, waarbij een ploeg van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychiaters zich in de stad begeeft, kan bijdragen tot het welzijn en succesvolle hulpverleningstrajecten van deze mensen.<sup>102</sup>
16. Een mobiel psychiatrisch team moet uiteraard indien nodig, kunnen doorverwijzen naar gespeci-

aliseerde hulpverlening. De stad Antwerpen heeft nood aan mogelijkheden voor **residentiële opvang van dubbele diagnosepatiënten**. Een uitstekend georganiseerd outreachteam kan maar een impact hebben, als ook de gezondheids-, psychiatrische en sociale zorg niet tekort schieten.<sup>103</sup>

17. De doorverwijzing van gebruikers naar psychiatrische ziekenhuizen kan wellicht vlotter als bemiddeld wordt door een psychiatrisch verpleegkundige in plaats van door een maatschappelijk assistent (zoals het nu vaak gebeurt). Ten slotte kan men ook initiatieven overwegen om de **expertise omtrent psychiatrische problemen** bij de reguliere drughulpverleners te verbeteren.
18. Een beperkte of vertekende kennis over roesmiddelen en het hulpverleningsaanbod vormt een van de belemmerende factoren voor de toegang tot hulpverlening voor anderstalige en allochtone gemeenschappen. Er is nood aan **duidelijke, begrijpelijke en accurate informatie**. Daarbenevens moet meer ruimte worden gecreëerd om af te wijken van het ‘standaard’ zorgaanbod, en rekening te houden met de specifieke noden, behoeften en wensen van de cliënten. Vertegenwoordigers van etnisch-culturele gemeenschappen kunnen een brugfunctie bekleden. Het opzetten van **initiatieven vanuit die gemeenschappen** zélf moet worden gefaciliteerd en ondersteund. Verder dient werk gemaakt van wederzijdse communicatie tussen de gemeenschappen en de hulpverleningsector, zodat de verschillen in visies op hulpverlening kunnen worden verduidelijkt. Het Platform van Afrikaanse gemeenschappen De Coninckplein/Antwerpen ([www.afrikaansplatform.be](http://www.afrikaansplatform.be)) wil de gemeenschappelijke belangen van de diverse Afrikaanse gemeenschappen en verenigingen verdedigen en sociale integratie, emancipatie en deelname aan de economische, politieke en sociaal-culturele structuren bevorderen.<sup>105</sup> Het verdient aanbeveling de samenwerking tussen organisaties zoals deze met autochtone verenigingen en drughulpverleningsorganisaties te faciliteren en te stimuleren.
19. De toegang van gebruikers uit andere EU-landen tot gezondheidsvoorlichting, schadebeperkende

boodschappen en gezondheidszorg kan worden verbeterd, o.m. door een aangepaste, meer accurate informatievoorziening inzake de diverse vormen van drughulpverlening, en de specifieke rechten en plichten van deze EU-burgers in België (en Antwerpen). Men kan overwegen om een **aangepaste vertaling** te maken van de bijzonder nuttige *‘Gids voor dak- en thuislozen – Op straat in Antwerpen’* (CAW Metropool). Anderzijds kan er –in de mate van het mogelijke– naar worden gestreefd om in de drughulpverlening meer personeelsleden aan te werven die vertrouwd zijn met de taal en de cultuur van deze groep(en). Daarbenevens is meer systematische dataverzameling over deze doelgroep geboden. Het verdient ook aanbeveling om deze specifieke doelgroep(en) bij de ontwikkeling van interventies te betrekken.<sup>106</sup>

20. Sommige gebruikers zetten op bepaalde (kritieke) momenten minder snel de stap naar de laagdrempelige hulpverlening (verpleegkundige zorg, laagdrempelige psychosociale begeleiding, spuitenruil). Deze vormen van laagdrempelige hulpverlening moeten zich in de buurt van gebruikers bevinden. We pleiten voor een grotere investering in **decentralisatie**. Op die manier kunnen méér potentiële cliënten worden bereikt, en kan overlast over verschillende wijken en buurten worden gespreid.

## 7.5. Lokaal drugsbeleid

1. Een **beleid rond stadsvernieuwing** moet bekommerd blijven voor de **zwakkere groepen** (waaronder gemarginaliseerde druggebruikers). Wij pleiten voor een evenwichtige balans tussen strategieën gericht op overlastbestrijding en maatregelen ter bevordering van het welzijn van zwakkere groepen (o.m. drughulpverlening). In sociale alternatieven moet blijvend en voldoende worden geïnvesteerd.
2. Het verdient aanbeveling om nog meer in te zetten op een geïntegreerd dak- en thuislozenbeleid. Hulpverlening aan dak- en thuislozen kan in grote mate bijdragen tot de bevordering van de leefbaarheid en veiligheid voor alle Antwerpenaren.<sup>107</sup> Er

kan nog méér worden geïnvesteerd in **betaalbaar wonen** en **verbetering van de woonkwaliteit**, ook voor gemarginaliseerde druggebruikers, om te vermijden dat mensen via bijvoorbeeld slechte woningen in de dakloosheid terechtkomen. Het is daarenboven belangrijk dat daklozen zelf een stem krijgen in het beleid.

3. Het verdient aanbeveling om méér in te zetten op **heldere communicatie** vanwege de beleidsmakers over het lokale drugbeleid naar de diverse actoren.
4. Er is o.i. ook nood aan een **intensere samenwerking** tussen de verschillende actoren (politie, justitie, hulpverlening, preventie, enz.) onderling: een betere kennis van initiatieven en organisaties, verduidelijking van de eigen doelstellingen en instrumenten, een betere afstemming van de activiteiten op andere actoren, en een verminderd wantrouwen jegens elkaar.

