

---

# deconcentratie van de drughulpverlening in de Antwerpse Atheneumbuurt

Krista Vanderstraeten  
Antwerpen, december 2004



POLITIQUE DES GRANDES VILLES  
GROOTSTEDENBELEID

## **onderzoekopzet**

- 5 situering en probleemstelling
  - situering
  - probleemdefinitie
  - doelstelling
  - onderzoeksvragen
- 7 methodologie
  - kerngroep
  - stuurgroep
  - dataverzameling
  - drughulpverlening
  - druggebruikers
  - buurtbewoners
- 11 opbouw van het rapport
- 12 verklaring van de gebruikte begrippen

## **omgevingsanalyse**

- 15 socio-economische situatie
- 16 drugscene
- 18 aanwezige hulpverlening
- 19 aanwezige drughulpverlening
  - dagcentrum De Sleutel Antwerpen
  - aanbod, werking en doelgroep
  - registratiegegevens 2003
  - Free Clinic
  - aanbod, werking en doelgroep
  - registratiegegevens 2003
- 28 toekomst van de Atheneumbuurt
- 30 conclusie

## **visie van de drughulpverlening**

- 32 Dagcentrum De Sleutel Antwerpen
  - huidige ligging
  - samenwerking met andere organisaties
  - samenwerking met apothekers
  - antennes
  - communicatie met buurtbewoners
- 36 Free Clinic
  - huidige ligging
  - huidig aanbod
  - samenwerking met andere organisaties
  - samenwerking met apothekers
  - antennes
  - communicatie met buurtbewoners
  - aanpassingen in huidige locatie
- 42 algemeen
  - beleid
- 43 conclusie

## **visie van de gebruikers**

- 44 huidige situatie en toekomst
  - huidige ligging
  - hulpverleningsaanbod
  - Free Clinic
  - Dagcentrum De Sleutel
  - algemeen
  - antennes
  - beleid
- 51 secundaire analyse vroeger onderzoek
- 53 conclusie

## **visie van de buurtbewoners**

- 55 overlast en drugoverlast
- 56 aanwezigheid drughulpverlening
- 57 bewonersverenigingen en contacten met beleid
- 58 verschillende visies
- 59 communicatie
- 60 conclusie

## **spreiding drughulpverlening in binnen- en buitenland**

- 62 België
  - MSOC Gent, Waasland
    - antennewerking
    - samenwerking met apothekers
    - organisatie van het onthaal
    - communicatie met buurtbewoners
    - crisisconvenant
    - zorgcircuit
  - MSOC Limburg
    - antennewerking
    - samenwerking met apothekers
    - onthaal en verstrekking
    - communicatie met buurtbewoners
    - zorgcircuit
- 67 Nederland
  - AVG Groningen
    - antennes
    - samenwerking met apothekers
    - communicatie met buurtbewoners
  - CM Utrecht
    - verstrekking op locatie
    - communicatie met buurtbewoners
  - GG&GD Amsterdam
    - decentralisatie
    - samenwerking met huisartsen
    - communicatie met buurtbewoners
- 74 conclusie

## **aanbevelingen en acties**

- 76 aanwezigheid drughulpverlening in nabijheid doelgroep
- 76 uitbouwen kleinere deelwerkingen
- 81 verbetering aanbod Free Clinic
- 82 verbetering samenwerking en afstemming (drug)hulpverleningsorganisaties
- 83 verbetering samenwerking huisartsen
- 84 verbetering samenwerking apothekers
- 85 in kaart brengen van de behoeften van de Antwerpse druggebruikers en de lacunes in het huidige aanbod
- 85 uitbreiding van het drughulpverleningaanbod verspreid over de stad

## **87 literatuur**

- 91 bijlage : raming kosten opening tweede vestiging Free Clinic

## onderzoeksopzet

---

### situering en probleemstelling

#### situering

De Antwerpse Atheneumbuurt heeft niet zo'n beste reputatie. Burgemeester Janssens sprak vorig jaar zelfs van dé probleemwijk van Vlaanderen. En hoewel deze wijk heel wat positieve troeven heeft, is het duidelijk dat een aantal problemen dringend moeten worden aangepakt.

Begin 2003 gaf het College van Burgemeester en Schepenen de opdracht om een Actieplan voor de Atheneumbuurt te ontwikkelen.

Onder de regie van bedrijfsdirecteurs Sociale Zaken en Integrale Veiligheid (Marjan Knockaert) en Ontwikkelingsbedrijf/Planningscel (Dries Willems) werden in 2004 volgende vijf projecten opgestart:

- krotspotteam
- herprofilering De Coninckplein
- opmaak stadsontwerp centrumgebied
- activering harde kern druggebruikers
- deconcentratie van de drughulpverlening

De financiering van deze projecten gebeurt door het Federaal Grootstedenbeleid 2004-2008.

Binnen het project deconcentratie willen we een grondige analyse maken van het huidige aanbod van drughulpverlening in de Atheneumbuurt. Zowel Dagcentrum De Sleutel als Free Clinic liggen op een boogscheut van het De Coninckplein. Een aantal buurtbewoners ziet de aanwezigheid van de drughulpverlening als een bron van overlast in een buurt die sowieso al met een hele waaier van problemen kampt. Vanuit de Free Clinic zelf komen er signalen dat de kwaliteit van de hulpverlening lijdt onder de huidige hoge caseload. Druggebruikers geven aan liever niet met de drugscène op het De Coninckplein geconfronteerd te worden op weg naar de hulpverlening. Vanuit verschillende hoeken wordt een deconcentratie van de drughulpverlening gesuggereerd. Met deconcentratie bedoelt men het verkleinen van het huidige aanbod in de Atheneumbuurt en het oprichten van kleinere hulpverleningsinitiatieven verspreid over de hele stad.

#### probleemdefinitie

Er is een ontevredenheid over de huidige concentratie aan (drug)hulpverlening in de Atheneumbuurt te Antwerpen. Zowel vanuit de buurtbewoners, het beleid, de druggebruikers als vanuit de drughulpverleningcentra komen er signalen dat er iets aan de huidige situatie moet veranderen. Als mogelijke oplossing wordt een deconcentratie van de drughulpverlening naar voor geschouwen.

#### doelstelling

Het onderzoeken van de noodzaak, de voor- en nadelen en de modaliteiten van een eventuele spreiding van de drughulpverlening.

## onderzoeksvragen

- analyse van de bereikte doelgroep en de werking van de drughulpverleningcentra in zone 2060
- analyse van het effect van de aanwezigheid van drughulpverleningcentra in zone 2060
- situering van druggebruikers in de verschillende stadsdelen van Antwerpen
- opzoeken en analyseren van gegevens van vergelijkbare steden in binnen- en buitenland
- analyse van de effecten van schaalvergroting/schaalverkleining van de drughulpverlening
- bepalen van de meest aangewezen hulpverleningsvorm en locatie(s)
- schrijven van een eindrapport met aanbevelingen en concrete aanwijzingen rond die aanbevelingen

## methodologie

### kerngroep

Er werd een kerngroep opgericht om het project te sturen. In deze kerngroep zetelden volgende personen:

Tino Ruyters: directeur Free Clinic.

Peter Vanhoof: klinisch coördinator Dagcentrum De Sleutel.

Cathy Matheï: dokter stafid Free Clinic.

Erwin Daenen: beleidsmedewerker SODA.

Tine Celis: verpleegkundige Free Clinic.

Krista Vanderstraeten: onderzoekster, psychologe.

De kerngroep kwam op 26 maart 2004 voor de eerste keer samen om het concept van het onderzoek uit te tekenen.

Op 13 april werd Krista Vanderstraeten aangenomen voor dit onderzoek in een contract van 30 uur per week. Eind december werd als einddatum voor het onderzoek gesteld.

Gedurende de onderzoeksperiode kwam de kerngroep regelmatig samen om het verloop van het onderzoek te volgen, het project inhoudelijk te sturen en te discussiëren over de resultaten en de conclusies. De kerngroep is in totaal 15 keer samengekomen.

### stuurgroep

Naast deze kerngroep werd er ook een stuurgroep samengesteld waarin vertegenwoordigers zetelden uit het beleid en de hulpverlening, alsook van de druggebruikers en de buurtbewoners. Vanuit de kerngroep wilden we dat het onderzoek geschraagd werd door de verschillende invalshoeken die belang hebben bij de resultaten van dit onderzoek.

Deze stuurgroep kwam drie keer samen en mocht zich verheugen op een ruime belangstelling van de betrokken actoren:

- 25 juni 2004: Presentatie onderzoeksopzet.  
Feedback en vragen van de leden van de stuurgroep.
- 29 oktober 2004: Presentatie tussentijdse resultaten.  
Feedback en vragen van de leden van de stuurgroep.
- 23 december 2004: Presentatie eindresultaten.  
Feedback en vragen van de leden van de stuurgroep.

### dataverzameling

De probleemstelling werd geanalyseerd vanuit drie verschillende invalshoeken: zijnde de drughulpverlening, de druggebruikers en de buurtbewoners. Een grondige studie van de nationale en internationale literatuur werd aangevuld met kwalitatieve diepte-interviews, focusgroepen, informele gesprekken en observaties.

Er werd gekozen voor kwalitatief onderzoek, waarvoor er een kleine steekproef van de betrokken populatie werd genomen. We pretenderen dan ook geenszins representativiteit met dit onder-

zoek. Veeleer werd er voor gekozen om diepgaand te graven in het perspectief van de geïnterviewde met betrekking tot de probleemstelling om zo te komen tot een grondige analyse van de huidige situatie en haar knelpunten.

De interviews bij de gebruikers en de focusgroepen werden opgenomen op band en achteraf integraal uitgetypt.

### 1\_drughulpverlening

Voor de drughulpverleningcentra hebben wij onze focus gericht op de twee ambulante drughulpverleningsorganisaties die vlakbij het De Coninckplein in Antwerpen gelegen zijn: namelijk de Free Clinic en De Sleutel.

In Free Clinic zijn er drie diepte-interviews afgenomen van sleutelfiguren uit het beleid. In het Dagcentrum De Sleutel werden er twee diepte-interviews afgenomen van beleidsfiguren. Tijdens deze bevraging werd er dieper ingegaan op het hulpverleningsaanbod en de locatie van dit aanbod, de pro's en de contra's van een eventuele spreiding, de samenwerking tussen de verschillende organisaties en de knelpunten in de huidige situatie. Deze onderwerpen werden als leidraad gebruikt in de gesprekken, er werd voldoende ruimte gelaten om dieper in te gaan op thema's die de respondent zelf aanbracht.

In beide organisaties werd verder een focusgroep gehouden met het personeel.

Een focusgroep is een diepgaand kwalitatief interview, met een zorgvuldig geselecteerde groep van zes à twaalf respondenten die onderling spreken over een bepaald thema. Het voordeel van deze methode is dat de deelnemers met elkaar in discussie kunnen treden. De onderzoeker zelf heeft geen inhoudelijke inbreng, maar modereert het proces.<sup>1</sup>

Inhoudelijk werden dezelfde thema's aangebracht als in de interviews met De Sleutelfiguren uit de organisaties.

Aan de focusgroep op Free Clinic namen tien mensen deel, bij Dagcentrum De Sleutel zeven. Deze personeelsleden werden geselecteerd uit de verschillende subteams van de respectievelijke organisatie. Alle respondenten hadden contact met cliënten en bevonden zich in een horizontale machtsverhouding tot elkaar.

Naast deze interviews hebben wij ook de toegang tot verschillende interne documenten van beide organisaties gekregen.

### 2\_druggebruikers

Voor het onderzoeksluik druggebruikers zijn er acht kwalitatieve diepte-interviews afgenomen. De geïnterviewden werden geselecteerd uit het cliënteel van Dagcentrum De Sleutel, Free Clinic en de crisisafdeling van ADIC.<sup>2</sup> Alle geselecteerden hebben een lange gebruiksgeschiedenis en waren ooit of zijn nog steeds in behandeling bij Free Clinic of in De Sleutel.

De respondenten werden bevraged via de methodiek van het diepte-interview. Na afloop kregen zij 7,5 euro voor hun deelname. De duur van deze interviews varieerde van minimum één tot maximum twee uur.

In deze bevraging werd gepeild naar de tevredenheid van de gebruikers over het hulpverlenings-

<sup>1</sup> American Statistical Association, What are focus groups, A.S.A. Series, 1997.

<sup>2</sup> ADIC: Antwerps Drugs Interventie Centrum.

aanbod rond het De Coninckplein. Er werd dieper ingegaan op de pro's en de contra's van een eventuele spreiding en de noden en behoeften van de gebruiker. Ook hier werden deze onderwerpen als leidraad meegenomen in het gesprek, maar werd er bovendien de mogelijkheid geboden om dieper in te gaan op thema's die de respondent zelf aanbracht.

Daarnaast hebben wij een secundaire analyse gemaakt van het "exploratief onderzoek naar zorgbehoefte van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod" van de VAD.<sup>3</sup> Hiervoor hebben wij de focusgroepen die gehouden werden bij de cliënten van Free Clinic en ADIC opnieuw geanalyseerd. Ook de focusgroep van de leden van de BAD werd opnieuw bestudeerd.

### 3\_buurtbewoners

Voor dit onderzoeksluik hebben wij ons voornamelijk gebaseerd op de onlangs gepubliceerde resultaten van het onderzoek "Drugs en overlast, studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast en dit vanuit verschillende invalshoeken" van Decorte e.a.<sup>4</sup>

In dit onderzoek werd een kwantitatieve bevolkingsbevraging uitgevoerd bij de inwoners van de buurt van het De Coninckplein. Er werd telefonisch een semi-gestructureerde vragenlijst afgenomen bij 250 respondenten uit de buurt van het De Coninckplein. De resultaten van deze bevraging zijn uitermate bruikbaar om de invloed van de aanwezige drughulpverleningsorganisaties rond het De Coninckplein op de bewoners te analyseren.

Verder namen we zelf nog één kwalitatief diepte-interview af van een buurtbewoner en hadden er verschillende informele gesprekken plaats.

De verslagen van bewonersverenigingen en contactgroepen waren een goede aanvulling op onze eigen observaties en gesprekken in de buurt.

### 4\_vergelijkend onderzoek

Voor het vergelijkend onderzoek werden er, naast een grondige literatuurbestudering, volgende interviews afgenomen.

België - Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC), Gent  
- Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC), Limburg

Nederland - Ambulante Verslavingszorg Groningen (AVG), Groningen  
- Gemeentelijke en Geneeskundige Gezondheidsdienst (GG&GD), Amsterdam  
- Centrum Maliebaan (CM), Utrecht

Andere - diepte-interview Opvang Dakloze Druggebruikers (ODD), Antwerpen  
- diepte-interview sleutelfiguur straathoekwerk Luik  
- bevraging via e-mail bij Bubbels en Babbels

<sup>3</sup> De Wilde, J., Vanderplasschen, W., Exploratief onderzoek naar zorgbehoefte van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod, Brussel: VAD, 2002.

<sup>4</sup> Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Tuteleers, P., Lacroix, A.C., Bodein, M. en Lauwers, S., Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast, Gent: Academia Press, 2004.

- bevraging via e-mail bij Overlegplatform Geestelijke gezondheidszorg (OGGPA), Antwerpen
- diepte-interview Volvox <sup>5</sup>, Antwerpen
- diverse informele gesprekken
- observaties

## opbouw van het rapport

In het eerste deel van dit rapport vindt u de situering, opzet en methodologie van dit onderzoek terug.

Het tweede deel van dit rapport is een uitgebreide omgevingsanalyse van de buurt van het De Coninckplein. Vervolgens splitsen we de resultaten van het onderzoek op volgens de drie invalshoeken van waaruit we de probleemstelling analyseren. Eerst behandelen we het luik drughulpverlening, waarbij we Free Clinic en Dagcentrum De Sleutel Antwerpen onder de loep nemen. In het tweede luik komt de visie van de druggebruikers aan bod. In het derde luik staan we stil bij de betrokken buurtbewoners en hoe zij de huidige situatie ervaren.

In het derde deel van dit rapport leggen we ons oor te luister bij andere organisaties en in andere steden. De idee van spreiding van drughulpverlening is immers niet nieuw en we kunnen heel wat leren uit de ervaringen die andere organisaties hebben wat betreft het spreiden van het hulpverleningsaanbod.

Het vierde deel bestaat uit aanbevelingen die voortvloeien uit de resultaten van het onderzoek en concrete acties om deze aanbevelingen in de praktijk te brengen.

<sup>5</sup> Project van en voor thuislozen, in het bijzonder problematische gebruikers van illegale drugs.