# Epiloog

*Hoewel een lokale monitor goede mogelijkheden biedt voor gedetailleerde trendwatching omtrent patronen van middelengebruik en de lokale initiatieven en beleidsmaatregelen als reactie daarop, kampt zij ook steevast met een belangrijke beperking: onderzoeksgegevens worden verzameld gedurende een in de tijd afgebakende periode, waarna een fase van analyse en rapportage volgt. De data voor deze monitor werden in de periode maart – oktober 2010 verzameld. Enerzijds werden in die periode en nadien nieuwe beleidsmaatregelen genomen, waarvan de (neven)effecten nog niet grondig konden worden geëvalueerd; anderzijds zijn in de stad Antwerpen zeer recent een aantal projecten opgestart, die nog niet ten volle zijn uitgebouwd. Hieronder sommen we een aantal initiatieven/maatregelen op die mogelijks in het kader van de volgende uitvoering van de Antwerpse Drug- en Alcoholmonitor beter zullen kunnen worden geëvalueerd.*

Sedert enkele jaren – en ook nog op het eind van 2010 en het begin van 2011 - nam de stad Antwerpen verschillende initiatieven om de drugsoverlast in bepaalde buurten en het publiek dat het De Coninckplein frequenteert, aan te pakken. Deze ad hoc acties (sinds kort gebundeld onder de codenaam ‘Saturn’, om een geïntegreerd beleid te voeren) richtten zich in de eerste plaats op het terugdringen en beter beheersen van alcohol- en drugsoverlast, drughandel en drugsgerelateerde criminaliteit. Op korte termijn hebben deze acties een impact op de zichtbare overlast op en rond het plein.

Door de nieuwe bestuurlijke maatregelen in de omgeving van Antwerpen-Noord kunnen personen die op zoek gaan naar drugs een administratieve boete krijgen. De stad wil naar eigen zeggen meer doen dan een louter gemeentelijk administratieve sanctie op te leggen, ze wil de oorzaak van het overlastgedrag aanpakken. Ze sloot daartoe een samenwerkingsovereenkomst af met vzw Elegast, het Centrum voor Geestelijke Gezondheid Vagga en Dagcentrum De Sleutel. Overtreders zullen worden uitgenodigd voor een bemiddelingsgesprek door vzw Elegast, die als bemiddelaar tussen de stad Antwerpen en de overtreder optreedt. Tijdens zo’n gesprek krijgt de betrokkene enerzijds de kans om te reageren op

de specifieke feiten, anderzijds kan hij er ook praten over eventuele problemen. Zo kunnen personen met een drugproblematiek na het bemiddelingsgesprek naar CGG Vagga of De Sleutel voor therapieadvies worden doorverwezen. CGG Vagga zal hierbij instaan voor de doorverwijzing van minderjarige overtredders (16 – 18 jaar). Dagcentrum De Sleutel ontvangt de meerderjarige verbalisanten. Wanneer de overtreder ingaat op het voorstel van therapieadvies en effectief deelneemt aan 4 à 5 verkennende en motiverende gesprekken, zal hij in principe worden vrijgesteld van de boete.

Voor de winteropvang van december 2010 tot maart 2011 werden aanpassingen voorzien om de uren van de dag – en nachtopvang op elkaar aan te sluiten. Hierdoor kunnen dak – en thuislozen op weekdays van 8.45u – 18.30u en gedurende de weekends van 9u – 18.30u vrijblijvend van dagopvang gebruik maken.

In dit rapport hebben wij gepleit voor de uitbreiding van de capaciteit van de bestaande inloopcentra (die de toevloed amper aankunnen) en een strategische inplanting van nieuwe initiatieven. De stad Antwerpen heeft zich ondertussen geëngageerd om een nieuwe en grotere locatie voor het inloopcentrum De Vaart te vinden. Of daarmee op voldoende wijze tegemoet

wordt gekomen aan de bestaande noden, kan pas op een later tijdstip ter dege worden geëvalueerd.

In dit rapport werden – op basis van de gegevens die in het kader van de ADAM werden verzameld - enkele voorlopige vaststellingen en/of hypothesen geformuleerd m.b.t. de eertijds fel bediscussieerde verhuis van het MSOC / Free Clinic van de Van Arteveldestraat naar de Schijnpoortweg. Ongeveer tegelijkertijd met het afwerken van dit rapport werd de laatste hand gelegd aan een rapport over de effecten van deze verhuis, o.m. gebaseerd op een bevraging van de cliënten. We verwijzen graag naar dat rapport voor een volledige analyse. In de loop van 2011 zal de verhuis van Free Clinic overigens nog het voorwerp zijn van een gezamenlijke evaluatie door de stad Antwerpen en het MSOC.

Of deze en andere, nieuwe strategieën op langere termijn ook permanente effecten ressorteren, en of zij mogelijks op de lokale drugsmarkt in Antwerpen, op het welzijn van gemarginaliseerde gebruikers en op de contacten van deze groep met (drug)hulpverlening onbedoelde of negatieve neveneffecten hebben, verdient ook in de toekomst voldoende aandacht.