## verklaring van de gebruikte begrippen

### overlast

Hoewel de term “overlast” niet meer weg te denken is uit het huidige discours, is en blijft het een heel subjectief begrip dat niet éénduidig te definiëren valt. De term “drugoverlast” zorgt voor nog meer problemen; het is namelijk erg moeilijk om drugoverlast van overlast te onderscheiden. “Overlast” en “drugoverlast” zijn in de loop der jaren containerbegrippen geworden waaronder allerlei fenomenen gegroepeerd worden.<sup>6</sup>

De beschrijving van overlast die het meest gehanteerd wordt, is deze waarbij men overlast opdeelt in criminele-, openbare orde- en audiovisuele overlast.<sup>7</sup>

#### *criminele overlast*

Criminele overlast is de meest objectieve vorm van overlast. Het gaat om inbreuken op de strafwet.

Hier denken wij bijvoorbeeld aan diefstal, prostitutie, dealen,...

#### *overlast voor de openbare orde*

Deze vorm van overlast is objectief moeilijk te meten, maar in een aantal gevallen toch nog juridisch te omschrijven. Voorbeelden hiervan zijn lawaai, sluikestort, ... Voor de situatie op het De Coninckplein denken we dan aan rondslingerende spuiten, blikjes bier, ruzies, ...

#### *audiovisuele overlast*

Deze vorm van overlast is gebaseerd op een subjectief aanvoelen. Het zien van normafwijkend gedrag kan onveiligheidsgevoelens opwekken. Een voorbeeld in de context van dit onderzoek is het rondhangen van gebruikers onder invloed op het De Coninckplein.

### gevolgen van overlast

Het is heel belangrijk om een onderscheid te maken tussen overlast en de gevolgen van overlast. Deze gevolgen kunnen we situeren op vier vlakken:

- slachtofferschap van misdrijven: slachtoffers van fysiek geweld en verwervingscriminaliteit,
- economische schade: financiële gevolgen van overlast,
- aantasting van de leefbaarheid van de buurt,
- ontstaan van onveiligheidsgevoelens.

### gebruiksruimte

Een gebruiksruimte is een lokaal waar verslaafden onder toezicht, en in hygiënische omstandigheden, drugs kunnen consumeren. De belangrijkste argumenten om een gebruiksruimte te implementeren zijn bestrijding van overlast als gevolg van druggebruik in het openbaar en de bescherming van de volksgezondheid.

<sup>6</sup> Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Tuteleers, P., Lacroix, A.C., Bodein, M. en Lauwers, S. (2004), Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast, Gent: Academia Press, 2004.

<sup>7</sup> Bossaert, B., Naar minder hinder: Draaiboek aanpak drugoverlast, Brussel: VAD, 2002.

### methadon

Methadon behoort tot de opioïden en wordt door dokters voorgeschreven aan opiaatverslaafden om de onthoudingsverschijnselen te onderdrukken. Methadon wordt gebruikt als hulp bij het ontwennen van heroïne. Methadon wordt ook verstrekt in onderhoudsdosissen aan langdurig verslaafden.

### harm reduction

Hieronder verstaan we de initiatieven die genomen worden om de schade die door middelengebruik aangericht wordt, zo beperkt mogelijk te houden. Klassieke maatregelen die passen in dit kader zijn onder andere methadonverstrekking aan heroïneverslaafden en spuitenruil voor injecterende druggebruikers.

### antenne

Onder antenne verstaan we in dit rapport het opsplitsen van een grootschalige werking in meerdere kleine werkingen.

### caseload

Het aantal unieke cliënten per organisatie.

## omgevingsanalyse

---

De Atheneumbuurt heeft een sterk multicultureel karakter en herbergt diverse functies voor de Stad Antwerpen. Verschillende gemeenschappen en culturen ontmoeten er elkaar. In de Van Wezenbeeckstraat en de Van Arteveldestraat vinden we vooral de Aziatische gemeenschap met veel Chinese restaurants, bars en winkels. De Afrikaanse gemeenschap vinden we voornamelijk terug rond het De Coninckplein in de horeca en in Afrikaanse winkeltjes.

In de Van Schoonhovestraat is de holebigemeenschap vertegenwoordigd met een concentratie van holebibars.

Prostitutie doet zich al van oudsher voor in deze buurt, zowel via het tippelen op straat als in cafés. En ondanks de vele repressieve politieacties tegen prostitutie, blijft deze buurt een aantrekkingskracht uitoefenen op prostitué(é)s en hun klanten. Verder zijn er in deze buurt ook heel wat sekshops en peepshows.

De vele cafés, bars en nachtwinkels wijzen op een florissant nachtleven.

Bij de Antwerpse druggebruikers staat het De Coninckplein synoniem voor de lokale drugsceñe. Haast elke gebruiker weet dat je er drugs kan kopen en verkopen en dat je er andere gebruikers kan ontmoeten. De drughulpverlening (Free Clinic en Dagcentrum De Sleutel) is gelegen in omliggende straten.

In de Atheneumbuurt vinden we meer kwetsbare bevolkingsgroepen dan elders in de stad. Van daar dat er zich hier allerlei voorzieningen situeren zoals dag- en nachtopvang, Artsen Zonder Grenzen, sociale centra van het OCMW,...

### socio-economische situatie

Als we ons focussen op de buurt rond het De Coninckplein, zien we dat deze buurt op socio-economisch vlak erg zwak scoort en dat de bevolking er kwetsbaarder is dan elders in de stad. Via een analyse van de cijfergegevens van de Databank Sociale Planning van begin 2004, kunnen we volgende conclusies over de bevolkingssamenstelling trekken.<sup>8</sup>

In de buurt van het De Coninckplein leven 6.92 % van de inwoners van het bestaansminimum. Voor de Stad Antwerpen is dit 1.61%. We kunnen dus zeker spreken van een verhoogde concentratie bestaansminimumtrekkers in vergelijking met de Stad Antwerpen.

Begin 2004 stond 14.42 % van de bewoners van het De Coninckplein ingeschreven bij de VDAB als niet werkende werkzoekende. Als we naar de Stad Antwerpen kijken, zien we dat hier gemiddeld 6.69% van de bevolking niet werkend werkzoekend is. Dus ook hier springt de buurt van het De Coninckplein ver uit boven het gemiddelde voor de Stad Antwerpen.

De mensen die werken uit de buurt van het De Coninckplein, verdienen opmerkelijk minder in vergelijking met het gemiddelde voor de Stad Antwerpen. Voor deze variabele zijn de recentste gegevens deze van 2001. Als we deze cijfers van 2001 vergelijken, zien we dat het gemiddelde inkomen voor 2001 bij de inwoners uit de buurt van het De Coninckplein 30.41% lager ligt dan het gemiddelde voor de Stad Antwerpen.

<sup>8</sup> Nota: Gebaseerd op de cijfergegevens van de Databank Sociale Planning van de stad Antwerpen, 2004. De stad wordt opgedeeld in districten en binnen deze districten in buurten. Buurt "C 22" is de "buurt" van het De Coninckplein: namelijk het De Coninckplein, de Carnotstraat, de Dambruggestraat, de Gemeentestraat, het Koningin Astridplein, de Korte Winkelhaakstraat, de Lange Beeldkensstraat, De Lange Winkelhaakstraat, de Pijlstraat, de Rotterdamstraat, de Schaafstraat, de Van Arteveldestraat, de Van Schoonhovenstraat, de Van Stralenstraat en de Van Wesenbkestraat.

Wat betreft de afkomst van de bevolking uit de buurt van het De Coninckplein, zien we dat 40.69% allochtoon is. Dit is een hoge score in vergelijking met de Stad Antwerpen waar gemiddeld 22.77% van de bevolking van allochtone afkomst is.

We kunnen verder een verhoogde concentratie van asielzoekers vaststellen. Voor het De Coninckplein is dit 13.71%, terwijl dit voor de Stad Antwerpen slechts 2.27% is.

Deze laatste cijfers hangen wellicht samen met de huisvestingssituatie in de buurt rond het De Coninckplein. Er zijn namelijk heel wat huisjesmelkers actief in deze buurt die alsmear kleinere wooneenheden van hetzelfde huis aan verschillende gezinnen verhuren. Heel wat woningen zijn dan ook overbewoond.<sup>9</sup>

Verder zijn er ook veel handels- en horecapanden in deze buurt: deze worden vaak slecht onderhouden en kennen de hoogste partiële leegstand.<sup>10</sup>

Er staan opmerkelijk veel woningen leeg in de buurt rond het De Coninckplein. Begin 2004 werden er 63 leegstaande panden vastgesteld, oftewel 7.89% van alle aanwezige panden. Voor de Stad Antwerpen is dit 0.87%.

## drugscène

Wandelingen, observaties en gesprekken in Antwerpen Noord hebben ons een beeld gegeven van de Antwerpse drugscène. Deze blijkt zich voornamelijk rond het De Coninckplein te situeren. Verder blijken ook het Sint-Jansplein en het Stuivenbergplein buurten te zijn waar je makkelijk drugs kan kopen en waar een aantal gebruikers rondhangen. Het aantal druggebruikers dat een groot deel van de tijd op straat en op het plein doorbrengt, is echter klein. Ruw geschat gaat het hier over tien tot twintig individuen. Verder valt er een duidelijk verschil tussen de zomer en winter waar te nemen: op zonnige zomerdagen is er erg veel leven op het plein terwijl het op koude winterdagen nagenoeg leeg is. Het is opvallend hoeveel alcohol er verbruikt wordt op het De Coninckplein. De gebruikers drinken in één van de cafés op het De Coninckplein, of ze verbruiken alcohol uit blikjes op het pleintje. De overmatige alcoholconsumptie draagt bij tot de licht ontvlambare sfeer die op het De Coninckplein heerst. Regelmatig zie je er hoog oplopende discussies die af en toe uitmonden in een vechtpartij. Qua druggebruik zie je dat cocaïne een alsmear grotere rol speelt in de Antwerpse drugscène. Het toenemende cocaïnegebruik kan mogelijk een verklaring zijn voor de hardere sfeer op het plein en de aanwezigheid van agressie.

Cas Barendregt meldt dat de drugshandel zich sinds maart/april 2004 voor een deel naar Borgerhout heeft verplaatst als gevolg van de vele politie-acties rond het De Coninckplein.<sup>11</sup> Het lijkt erop dat de repressieve aanpak een probleemverschuiving teweegbrengt. In datzelfde onderzoek komt de onderzoeker tot de bevinding dat er erg weinig in het openbaar wordt gebruikt op de onderzochte locaties in Antwerpen Noord. Druggebruikers maken wel gebruik van schuilplaatsen om drugs te injecteren of te roken. Hierbij denken wij bijvoorbeeld aan metrostations en parkings.

<sup>9</sup> Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Tuteleers, P., Lacroix, A.C., Bodein, M. en Lauwers, S., Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast, Gent: Academia Press, 2004.

<sup>10</sup> Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Tuteleers, P., Lacroix, A.C., Bodein, M. en Lauwers, S., Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast, Gent: Academia Press, 2004.

<sup>11</sup> Barendregt, C., Rodenburg, G., Een gebruikersruimte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar?, Rotterdam: IVO, 2004.

Verder blijkt ook dat druggebruikers heel vaak bij elkaar gebruiken; als er één gebruiker een kamer heeft, wordt dit al vlug een "gebruikersruimte" voor heel wat druggebruikers in ruil voor drugs.

## ontwikkeling van een drugscène

Hoe komt het dat het De Coninckplein druggebruikers aantrekt en welke factoren spelen hierin een determinerende rol?

In Rotterdam, waar de drugscène veel explicieter en groter is dan in Antwerpen, werd een studie gedaan naar het ontstaan van een drugscène.<sup>12</sup>

In dit onderzoek kwam men tot de conclusie dat volgende factoren een belangrijke rol spelen in het ontstaan of gedijen van drugscènes:

### 1\_historie

Het ontstaan van een drugscène op een bepaalde locatie heeft allerhande sociaal-economische, culturele en ruimtelijke oorzaken. Belangrijke kenmerken van de populaties van rondzwervende gebruikers zijn het gebrek aan participatie in de belangrijkste instituties van een samenleving, een instabiele woonomgeving, en allerhande bindingen met informele en formele voorzieningen. Onder informele voorzieningen worden dealpanden, dealplaatsen, helingplaatsen en dergelijke bedoeld. Onder formele voorzieningen wordt de drughulpverlening verstaan.

Als we dit toepassen op de scène in Antwerpen zien we dat de plek van oudsher een aantrekkingskracht heeft op druggebruikers. De drughulpverlening is zich vervolgens gaan vestigen in de nabijheid van haar doelgroep. Hierdoor wordt de doelgroep inderdaad beter bereikt, maar anderzijds bevestigt deze aanwezigheid de binding van haar cliënten met de scène.

Eens een locatie een drugsreputatie heeft, raakt het deze helemaal niet makkelijk meer kwijt.

### 2\_de bereikbaarheid van een drugscène

Hoe makkelijker de drugscène te bereiken is, hoe groter de aantrekkingskracht die zij uitoefent op de gebruikers.

Het De Coninckplein ligt aan een knooppunt van openbaar vervoer en is dus zeer makkelijk te bereiken. In de meeste steden zien we dat in de omgeving van het station heel wat gebruikers vertoeven.

### 3\_de levensstijl van verslaafden

De volgende kenmerken bepalen mee of de gebruiker op een bepaalde locatie blijft:

Huisvesting: de gelegenheid tot slapen, wonen en/of "inpadig gebruik in of nabij de scène.

Drugsaanbod: het type drugs, de drugsprizen, de drugskwaliteit, het aantal verkooppunten,...

Hulpverlening: de kwaliteit en kwantiteit van het hulpverleningsaanbod in en nabij een drugscène.

Pakkans, conflicten: de kans op een proces-verbaal of aanhouding, evenals de kans die een verslaafde loopt om in conflict te raken met dealers en verslaafden in een drugscène.

<sup>12</sup> Torre van der, E.J., Hulshof, M.H.M., Een drugscène op Zuid (de Millinxbuurt). Een model voor de strategische analyse van drugscènes, Leiden: Crisis Onderzoeksteam Universiteit Leiden, 2000.

Wat betreft het De Coninckplein, kunnen we stellen dat de buurt hoog scoort op de eerste drie kenmerken. De kans op een proces-verbaal of aanhouding is de laatste tijd toegenomen. Als gevolg zien we dat er een verschuiving plaatsvindt naar andere locaties.

#### 4 sociale controle: de reacties van omwonenden

Als buurtbewoners zich collectief verzetten en de problemen van hun buurt op de agenda van het bestuur en in de pers krijgen, neemt de kans op overheidsinterventies toe.

In Antwerpen zien we dat de buurtbewoners van het De Coninckplein er erg goed in slagen om de overlastproblematiek op de agenda van het bestuur en in de pers te krijgen. Het project "Deconcentratie" is daar een gevolg van.

#### 5 hulpbronnen, huisvesting

Een slechte kwaliteit van het woningbestand in een buurt, een relatief slechte prijs-kwaliteit verhouding van woningen, goedkoop huren, leegstaande panden en illegale woonvormen met lage toelatingseisen, bieden mogelijkheden voor verslaafden en dealers.

De aanwezigheid van goedkope woningen en leegstaande panden in de Atheneumbuurt draagt zeker bij tot de aanwezigheid van druggebruikers.

## aanwezige hulpverlening

Als we de sociale kaart van Antwerpen raadplegen, zien we dat de Atheneumbuurt in vergelijking met andere deelgemeenten van de Stad Antwerpen matig scoort op de aanwezigheid van algemene hulpverlening. We kunnen hier dus zeker niet spreken van een overconcentratie aan hulpverlening.

Wel is het zo dat de twee grootste ambulante drughulpverleningsorganisaties uit het Antwerpse, zijnde het Dagcentrum De Sleutel en de Free Clinic, beide in de nabije omgeving van het De Coninckplein gelegen zijn. Beide organisaties trekken dan ook bovenlokaal cliënteel aan.

Verder heeft ook De Biekorf heel wat gebruikers onder zijn cliënteel. De Biekorf is een organisatie die nachtopvang biedt voor Antwerpse chronisch thuislozen. De Biekorf is gelegen in de Dambruggestraat 304. De Biekorf heeft 25 bedden ter beschikking voor Antwerpse chronisch thuislozen en behoudt 7 bedden ter overbrugging voor acute daklozen.