# Eindnoten

- <sup>1</sup> OSSEBAARD, H.C., *Reis naar de roes*, Utrecht, Centrum voor Verslavingsonderzoek, 1996, 14-15.
- <sup>2</sup> COLPAERT, K., VANDERPLASSCHEN, W., VAN HAL, G. en BROEKAERT, E., *Gedeelde cliënten, gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart* in Orthopedagogische reeks Gent, nr. 20, Gent, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2005, 151.
- <sup>3</sup> VERTOMMEN, S., *Registratie van middelengebruik bij nieuwe cliënten uit/in de stad Antwerpen die gebruik maken van de hulpverlening, Analyses op de nieuwe dossiers van het jaar 2009*, Antwerpen, Dienst Stadsobservatie, 2010, 64 p.
- <sup>3</sup> BARENDREGT, C. en RODENBURG, G., *Een gebruiksruimte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar?*, Rotterdam, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2004, 58 p.
- <sup>5</sup> EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monographs, RHODES, T. en HEDRICH, D. (editors), Publications Office of the European Union, Luxembourg, 320.
- <sup>6</sup> MARSMAN, G. en RUIJS, T., *Evaluatie gebruiksruimte*. Gemeente Helmond, Afdeling Onderzoek en Statistiek, januari 2007, 26 p.; MARSMAN, G., *Verslaafdenzorg in Helmond. Evaluatie de Oversteek 2008*. Gemeente Helmond, Afdeling Onderzoek en Statistiek, oktober 2008, 25 p.; MARSMAN, G. en RUIJS, T., *Evaluatie de Oversteek: de huiskamer en gebruiksruimte*. Gemeente Helmond, Afdeling Onderzoek en Statistiek, oktober 2010, 20 p.
- <sup>7</sup> Zie o.m.: Spuitenruil Antwerpen, *Registratiegegevens Spuitenruil Antwerpen*, werkjaar 2009, 1; VERTOMMEN, S., *Registratie van middelengebruik bij nieuwe cliënten uit/in de stad Antwerpen die gebruik maken van de hulpverlening, Analyses op de nieuwe dossiers van het jaar 2009*, Antwerpen, Dienst Stadsobservatie, 2010, 16. Maar ook COLPAERT, K., VANDERPLASSCHEN, W., VAN HAL, G. en BROEKAERT, E., *Gedeelde cliënten, gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart*. Orthopedagogische reeks Gent nr. 20, Gent, Universiteit Gent, Vakgroep Orthope-

dagogiek, 2005, 150.

- <sup>8</sup> X, (2009/11), *Polydruguse* [WWW] EMCDDA: [www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use](http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use) [17/12/2010].
- <sup>9</sup> *Jaarverslag 2009 en 2008*, Activeringsproject harde kern druggebruikers Atheneumbuurt, deelwerking van Free Clinic vzw.
- <sup>10</sup> Spuitenruil Antwerpen, *Registratiegegevens Spuitenruil Antwerpen*, werkjaar 2009, 16 p.
- <sup>11</sup> COLPAERT, K., VANDERPLASSCHEN, W., VAN HAL, G. en BROEKAERT, E., *Gedeelde cliënten, gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart*. Orthopedagogische reeks Gent nr. 20, Gent, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2005, 152; COLPAERT, K., VANDERPLASSCHEN, W., VAN HAL, G., et al., ‘Dual substance abusers seeking treatment: Demographic, substance-related, and treatment utilization characteristics’, *Journal of Drug Issues*, 2008, 38(2), 559-583.
- <sup>12</sup> Zie daarover ook: COLPAERT, K., VANDERPLASSCHEN, W., VAN HAL, G. en BROEKAERT, E., *Gedeelde cliënten, gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart*. Orthopedagogische reeks Gent nr. 20, Gent, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2005, 192 p.
- <sup>13</sup> Zie onder andere EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monographs, RHODES, T. en HEDRICH, D. (editors), Publications Office of the European Union, Luxembourg, 458 p.
- <sup>14</sup> Er bestaat een significante associatie tussen cannabisgebruik en stemmingsstoornissen als depressie, dysthyme en bipolaire stoornis, maar een causaal verband tussen deze stoornissen en cannabisconsumptie heeft men tot op heden niet kunnen vaststellen. Zie o.m. voor een overzicht van de literatuur: MATTHUS, N., VAN HAL, G. en BEUTELS, P., *Evidence based cannabispreventie in Vlaanderen, Een overzicht van preventiestrategieën en mogelijkheden tot gezondheidsgerelateerde evaluatie op bevolkingsniveau*, Antwerpen, Reprografie Campus Drie Eiken, Universiteit Antwerpen, 2006, 21 – 22.
- <sup>15</sup> VAN DIJCK, A., BRUGGEMAN, B., DEMEY, R., TODTS, S. en VAN HAL, G., *Inventarisatie en analyse van*

- publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen [1996-1999]*, Antwerpen, ESOC, 2000, 33 p.
- <sup>16</sup> ADIC vzw-ontwenningsprogramma, *Jaarcijfers 2009, 2010*.
- <sup>17</sup> Deze vaststelling komt eveneens in het Nederlandse onderzoek inzake het gebruik van GHB voor: KORF, D.J., NABBEN, T., LEENDERS, F. en BENSCHOP, A., *GHB: tussen extase en narcose*, Amsterdam, Rozenberg Publishers, 2002, 34.
- <sup>18</sup> X, (z.d.) *GHB* [WWW]. *De Druglijn*: [www.druglijn.be/info\\_drugs/drugsABC/GHB/wat.html](http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/GHB/wat.html), [01/12/2010].
- <sup>19</sup> Zie daarover ook: MUYS, M., Drugsgebruik door (recente) migranten: een casestudie van Iraniërs in België, *Kwalon*, 2008, 13(1), 52.
- <sup>20</sup> NABBEN, T. en KORF, D.J., *Ketamine a field study among ketamine users*, Amsterdam, Thela Thesis, 2000, 102 p.; NABBEN, T., KOET, S., en KORF, D.J., *NL. Trendwatch*, Amsterdam, Rozenberg Publishers, 2007, 133.
- <sup>21</sup> Spuitenruil Antwerpen, *Registratiegegevens Spuitenruil Antwerpen*, werkjaar 2009, 13.
- <sup>22</sup> BECKERLEG, S., ‘Special issue on khat: use, users and unresolved issues – Khat special edition introduction’, *Substance Use and Misuse*, 2008, 43(6), 794 -761; ALEM, A., et al., ‘The prevalence and socio-demographic correlates of khat chewing in Butajira, Ethiopia’, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 100(397), 84-91; PATEL, S., ‘Attitudes to khat use within the Somali community in England’, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2008, 15(1), 37-53; ARMSTRONG, E., ‘Research note: crime, chemicals and culture: on the complexity of khat’, *Journal of Drug Issues*, 2008, 38(2), 631-648.
- <sup>23</sup> LAMKADDEM, B. en ROELANDS, M. (eds.), *Belgian national report on drugs 2009*, Brussel, Epidemiology Unit, Scientific Institute of Public Health, 2009, IPH/EPI REPORTS No. 001, 637 – 652.
- <sup>24</sup> SCOTT, J., en ROWAN, M.G., *Harm reduction advice based on laboratory analysis of crack cocaine adulteration*, 2010 National Conference of Injecting Drug Use, Tyne and Wear, 7 – 8 Oktober 2002; SCOTT, J. en ROWAN M.G. (Oktober 2010) *Harm reduction advice based on laboratory analysis of*

- crack cocaine adulteration* [WWW] Exchange Supplies: [www.exchangesupplies.org/conferences/NCIDU/2010\\_NCIDU/speakers/jenny\\_scott.html](http://www.exchangesupplies.org/conferences/NCIDU/2010_NCIDU/speakers/jenny_scott.html) [21/12/2010]; KENNEDY, D. en SOUTHWELL, M., (z.d.) *Between a rock and a hard place - a practical strategy for crack/cocaine users* [WWW] Drug Text: [www.drugtext.org/library/articles/southwell01.htm](http://www.drugtext.org/library/articles/southwell01.htm) [21/12/2010].
- <sup>25</sup> HERMANS, L. en SCHROOTEN, J., *Dossier cocaïne*, Brussel, VAD - Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, 2005, 73.
- <sup>26</sup> Cel Gezondheidszorg Drugs, Advies. *Het testen van illegale drugs in België*, 2010, 14 p.
- <sup>27</sup> DIMS, *Rapportage 2003, Drugs Informatie en Monitoring Systeem*, Utrecht, april 2004, 26 p.
- <sup>28</sup> Cel Gezondheidszorg Drugs, Advies. *Het testen van illegale drugs in België*, 2010, 14 p.
- <sup>29</sup> BENSCHOP, A., RABES, M. en KORF, D.J., *Pill-testing, Ecstasy and prevention – A scientific evaluation in three European cities*, Amsterdam, Rozenberg Publishers, 2002, 135 p.
- <sup>30</sup> STAD ANTWERPEN, *Analyse van de te voorziene impact van de verhuis van de Free Clinic*, 4 maart 2011 (onuitgegeven).
- <sup>31</sup> Zie daarover ook de vaststellingen uit een kleinschalig onderzoek in opdracht van Commisaris Paul Cleyman en onder coördinatie van het SODA: VAN BOUWEL, T., GYBELS, A. en D’HUYVETTER, E., *Een kwalitatief verkennend onderzoek omtrent een visieontwikkeling voor politionele acties op het Antwerpse drugthema*, intern document, 2009, 37 p. Dit onderzoek vertrekt vanuit de vaststelling dat er een tekort aan advies en beleid is betreffende de Belgische en Antwerpse aanpak inzake repressief drugsbeleid. Aan de hand van een enquête onder verschillende sleutelfiguren uit het Antwerpse werkveld trachten de onderzoekers informatie te verzamelen teneinde een draagvlak te kunnen ontwikkelen voor de politionele acties op lokaal niveau ten aan zien van drughandel en/of druggebruik. Ook de aanbevelingen op basis van dit onderzoek kunnen voor beleidsmakers nuttig zijn.
- <sup>32</sup> SCHOUWENAARS, D., *Het houdt ze van de straat Een vergelijkend onderzoek naar de ruimtelijke uitsluiting van daklozen in Rotterdam en Antwerpen*,