In de zomer van 2001 opende het BAD een inlooplokaal voor druggebruikers.<sup>13</sup> Eerst bevond dit lokaal zich in de Van Stralenstraat, later in de Pijlstraat, en nog later (november 2003) in de Dambruggestraat. In dit inlooplokaal konden gebruikers terecht voor een drankje, een hapje, een babbel, spuitenruil en andere harm reductioninitiatieven. Het inlooplokaal vulde duidelijk een nood in die leefde bij de gebruikers en ook de buurtbewoners bleken dit initiatief te steunen.

De verantwoordelijkheid bleek echter te groot voor het beperkt aantal mensen dat deze werking

<sup>13</sup> Belangenvereniging Antwerpse Druggebruikers

moest dragen, er kwamen interne conflicten en op de koop toe problemen met de eigenaar van het pand in de Dambruggestraat. Er werd dan ook beslist de vzw te ontbinden. Tot op heden is de toekomst van het BAD onduidelijk.

## aanwezige drughulpverlening: Dagcentrum De Sleutel Antwerpen <sup>14</sup>

#### aanbod, werking en doelgroep <sup>15</sup>

De Sleutel is een instelling van de Broeders van Liefde voor zorg, preventie, werkgelegenheid en onderzoek in verband met drugproblemen en afhankelijkheid.

De Sleutel bestaat uit een centraal departement, vijf ambulante zorgeenheden, een crisisinterventiecentrum, drie langdurige residentiële drugvrije groepsprogramma's en een aantal sociale werkplaatsen.

Het Dagcentrum Antwerpen van De Sleutel is sinds '89 gelegen in de Dambruggestraat 78 te 2060 Antwerpen, dit is een kleine 400 m verwijderd van het De Coninckplein.

Het Dagcentrum Antwerpen van De Sleutel biedt diverse ambulante begeleidings- en behandelingsmodules aan, waarbij de cliënt de mogelijkheid krijgt om binnen het dagcentrum een persoonlijk traject op maat te doorlopen.

Een module is een geglobaliseerd zorgaanbod; een combinatie van zorgfuncties met een welomschreven doel.

De *module straathoekwerk* heeft als doelstelling contacten te leggen en begeleiding te verzorgen op straat, en om personen naar de hulpverlening te leiden. Drie van de vier straathoekwerkers richten zich voornamelijk naar allochtone gebruikers.

In de *module aanmelding* (kennismakingsgesprek) gebeurt een eerste screening van de hulpvraag. Cliënten kunnen vervolgens doorstromen naar de modules oriëntatie of naar de onthaalgroep.

In de *module oriëntatie* gebeurt een meer uitgebreide indicatiestelling op basis van enkele individuele gesprekken met het oog op een gerichte verwijzing intern of extern.

De *module onthaalgroep* (max één jaar) biedt cliënten die afhankelijk zijn van opiaten en die op meerdere domeinen moeilijkheden ervaren, een warm onthaal in groep met oog voor basiszorg. De onthaalgroep is toegankelijk voor maximaal 25 cliënten, 4 dagen per week, van 14u tot 17u en biedt een onthaal in de groepsruimte, koffie en maaltijden, de mogelijkheid om te douchen en de was te doen.

Doelstellingen zijn hier het opbouwen van een samenwerkingsrelatie, het stabiliseren op de domeinen van gebruik, woonst, inkomen en sociale administratie en tot slot het intern of extern oriënteren na een indicatiestelling.

Methadon wordt verstrekt in onderhoudsdosis. Er wordt verwacht van de cliënt dat hij/zij naast de methadonverstrekking toch ook een beroep doet op de andere mogelijkheden die De Sleutel

<sup>14</sup> Wanneer wij verder in de tekst spreken over Dagcentrum De Sleutel wordt hiermee Dagcentrum De Sleutel Antwerpen bedoeld.

<sup>15</sup> Gebaseerd op interne documenten van Dagcentrum De Sleutel Antwerpen

biedt. Cliënten die enkel methadon willen komen halen zonder verdere hulpvraag worden hierop aangesproken en na verloop van tijd eventueel doorverwezen.

Intern kunnen cliënten vanuit oriëntatie of vanuit de onthaalgroep de stap zetten naar één van de volgende begeleidingsmodules:

In de *woonkamer* komen mensen met een langdurende opiaatverslaving samen in een gezellige en veilige omgeving. Doelstellingen zijn dagbesteding en het behoud van de (in de onthaalgroep) verworven stabiliteit. De programmaduur is in principe onbeperkt. De woonkamer-groep is toegankelijk voor maximaal 25 cliënten, 3 dagen per week van 10u tot 13u.

De *interactiegroep* biedt een groepsprogramma (van 6 maand) voor cliënten die de beslissing genomen hebben om hun afhankelijkheid (van eender welk illegaal middel) aan te pakken en stappen te zetten naar sociale reïntegratie. De prioritaire doelstellingen zijn het bereiken van zelfcontrole over eigen gebruik, het komen tot een concreet perspectief naar opleiding of werk en het uitbouwen van vrijetijdsbesteding en sociale contacten. De interactiegroep biedt een programma aan voor maximaal 8 cliënten en loop vooral in de voormiddag.

Het *individueel team* biedt individuele psychosociale begeleiding, psychotherapie, trajectbegeleiding werkgelegenheid en gezinsbegeleiding op basis van wekelijkse gesprekken. Deze module richt zich tot (ex-) gebruikers van illegale drugs met een duidelijke hulpvraag op het terrein van druggebruik en/of psychische, emotionele en relationele problemen. Het gaat om cliënten die de beslissing genomen hebben verandering te brengen in (één) van bovenstaande terreinen en hierin begeleiding wensen.

#### registratiegegevens 2003<sup>16</sup>

Het aanbod van Dagcentrum De Sleutel werd onlangs veranderd. De modules dagopvang, beter bekend als "Tweesprong", en de module laagdrempelige opvang, beter bekend als "Passage" werden stopgezet op 29 februari 2004. Vanaf maart 2004 werden de modules onthaalgroep, woonkamer-groep en interactiegroep opgestart.

Aangezien wij hier de registratiegegevens van 2003 gebruiken, worden deze opgesplitst in de vroegere modules.

De Passage en De Tweesprong waren groepswerkingen die zich vooral richtten tot cliënten met een langdurende opiaatafhankelijkheid. In De Passage waren het vooral cliënten in de voorbeschuwing en lag de nadruk op onthaal in groep. De Tweesprong richtte zich tot cliënten in de overpeinzing en werkte ook met thematische werkgroepen.<sup>17</sup>

#### aantal cliënten per module

	oriëntatie	individuele behandeling	dagopvang	laagdrempelige opvang
aantal cliënten	190	140	20	23

De grootste groep cliënten zit in de modules oriëntatie en individuele behandeling.

<sup>16</sup> Gebaseerd op gegevens die we gekregen hebben van Dienst Wetenschappelijk Onderzoek, De Sleutel, Merelbeke

<sup>17</sup> Omschrijving De Passage en De Tweesprong door Dagcentrum De Sleutel

#### profiel cliënten

De gemiddelde leeftijd van alle cliënten die zich in de loop van 2003 hebben aangemeld en minstens één gesprek hadden (module aanmelding) in het Dagcentrum (n=417) is 29 jaar. Het belangrijkste middel bij aanmelding is in 33,3% van de gevallen opiaten, 24,4% cocaïne, 21,4% cannabis, 7,7% amfetamines, 4,3% polidruggebruik en 2,3% medicatie.

Bij de indicatiestelling in module oriëntatie wordt de hulpvraag verder verfijnd onder andere aan de hand van een EuropASI interview. Op basis van die indicatiestelling komen cliënten dan in een aan hun situatie aangepaste module terecht en/of worden ze intern of extern verwezen. Daarom worden in de rapporten van De Sleutel geen afzonderlijke profielen van cliënten in module oriëntatie gegeven, wat jammer is in de context van de huidige studie.

De profielgegevens worden verder per module weergegeven, waar de cliënt terecht komt na de module oriëntatie en voorzover de verdere begeleiding in het Dagcentrum zelf werd opgenomen.

De bespreking beperkt zich dus tot de profielen van cliënten in de module individuele behandeling, dagopvang en laagdrempelige opvang.<sup>18</sup>

#### gemiddelde leeftijd

	individuele behandeling	dagopvang	laagdrempelige opvang
gemiddelde leeftijd	29.7	31.0	32.8

#### nationaliteit %

Belg	84.0	78.6	73.3
niet-Belg, EU-er	3.2	0	0
niet-Belg, niet-EU-er	12.9	21.4	26.7

Als we het gemiddelde nemen voor de drie modules, zien we dat 78.63 % Belg is.

#### voornaamste gebruikte product %

voornaamste product	individuele behandeling	dagopvang	laagdrempelige opvang
cannabis	14.9	0	0
heroïne	26.4	53.8	60.0
polidrugs	30.6	30.8	20.0
amfetamines	4.1	0	0
cocaïne	14.0	7.7	6.7
alcohol en drugs	3.3	0	0
xtc	0.8	0	0
medicatie	0	0	6.7
alcohol > 5 glazen	4.1	7.7	0

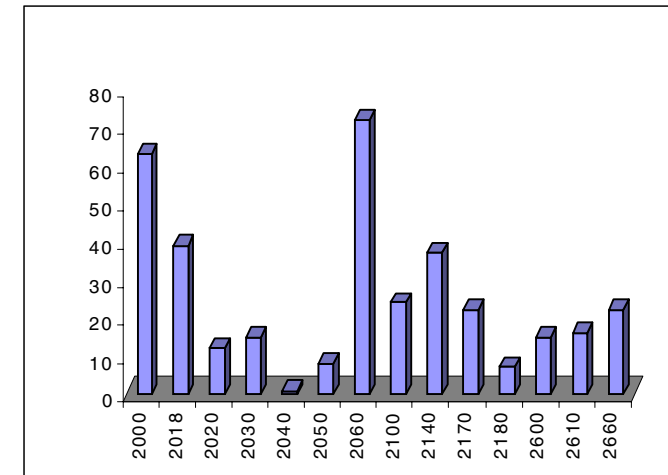
<sup>18</sup> Deze cijfers gaan dus niet over het volledige cliëntenbestand van het Dagcentrum De Sleutel Antwerpen.

### verblijfplaats cliënten

	aantal	procent
gemeente Antwerpen	353	73.7
rest provincie Antwerpen	112	23.4
Oost-Vlaanderen	5	1.1
West-Vlaanderen	2	0.4
Limburg	0	0
Vlaams Brabant	4	0.8
Wallonië	3	0.6
buitenland	0	0
totaal	479	100
onbekend	46	

Binnen de gemeente Antwerpen, krijgen we volgende verdeling:

	aantal	procent
2000	63	17.8
2018	39	11
2020	12	3.4
2030	15	4.3
2040	1	0.3
2050	8	2.3
2060	72	20.4
2100	24	6.8
2140	37	10.5
2170	22	6.2
2180	7	2
2600	15	4.3
2610	16	4.5
2660	22	6.2
dakloos	onbekend	onbekend
totaal	353	100



Aantal cliënten per postcode.

Het hoogste percentage ligt in zone 2060; de buurt waarin De Sleutel gevestigd is. 20.4% van de cliënten van Dagcentrum De Sleutel komt uit deze buurt. Een tweede grote groep cliënten komt uit zone 2000: 17.8%.

Zone 2018 is vertegenwoordigd met 11%. Voor zone 2140 hebben we een percentage van 10.5 voor het Dagcentrum De Sleutel.

Het aantal daklozen is onbekend, maar uit mondelinge informatie hebben wij vernomen dat dit cijfer verwaarloosbaar laag is en dat de meeste cliënten van het Dagcentrum De Sleutel dus wel een dak boven hun hoofd hebben.

Deze cijfers tonen het belang aan van de huidige ligging van het Dagcentrum De Sleutel. Het grootste aantal cliënten komt uit de buurt van het centrum. Anderzijds tonen deze cijfers onomstotelijk de bovenlokale aantrekkingskracht aan van Dagcentrum De Sleutel. Cliënten vanuit heel de gemeente Antwerpen komen naar dit centrum.

### Free Clinic

#### aanbod, werking en doelgroep <sup>19</sup>

Vzw Free Clinic is een autonome organisatie die een ambulante eerstelijnsfunctie wil vervullen ten aanzien van gebruikers van illegale drugs. Free Clinic werkt vanuit een harm reduction visie; dit wil zeggen dat Free Clinic strategieën ontwikkelt die de schade door gebruik wil beperken, eerder dan het gebruik zelf te bestrijden.

Free Clinic is sinds 1998 gevestigd in de Van Arteveldestraat 64, vlakbij het De Coninckplein.

Binnen de vzw zijn er drie voorzieningen:

- het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC),
- Bubbels en Babbels: casemanagement voor (ex) druggebruikende ouders en hun kinderen,
- spuitenruil: provinciale en Vlaamse coördinatie van de initiatieven voor spuitenruil.

<sup>19</sup> Informatie afkomstig uit interne documenten Free Clinic

De werking van de Free Clinic als Medisch Sociaal Opvangcentrum is de belangrijkste deelwerking. Als wij het verder in dit rapport over Free Clinic hebben, gaat het dan ook in eerste instantie over de MSOC-werking.

Free Clinic is sinds 1 maart 1997 erkend als Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) voor gebruikers van illegale drugs in de provincie Antwerpen. De MSOC's werden opgericht om een leemte in het hulpverleningsaanbod ten aanzien van druggebruikers op te vullen. Het is een laagdrempelig ambulant centrum met een ruim aanbod van medische en psychosociale hulpverlening voor problematische en gemarginaliseerde gebruikers van illegale drugs.

Het MSOC richt zich tot meerderjarige cliënten met meervoudige problemen die een multidisciplinaire aanpak nodig hebben.

Voorbeelden hiervan zijn:

- ernstig psychisch probleem (of problemen) in combinatie met problematisch middelengebruik (dubbeldiagnose),
- ernstige somatische problemen in combinatie met problematisch middelengebruik,
- ernstige sociale problemen ( dakloosheid, prostitutie,...) in combinatie met problematisch middelengebruik.

Het MSOC richt zich specifiek op die gebruikers die nergens in de andere hulpverlening terecht kunnen. Dit wil zeggen dat cliënten die nog geen lange gebruiksgeschiedenis hebben en die nog een geïntegreerd leven leiden, doorverwezen worden naar andere organisaties.

Zwangere druggebruiksters en met HIV besmette gebruikers krijgen prioriteit. Deze subdoelgroepen kunnen altijd in het programma opgenomen worden, ook al is er een wachtlijst of een opnames-top.

Free Clinic stelt dus heel weinig voorwaarden tot opname in het programma, hiermee profileren zij zich als zeer laagdrempelig.

De ruime openingstijden zijn een ander element ter bevordering van de laagdrempeligheid. Het MSOC is maandag, woensdag en vrijdag van 10u00 tot 13u00 en van 14u tot 19u30 toegankelijk, op dinsdag en donderdag van 14u00 tot 19u30 en op zaterdag van 10u00 tot 12u30.

Binnen het hulpverleningsaanbod biedt het MSOC drie modules aan:

#### *aanmelding en intake*

Dit is de toegangspoort voor alle nieuwe aanmeldingen en hulpvragen. Cliënten kunnen zich elke weekdag, zonder afspraak, tussen 14u en 17u aanmelden.

#### *basiszorg*

Aanbod van een ruim scala van zorg om tegemoet te komen aan de hulpvragen van cliënten en hen te helpen komen tot stabilisatie en verbetering van hun medische en psychosociale toestand, opstarten van begeleiding tot sociale reïntegratie en motivatie tot verdere ontwenningsspanningen. Concreet behelst deze module volgende activiteiten:

- medische consultatie,
- medicatieverstrekking,
- medische permanentie,

- sociale permanentie,
- mobiel werk,
- outreachwerk,
- spuitenruil,
- verwijzing.

#### *begeleiding*

Begeleiden van cliënten om hun situatie op de verschillende levensdomeinen te verbeteren. Binnen deze module kunnen cliënten individueel begeleid worden door een vaste hulpverlener. Een begeleiding is in tijd afgebakend en focusgericht rond bepaalde thema's. Concreet:

- individuele begeleiding,
- therapeutische begeleiding,
- psychiatrische consultatie,
- verwijzing.

#### *financiering*

Het MSOC heeft een conventie gesloten met het RIZIV voor de terugbetaling van de medische prestaties. Het MSOC wordt dus per prestatie vergoed door het RIZIV. Dit heeft als positief gevolg dat de hulpverlening voor de cliënten gratis is. Enkel het remgeld van de methadon wordt aangerekend.