- Masterscriptie Faculteit der Managementwetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen, 2010, 93.
- <sup>33</sup> DEBRUYNE, P., TUTELEERS, P., KERGER, D., LOOPMANS, M., OOSTERLYNCK, S. en DE DECKER, P., (2010/11/08) *Het Antwerpse De Coninckplein. Naar wiens evenbeeld en belangen wordt de stad gekneed?* [WWW] MO: [www.mo.be/opinie/het-antwerpse-de-coninckplein-naar-wiens-evenbeeld-en-belangen-wordt-de-stad-gekneld](http://www.mo.be/opinie/het-antwerpse-de-coninckplein-naar-wiens-evenbeeld-en-belangen-wordt-de-stad-gekneld) [05/12/2010]; BLONDEEL, P., *Nieuwe kleren voor de werkstad, sociale geschiedenis en ruimtelijke planning in de Antwerpse stationsomgeving*, Antwerpen, Garant-Maklu, 2009, 11 – 17.
- <sup>34</sup> DEBRUYNE, P., TUTELEERS, P., KERGER, D., LOOPMANS, M., OOSTERLYNCK, S. en DE DECKER, P., (2010/11/08) *Het Antwerpse De Coninckplein. Naar wiens evenbeeld en belangen wordt de stad gekneed?* [WWW] MO: [www.mo.be/opinie/het-antwerpse-de-coninckplein-naar-wiens-evenbeeld-en-belangen-wordt-de-stad-gekneld](http://www.mo.be/opinie/het-antwerpse-de-coninckplein-naar-wiens-evenbeeld-en-belangen-wordt-de-stad-gekneld) [05/12/2010].
- <sup>35</sup> BLONDEEL, P., *Nieuwe kleren voor de werkstad, sociale geschiedenis en ruimtelijke planning in de Antwerpse stationsomgeving*, Antwerpen, Garant-Maklu, 2009, 11 – 17.
- <sup>36</sup> BARENDREGT, C. en RODENBURG, G., *Een gebruiksruimte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar?*, Rotterdam, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2004, 47.
- <sup>37</sup> X, (z.d.) *De Rotterdamse Straatdokter* [WWW] Artsennet: [medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/De-Rotterdamse-Straatdokter.htm](http://medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/De-Rotterdamse-Straatdokter.htm) [11/12/10].
- <sup>38</sup> Zie hierover: [www.infirmiersderue.be](http://www.infirmiersderue.be).
- <sup>39</sup> WINDELINCKX, T., *Rapport Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2009*, Project Spuitenruil Vlaanderen, 20-24.
- <sup>40</sup> LEONARD, L., DERUBEIS, E., PELUDE, L., et al., "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed', *International Journal of Drug Policy*, 2007, 19(3), 1-10; LEONARD, L., MEADOWS, E., PELUDE, L., et al., *Results of the evaluation of the City of Ottawa's Public Health Department's Safer Crack Use initiative: a harm reduction success*, Ontario HIV Treatment Network Research Conference, Toronto, 27–28 November 2006.
- <sup>41</sup> Meer info op: [www.cocaineinfo.nl](http://www.cocaineinfo.nl). Zie ook: BOEKHOUT VAN SOLINGE, T., *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*, Amsterdam, Rozenberg Publishers, 2001, 127 p.; WITTENBERG, S., *Niet uit het veld te slaan - bereiken van basecokegebruikers op straat*, Amsterdam, Stichting Mainline, 2005, 640 p.; EMCDDA, *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monographs, RHODES, T. en HEDRICH, D. (editors), Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2010, 199.
- <sup>42</sup> PLASSCHAERT, S. et al., *HCV-, HBV- en HIV-Seroprevalentiestudie in een steekproef van drugsgebruikers in behandelingscentra en gevangenen in België 2004-2005*, WIV/EPI Rapport, 2005, 3.
- <sup>43</sup> X, (z.d.) *Matrix* vzw [WWW] Free Clinic vzw: [www.free-clinic.be/free-clinic/matrixvzw.pdf](http://www.free-clinic.be/free-clinic/matrixvzw.pdf) [8/12/2010].
- <sup>44</sup> X, (z.d.) *NDRI Research Projects HIV/AIDS and HEP C* [WWW] NDRI: [www.ndri.org/fmi/xsl/hfind.xsl?db=projects&lay=webform&sortfield.1=ndriprojno&category=H&activeStatus=Ended&include=yes&max=25&find](http://www.ndri.org/fmi/xsl/hfind.xsl?db=projects&lay=webform&sortfield.1=ndriprojno&category=H&activeStatus=Ended&include=yes&max=25&find) [10/12/2010]. Meer informatie is te vinden op: <http://www.cdc.gov/hepatitis/resources/professionals/trainingresources.htm> ; en <http://www.harmreduction.org>.
- <sup>45</sup> X, (2009/11/05) *Diseases and deaths* [WWW] EMCDDA: [www.emcdda.europa.eu/situation/diseases-and-deaths/3](http://www.emcdda.europa.eu/situation/diseases-and-deaths/3) [10/12/2010].
- <sup>46</sup> WINDELINCKX, T., *Rapport Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2009*, Project Spuitenruil Vlaanderen, 40.
- <sup>47</sup> X, (s.d.) *De Vernissage* [WWW] Marthatentatief: [www.marthatentatief.be/#voorstellingen%2Fde-vernissage](http://www.marthatentatief.be/#voorstellingen%2Fde-vernissage) [11/12/2010].
- <sup>48</sup> X, (s.d.) *Daglonerprojecten* [WWW] Streetcornerwork: [www.streetcornerwork.eu/drugshulpverlening/daglonerprojecten/index.html](http://www.streetcornerwork.eu/drugshulpverlening/daglonerprojecten/index.html) [11/12/2010].
- <sup>49</sup> X, (z.d.) *The Fitzroy Legal Service Drug Outreach Lawyer Project* [WWW] The Fitzroy Legal Service Inc: [www.vicdrugguide.org.au/handbook/ch16s03.php](http://www.vicdrugguide.org.au/handbook/ch16s03.php) [10/12/10].