De conventie met het RIZIV heeft echter ook als gevolg dat enkel cliënten die in orde zijn met hun ziekte- en invaliditeitsuitkering in aanmerking komen voor een vergoeding door het RIZIV. Een belangrijk deel van de cliënten van het MSOC is echter niet in orde met zijn ziekte- en invaliditeitsverzekering en de begeleiding van deze cliënten wordt dan ook niet vergoed. Binnen dit financieringssysteem is er dan ook geen plaats voor hulpverlening aan illegalen. verhuis

In 1998 verhuisde Free Clinic naar de Van Arteveldestraat, vlakbij het De Coninckplein. De organisatie koos er doelbewust voor om zich in de nabijheid van de doelgroep te vestigen.

In de evaluatiestudie van het MSOC wordt de verhuis van Free Clinic als zeer positief geëvalueerd.<sup>20</sup> De Free Clinic bereikt meer cliënten en meer gemarginaliseerde gebruikers. Zowel de psychologische als de geografische afstand is voor de meest gemarginaliseerden kleiner geworden. Gebruikers lopen gemakkelijker binnen en brengen makkelijker andere gebruikers mee. Ook andere hulpverleningsorganisaties spraken zich positief uit over de verhuis van Free Clinic. Verschillende respondenten haalden verder aan dat de verhuis niet voldoende is en dat er nood is aan een bijkomende MSOC-antenne op een andere plaats in de stad.

#### **registratiegegevens 2003**<sup>21</sup>

In 2003 behandelde Free Clinic 565 cliënten, waarvan er 408 van het mannelijk en 157 van het vrouwelijk geslacht waren.

De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 35.8 jaar.

20 Casselman, J., Meuwissen, K., Evaluatie van de medisch sociale opvangcentra voor druggebruikers, Antwerpen-Genk/Limburg, deelrapport, Leuven: KUL, 2001.

21 Informatie uit jaarverslag Free Clinic 2003.

**nationaliteit**

	aantal	procent
België	347	61.6
rest Europa	102	18.1
Afrika	48	8.5
Azië/Oceanië	58	10.3
Amerika	6	1.1
statenloos	2	0.4
totaal	563	100.0

61.6 % van de cliënten is Belg.

**voornaamste gebruikte product**

belangrijkste product	aantal	procent
opioïden	388	71.1
stimulantia	88	16.1
slaap- en kalmeermiddelen	14	2.6
cannabis	38	7.0
alcohol	14	2.6
andere psychoactieve drugs	4	0.7
totaal	546	100
onbekend	3	

De opioïden scoren duidelijk het hoogst.

**intraveneus druggebruik**

Meer dan drie vierde van de behandelgroep van Free Clinic gebruikte ooit intraveneus drugs, en één derde geeft aan dat dit nog gebeurde in de maand voor de bevraging. Bovendien deelde 62.8 % minstens éénmaal injectiemateriaal met andere gebruikers. Dit wijst op een doelgroep met een sterk risico profiel.

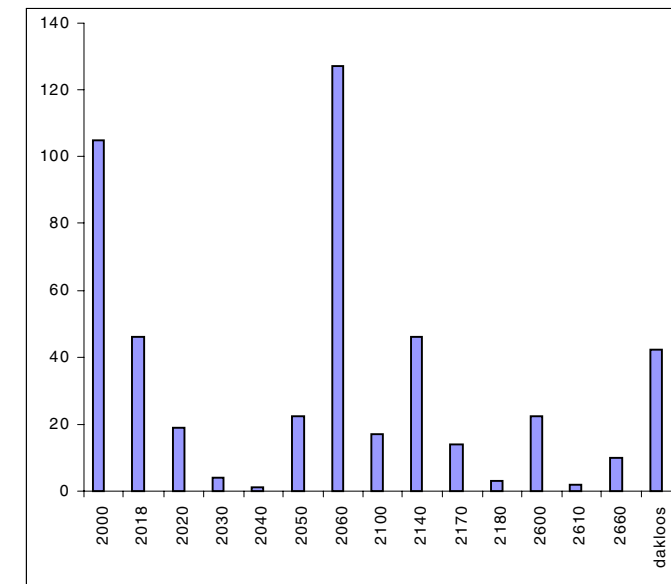
**verblijfplaats cliënten**

In onderstaande tabel ziet u waar de cliënten van Free Clinic vandaan komen.

	aantal	procent
gemeente Antwerpen	480	85.1
rest provincie Antwerpen	54	9.6
Oost-Vlaanderen	17	3.0
West-Vlaanderen	5	0.9
Limburg	2	0.4
Vlaams Brabant	4	0.7
Wallonië	1	0.2
buitenland	1	0.2
totaal	564	100
onbekend	1	

Binnen de gemeente Antwerpen, krijgen we volgende verdeling:

	aantal	procent
2000	105	21.9
2018	46	9.6
2020	19	4.0
2030	4	0.8
2040	1	0.2
2050	22	4.6
2060	127	26.5
2100	17	3.5
2140	46	9.6
2170	14	2.9
2180	3	0.6
2600	22	4.6
2610	2	0.4
2660	10	2.1
dakloos	42	8.7
totaal	480	100



Aantal cliënten per postcode.

26.5% van de cliënten van Free Clinic komt uit zone 2060. Dit hoge cijfer wijst op het belang van de aanwezigheid van de organisatie in deze buurt. Een tweede grote groep cliënten komt uit zone 2000; namelijk 21.9 %.

Zone 2018 is vertegenwoordigd met 9.6% en ook voor zone 2140 hebben we een percentage van 9.6.

Het is duidelijk dat Free Clinic cliënten heeft uit heel de gemeente Antwerpen, en niet enkel uit de buurt waarin zij gevestigd is.

Verder is het een belangrijke vaststelling dat 42 cliënten van Free Clinic, of te wel 8.7 % dakloos zijn.

### **toekomst van de Atheneumbuurt**

De Stad wil de Atheneumbuurt opwaarderen en investeert in vernieuwing. Het Actieplan Atheneumbuurt wil met de middelen van het Grootstedenbeleid deze opwaardering in praktijk brengen vanuit een geïntegreerd actieplan dat zowel sociaal-economische, ruimtelijke als veiligheidsfacetten behelst.

In 2004 werden volgende acties opgestart: <sup>22</sup>

#### **1\_krotspot**

Proactief screenen van de wijk op krotbewoning en huisjesmelkerij: opstarten en opvolgen van administratief dossier voor onbewoonbaarverklaring, zoeken van transitwoningen, stimuleren van renovaties,...

#### **2\_herprofilering van De Coninckplein**

Zoeken naar een gewenst profiel voor het De Coninckplein waarbij er gezocht wordt naar een gezond evenwicht tussen de pleinfunctie en omliggende woonstraten.

AG Vespa <sup>23</sup> onderzoekt de mogelijkheid tot aankoop van verschillende panden op het plein. Door de herinvulling van deze panden probeert men het gekozen profiel vorm te geven.

#### **3\_deconcentratie van de drughulpverlening**

Hierover vindt u uiteraard alle informatie in dit rapport.

#### **4\_activering van harde kern druggebruikers**

Op en rond het De Coninckplein is een harde kern druggebruikers (legale en illegale drugs, vaak gecombineerd gebruik) aanwezig wiens gedrag door buurtbewoners als overlast wordt ervaren. Via het opzetten van kleine en korte, zowel ontspannende, educatieve als arbeidsmatige acties en projecten wordt deze doelgroep betrokken op en geactiveerd in het nemen van initiatieven ten gunste van de buurt en de omgeving.

#### **5\_opmaak stadsontwerp voor Centrumgebied<sup>24</sup>**

Opmaak van een visie en een stadsontwerp voor het Centrumgebied, als basis voor het bijsturen van ontwerpen die al in opmaak zijn en als basis voor concrete investeringen vanaf 2005. Er is een duidelijke nood aan ingrepen in dit gebied. De aanpak wordt gekoppeld aan het Ruimtelijk Structuurplan Antwerpen en aan de mobiliteitsplannen.

<sup>22</sup> Actieplan Atheneumbuurt 2004-2007, versie februari 2004

<sup>23</sup> autonoom gemeentebedrijf voor vastgoed en stadsprojecten Antwerpen

<sup>24</sup> Centrumgebied: zone begrensd door Keyserlei-Rooseveltplaats (Kipdorbrug)-Gemeentestraat- Koningin Astridplein- Carnotstraat (tot aan de Ommeganckstraat).