- <sup>50</sup> X, (z.d.) *Straatadvocaat* [WWW] Zon: [www.zonzh.nl/default.asp?id=21](http://www.zonzh.nl/default.asp?id=21) [10/12/12].
- <sup>51</sup> EMCDDA, *Treatment and care for older drug users*, Luxemburg, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2010, 23; MILBY, J.B., et al., 'To House of Not to House: The Effects of Providing Housing to Homeless Substance Abusers in Treatment', *American Journal of Public Health*, 2005, 95(7), 1259-1265; JASON, L.A., 'An examination of main and interactive effects of substance abuse recovery housing on multiple indicators of adjustment', *Addiction*, 2007, 102(7), 1114 – 1121.
- <sup>52</sup> TSEMBERIS, S., et al., 'Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis', *American Journal of Public Health*, 2004, 94(4), 652-656.
- <sup>53</sup> X, (z.d.) *Our Model* [WWW] Pathways to housing: [www.pathwaystohousing.org/content/our\\_model](http://www.pathwaystohousing.org/content/our_model) [11/12/2010].
- <sup>54</sup> X, (z.d.) *Discus* [WWW] HVOQuerido: [www.hvo-querido.nl/discus.html](http://www.hvo-querido.nl/discus.html) [11/12/2010].
- <sup>55</sup> X, (z.d.) *Hoe is het om bij jullie te wonen?* [WWW] SBWU: [www.sbwu.nl/index.php?contentId=1220](http://www.sbwu.nl/index.php?contentId=1220) [11/12/2010]. REINKING, D., et al., 'Het hostelprogramma in Utrecht Gedurfd, innovatief en... het werkt!' *Verslaving*, 2010, 6(3), 5-16.
- <sup>56</sup> X, (s.d.) *Drugs and alcohol* [WWW] Home Office: [www.homeoffice.gov.uk/drugs](http://www.homeoffice.gov.uk/drugs) [21/12/2010].
- <sup>57</sup> SCHOUWENAARS, D., *Het houdt ze van de straat. Een vergelijkend onderzoek naar de ruimtelijke uitsluiting van daklozen in Rotterdam en Antwerpen*, Masterscriptie Faculteit der Managementwetenschappen, 2010, Radboud Universiteit Nijmegen, 76; BARENDREGT, C. en RODENBURG, G., *Een gebruiksruimte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar?*, Rotterdam, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2004, 58 p.
- <sup>58</sup> Het fenomeen van 'verborgen' dakloosheid werd al vastgesteld in BARENDREGT, C. en RODENBURG, G., *Een gebruiksruimte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar?*, Rotterdam, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2004, 58 p.
- <sup>59</sup> X, (z.d.) *San Diego Youth Services* [WWW] SDYS: [www.sdyouthservices.org/](http://www.sdyouthservices.org/) [19/02/2010]; X, (z.d.) *Kinderen en jongeren* [WWW] Spirit: [www.spirit.nl/kinderenjongeren](http://www.spirit.nl/kinderenjongeren) [19/02/2010].
- <sup>60</sup> SOYEZ, V. en BROEKAERT, E., Karakteristieken en noden van ouders van personen die middelen misbruiken: exploratieve studie naar verandering en tevredenheid bij deelnemers van oudergroepen die werken volgens de principes van het GROOM-werkboek, *VAD-Berichten*, 2007, 4, 19-20.
- <sup>61</sup> EMCDDA, *Treatment and care for older drug users*, Luxemburg, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2010, 19-20.
- <sup>62</sup> EMCDDA, *Treatment and care for older drug users*, Luxemburg, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2010, 23-26.
- <sup>63</sup> EMCDDA, *Treatment and care for older drug users*, Luxemburg, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2010, 25.
- <sup>64</sup> Een voorbeeld is bijvoorbeeld het project Woodstock in Den Haag: <http://www.parnassia.nl/Psychiatrie/aanbod-wonen/dak-en-thuislozen>. Over Duitse initiatieven inzake oudere druggebruikers vindt men meer informatie op: [http://www.indro-online.de/Ebert3\\_060.pdf](http://www.indro-online.de/Ebert3_060.pdf). EMCDDA, *Treatment and care for older drug users*, Luxemburg, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 2010, 25.
- <sup>65</sup> ADIC vzw, *Residentieel zorgaanbod voor gebruikende ouders en hun kinderen. Draaiboek voor hulpverleners*, Antwerpen, ADIC vzw en Stad Antwerpen, 64 p.
- <sup>66</sup> In 2011 worden de resultaten gepubliceerd van een onderzoek naar druggebruik onder vrouwelijke sekswerkers in België, uitgevoerd door het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD) in opdracht van de POD Wetenschapsbeleid. De studie is gebaseerd op een kwantitatieve survey (n=500) en diepte-interviews (n=25) bij sekswerkers in 5 Belgische steden (Antwerpen, Brussel, Charleroi, Gent en Luik) en in 5 prostitutiesectoren (straatprostitutie, raamprostitutie, sekswerk in privéhuizen en in bars, en de escortsector).
- <sup>67</sup> X, (z.d.) *Centraal aanmeldpunt voor druggebruikers in de gevangenis* [WWW] Verslaafdenzorg: [verslaafdenzorg.be/index.php?option=com\\_content&view=article&id=31:-centraal-aanmeldpunt-voor-druggebruikers-in-de-gevangenis&catid=19&Itemid=53](http://verslaafdenzorg.be/index.php?option=com_content&view=article&id=31:-centraal-aanmeldpunt-voor-druggebruikers-in-de-gevangenis&catid=19&Itemid=53) [13/12/2010].

- <sup>68</sup> X, (z.d.) *Justitieel Welzijn Antwerpen* [WWW] CAW Metropool: [www.cawmetropool.be/displayDeelwerkingen.aspx?titel=Justitieel%20Welzijnswerk%20Antwerpen](http://www.cawmetropool.be/displayDeelwerkingen.aspx?titel=Justitieel%20Welzijnswerk%20Antwerpen) [13/12/2010].
- <sup>69</sup> X, (z.d.) *PROject* [WWW] Free Clinic vzw: <http://www.free-clinic.be/project/index.html> [13/12/2010].
- <sup>70</sup> X, (z.d.) *Hope* [WWW] Sulzbachercenter: <http://www.sulzbachercenter.org/programs/hope.html> [13/12/2010]. Zie voor een evaluatie ook: CHRISTENSEN, R.C., 'Psychiatric street outreach to homeless people: fostering relationship, reconnection and recovery', *Journal of health care for the poor and underserved* 2009, 20(4), 1036-1040.
- <sup>71</sup> FARREL, S.J., 'Taking it to the street: A psychiatric outreach service in Canada', *Community Mental Health Journal*, 2005, 41(6), 737-746. <http://www.rohcg.on.ca/programs-and-services/factsheets/psychiatric-outreach-teams-e.cfm>.
- <sup>72</sup> X, (z.d.) *SOS Program* [WWW] San Francisco Community Clinic Consortium: [www.sfccc.org/sos/index.htm](http://www.sfccc.org/sos/index.htm) [13/12/2010].
- <sup>73</sup> Zie daarover o.m. ook: X, (z.d.) *Vluchtelingen* [WWW] Artsen Zonder grenzen: [www.msf-azg.be/nl/main-menu/azg-aan-het-werk/azg-themas/thema-detail/table/7.html](http://www.msf-azg.be/nl/main-menu/azg-aan-het-werk/azg-themas/thema-detail/table/7.html) [06/12/2010]; ROHLOF, H. en HAANS, T. (eds.), *Groepstherapie met vluchtelingen transculturele praktijk*, Houten, Bohn Stafleu, 2005, 27-30; X, (z.d.) *The Trauma Debate* [WWW]. Forced Migration: [www.forcedmigration.org/guides/fmo004/fmo004-2.htm](http://www.forcedmigration.org/guides/fmo004/fmo004-2.htm) [6/12/2010].
- <sup>74</sup> DERLUYN, I., VANDERPLASSCHEN, W., ALEXANDRE, S., STOFFELS I. et al., *Zorgtrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden - Trajectoires de soin des usagers de drogues d'origine étrangère*, Gent, Academia Press, 2008, 400.
- <sup>75</sup> X, (z.d.) *Project Tuppercare* [WWW] Toolbox: [www.vmc.be/toolbox/fiche.aspx?id=8198](http://www.vmc.be/toolbox/fiche.aspx?id=8198) [02/12/2010].
- <sup>76</sup> CARELLA, M en PACE, R, 'Some migration dynamics specific to southern Europe: South-north and east-west axis', *International Migration*, 2001, 39(4), 63-99.
- <sup>77</sup> DE RUYVER, B., en SURMONT, T., *Grensoverschrijdend drugstoerisme, nieuwe uitdagingen voor de Euregio's*, Antwerpen, Maklu, 2007, 25-30.
- <sup>78</sup> MAES, S., *Onderzoek naar vereningsleven van zwarte Afrikanen in Antwerpen*. Licentiaatsverhandeling Communicatiewetenschappen, Antwerpen, 2006, 77 p.
- <sup>79</sup> X, (z.d.) *Arbeidsmigrant* [WWW] Vreemdelingenrecht: [www.vmc.be/vreemdelingenrecht/wegwijs.aspx?id=3071](http://www.vmc.be/vreemdelingenrecht/wegwijs.aspx?id=3071) [14/12/2010].
- <sup>80</sup> X, (z.d.) *Arbeidsmigrant* [WWW] Vreemdelingenrecht: [www.vmc.be/vreemdelingenrecht/wegwijs.aspx?id=3071](http://www.vmc.be/vreemdelingenrecht/wegwijs.aspx?id=3071) [14/12/2010].
- <sup>81</sup> DE MAEYER, J., VANDERPLASSCHEN, W. en BROEKAERT, E., Exploratory Study on Drug Users' Perspectives on Quality of Life: More than Health-Related Quality of Life?, *Social Indicators Research*, 2009, 90(1), 107-126.
- <sup>82</sup> Deze gids is ook on-line beschikbaar: [www.steunpunt.be/\\_steunpunt/E-zine/AWW-flash/aww-flash10/Preview\\_%20Op%20straat%20in%20Antwerpen.pdf](http://www.steunpunt.be/_steunpunt/E-zine/AWW-flash/aww-flash10/Preview_%20Op%20straat%20in%20Antwerpen.pdf).
- <sup>83</sup> Zie ook: COLPAERT, K., VANDERPLASSCHEN, W., VAN HAL, G. en BROEKAERT, E., *Gedeelde cliënten, gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart*. Orthopedagogische reeks Gent nr. 20, Gent, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2005, 157.
- <sup>84</sup> VANDERPLASSCHEN, W., et al., *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik*. Orthopedagogische Reeks Gent nr. 12, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2001, 61 p.
- <sup>85</sup> STOOP, R., DE BIE, E. en DECORTE, L., 'De verstrekking van substitutieproducten door de apotheekvestigingen in Antwerpen', *VAD-Berichten*, 2007, 3, 16-17.
- <sup>86</sup> FRAEYMAN, J., PEREMANS, L., SYMONS, L., VAN ROYVEN, P. en VAN HAL, G., *Substitutieverstrekking voor opiatengebruikers: is het haalbaar in de huisartsenpraktijk? Een studie in Antwerpen*, Antwerpen, UWID en UA, 2009, 82 p.
- <sup>87</sup> FRAEYMAN, J., PEREMANS, L., SYMONS, L., VAN ROYVEN, P. en VAN HAL, G., *Substitutieverstrekking voor opiatengebruikers: is het haalbaar in de huisartsenpraktijk? Een studie in Antwerpen*, Antwerpen, UWID en UA, 2009, 77-82.
- <sup>88</sup> X, (2008) *Voorschrijven van benzodiazepines aan illegale druggebruikers* [WWW] VAD: [www.vad.be/media/17365/benzos\\_inhoudprefin.pdf](http://www.vad.be/media/17365/benzos_inhoudprefin.pdf) [17/12/2010].
- <sup>89</sup> Free Clinic vzw, *Jaarverslag 2010*. Niet gepubliceerd document.
- <sup>90</sup> Free Clinic vzw, *Jaarverslag 2010*. Niet gepubliceerd document; Free Clinic vzw, *Jaarverslag 2009*. Niet gepubliceerd document.
- <sup>91</sup> WINDELINCKX, T., *Project Spuitenruil Vlaanderen werkjaar 2009*, 2010, 11.
- <sup>92</sup> DE BOYSER, K., LINCET, S. en VAN DIJCK, L., *Onderzoek naar de OCMW-hulpverlening aan dak – en thuislozen*. Eindrapport, POD Maatschappelijke Integratie, z.d., 16.
- <sup>93</sup> Zie daarover: TAYLOR, A., FLEMING, A., RUTHERFORD, J. en GOLDBERG, D., *Effective Interventions Unit. Examining the injecting practices of injecting drug users in Scotland*, University of Paisley, Scottish Centre for Infection and Environmental Health, 2004, 54 p.
- <sup>94</sup> TAYLOR, A., FLEMING, A., RUTHERFORD, J. en GOLDBERG, D., *Effective Interventions Unit. Examining the injecting practices of injecting drug users in Scotland*, University of Paisley, Scottish Centre for Infection and Environmental Health, 2004, 54 p.
- <sup>95</sup> EMCDDA, *Inventory of on-site pill-testing interventions in the EU*, Wenen, 2001. Anderzijds zijn er ook rapporten die wijzen op een aantal beperkingen van dergelijke projecten. Zie o.m.: DEVRIENDT, W., SCHROOTEN, J., GEERAERTS, G. en LAUDENS, F., *Pill-testing: dossier*, Brussel, VAD, 56 p.; Cel Gezondheidszorg Drugs, Advies. *Het testen van illegale drugs in België*, 2010, 14 p.
- <sup>96</sup> Joseph Rowntree Foundation, *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*, York, Joseph Rowntree Foundation, 2006, 108 p.
- <sup>97</sup> VAN DER KREEFT, P., *Evidence based preventie van druggebruik en verslaving in de werking van De Sleutel*, De Sleutel, 2005, 3-5.
- <sup>98</sup> SOYEZ, V., Sociale steun voor drugsverslaafden in behandeling Het belang van het inschakelen van verschillende subgroepen, *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 2006, 2(4), 22 – 36.
- <sup>99</sup> ROOS, N. en BAAS, I., *Eastern European Drug Users In The Netherlands. Experiences with and life stories from Eastern European drug users in the Netherlands*, Amsterdam, Mainline, 2010, 34 p.
- <sup>100</sup> ROOS, N. en BAAS, I., *Eastern European Drug Users In The Netherlands. Experiences with and life stories from Eastern European drug users in the Netherlands*, Amsterdam, Mainline, 2010, 34 p.
- <sup>101</sup> ROOS, N. en BAAS, I., *Eastern European Drug Users In The Netherlands. Experiences with and life stories from Eastern European drug users in the Netherlands*, Amsterdam, Mainline, 2010, 34 p.
- <sup>102</sup> LAM, J.A. en ROSENHECK, R., 'Street outreach for homeless persons with serious mental illness: is it effective?', *Medical Care*, 1999, 37 (4), 849-907.
- <sup>103</sup> ERICSON, S. en JAIME, P., 'To Dance with Grace: Outreach and Engagement to Persons on the Street'. Symposium presentation, U.S. Department of Health and Human Services, 1998.
- <sup>104</sup> DERLUYN, I., VANDERPLASSCHEN, W., ALEXANDRE, S., STOFFELS I. e.a., *Zorgtrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden - Trajectoires de soin des usagers de drogues d'origine étrangère*, Gent, Academia Press, 2008, 400.
- <sup>105</sup> X, (z.d.) *Platform van Afrikaanse gemeenschappen De Coninckplein/Antwerpen* [WWW] Socius: [www.socius.be/?action=organisaties&organisatie=326](http://www.socius.be/?action=organisaties&organisatie=326) [13/12/2010].
- <sup>106</sup> ROOS, N. en BAAS, I., *Eastern European Drug Users In The Netherlands. Experiences with and life stories from Eastern European drug users in the Netherlands*, Amsterdam, Mainline, 2010, 34 p.
- <sup>107</sup> SCHOUWENAARS, D., *Het houdt ze van de straat. Een vergelijkend onderzoek naar de ruimtelijke uitsluiting van daklozen in Rotterdam en Antwerpen*, Masterscriptie Faculteit der Managementwetenschappen, 2010, Radboud Universiteit Nijmegen, 106-107.