In de herprofilering van het De Coninckplein speelt het Permekecomplex natuurlijk een belangrijke rol. De oude Ford garage aan het De Coninckplein krijgt een volledig nieuwe functie in "Permeke". Permeke staat voor twee stedelijke diensten, vier ontmoetingsruimten en een impulsproject. Stads-kantoor Noord verhuist binnenkort naar Permeke en als streefdoel voor de opening van de openbare bibliotheek wordt 22 april 2005 vooropgesteld.

Het Groot Café dat in de glazen kubus op het plein komt, zal fungeren als tussenstop voor iedereen van of op weg naar de bibliotheek, naar het Stadskantoor,... Verder komt er een multifunctioneel auditorium met foyer voor culturele evenementen en zijn er twee vergaderlokalen die op aanvraag door iedereen gebruikt kunnen worden.<sup>25</sup>

De opening van het Permekecomplex zal ongetwijfeld een grote invloed hebben op de buurt. Wij hopen dat men er in slaagt de diversiteit van de wijk te bewaren.

<sup>25</sup> On-line verslag College 15/10/2004.

---

## conclusie

De buurt rond het De Coninckplein scoort zwak op socio-economisch vlak en de bevolking is er kwetsbaarder dan elders in de Stad. Op het De Coninckplein en in de nabije omgeving profileert zich een drugscène: er wordt gedeald en we zien er rondhanggedrag door druggebruikers.

De twee grootste ambulante drughulpverleningcentra uit Antwerpen zijn beide op een boog-scheut van het De Coninckplein gevestigd. En hoewel een groot aantal van de cliënten uit zone 2060 en nabije omgeving afkomstig is, zien we dat beide organisaties een bovenlokale aantrekkingskracht hebben en dat cliënten uit groot Antwerpen de weg naar deze centra vinden.

Free Clinic en Dagcentrum De Sleutel hebben een andere werking en bereiken een andere doelgroep. Het aanbod van Free Clinic is laagdrempeliger en trekt dan ook cliënten met een risicovoller profiel aan. Dagcentrum De Sleutel verwacht een zekere veranderingsbereidheid en engagement van haar cliënten, terwijl Free Clinic erg weinig voorwaarden stelt en vertrekt vanuit de harm reduction filosofie. Beide organisaties zijn in die zin complementair aan elkaar: ze richten zich elk naar cliënten met een andere vraag en een andere behoefte aan ondersteuning. Toch zien we dat het hulpverleningsaanbod van beide organisaties elkaar op sommige gebieden overlapt en dat de afstemming niet optimaal is.

Wat betreft de aanwezigheid van de algemene hulpverlening in zone 2060, kunnen we niet van een overconcentratie spreken in vergelijking met andere Antwerpse wijken.

De Stad Antwerpen wil werk maken van de opwaardering van de Atheneumbuurt en één van de acties die hieruit voortvloeit, is het herorganiseren van de drughulpverlening rond het De Coninckplein.

---

## visie van de drughulpverlening

---

## Dagcentrum De Sleutel

*Observatie: het Dagcentrum De Sleutel ligt in de Dambruggestraat, op ongeveer vierhonderd meter van het De Coninckplein. De Dambruggestraat is een tamelijk brede straat met een rustige sfeer. Het Dagcentrum De Sleutel valt niet op. Je moet al goed kijken om het plaatje aan de deur te zien hangen. Je ziet hier ook geen rondhanggedrag. Hoogstens zit er net voor openingstijd iemand op de stoep te wachten. Door het feit dat de meeste cliënten hier na afspraak komen, wordt het komen en gaan van cliënten gespreid over de hele dag. Cliënten lopen ook niet binnen en buiten, ze komen voor een afspraak of nemen deel aan een groep, maar blijven hoedanook een tijdje binnen. Binnen in het Dagcentrum heerst er een rustige sfeer.*

### huidige ligging

Het personeel van Dagcentrum De Sleutel heeft heel wat vragen bij de meerwaarde van de huidige locatie. De doelgroep waar het Dagcentrum zich voornamelijk naar richt, bevindt zich immers niet op het De Coninckplein. De gebruikers die deel uitmaken van de drugscène vinden eerder aansluiting in het laagdrempelige programma van Free Clinic, dan in dat van het Dagcentrum De Sleutel. De modules “woonkamergroep” en “onthaal” zijn de meest laagdrempelige modules van het Dagcentrum De Sleutel. Binnen deze modules vinden we wel een aantal cliënten terug die deel uitmaken van de drugscène, maar dit aantal is erg beperkt.

“Ik vraag me echt af welke winst wij hebben om hier te zitten, ik vind geen gronden om mij te overtuigen om dat hier te houden, ik geraak daar niet van overtuigd.”

“De meeste die op het De Coninckplein zitten, komen in de Free Clinic of in onze onthaalgroep. Misschien een paar uit de woonkamergroep. De mensen uit individuele komen daar niet. Ik denk dat daar heel beperkt mensen van hier zitten.”

De werknemers van het Dagcentrum De Sleutel stellen dat zij heel regelmatig horen van cliënten dat zij liever niet in de buurt van het De Coninckplein komen, dit omwille van de confrontatie met de dealers en de gebruikersscène. Voor cliënten die willen stoppen met gebruiken, is het soms erg moeilijk om door de buurt te lopen, andere gebruikers te zien, drugs aangeboden te krijgen.

“Ik denk dat de buurt sowieso mensen triggert, ik hoor mensen zeggen dat ze rillingen krijgen als ze in de buurt van het station komen, de craving komt direct.”

“Ouders die hier op gesprek komen, schrikken ook wel eens van wat ze zien op straat of in de wachtkamer”

“Ik hoor van mensen die hier op zich niet veel rondhangen en die komen dan op gesprek en die zeggen dat het toch echt niet makkelijk is. Het is als in het hol van de leeuw komen; gesprekken doen, weer doorgaan en denken, zou ik het doen of zou ik het niet doen.”

De cliënten van het Dagcentrum De Sleutel zorgen voor weinig overlast in en rond het centrum. Cliënten komen ook meestal op afspraak en blijven een tijdje. Dit is een heel andere situatie dan in Free Clinic waar cliënten zonder afspraak binnen- en buitenlopen.

“Dealers en rondhanggedrag is hier veel minder dan bij Free Clinic of op het De Coninckplein. Het komt sporadisch wel eens voor, maar zeker niet systematisch.”

“Free Clinic trekt vlugger dealers aan omdat ze zoveel chronische gebruikers hebben.”

“Hier (Dagcentrum) is het veel rustiger en strikter dan in Free Clinic.”

“Er komen weinig klachten van de burens”.

### samenwerking met andere organisaties

Dagcentrum De Sleutel is zich ervan bewust dat er op het gebied van samenwerking en afstemming tussen de verschillende hulpverleningsorganisaties, zacht uitgedrukt, een grote groeimarge is. Men bedoelt hier niet alleen de samenwerking en afstemming met Free Clinic, maar met de hele (drug)hulpverlening.

Elke organisatie werkt op een eiland en er wordt teveel aanbod- in plaats van cliëntgericht gewerkt.

“De inhoudelijke afstemming tussen de verschillende centra is gebrekkig. Wie doet wat? Er is nog bijzonder veel werk voor het ontwikkelen van een zorgcircuit.

Als we alle middelen van het Dagcentrum Antwerpen, Altox, ADIC en MSOC samen konden brengen, zouden we een veel beter aanbod kunnen creëren. In huis zijn we wel bezig met een traject en het indelen van de zorg in modules. Maar dit traject zou veel ruimer moeten zijn en ook door de verschillende organisaties samen moeten doorlopen worden. Er moet meer engagement (inclusief onszelf) van alle kanten komen. Qua betere samenwerking en afstemming is er nog een grote groeimarge.”

“Ik wil het tekort aan inhoudelijke samenwerking niet toespitsen op Free Clinic en Dagcentrum Antwerpen, want dit geldt voor alle centra.

Ik denk dat het belangrijk is dat er een helder beleid komt, een heldere omschrijving van doelgroep en werking van elk centrum. Ik denk dat het huidige aanbod van de verschillende organisaties scherper gesteld moet worden.”

Specifiek voor wat betreft de samenwerking met Free Clinic, getuigt men toch van een zeker spanningsveld tussen beide organisaties en van een gebrekkige doorverwijzing.

“Er is toch een zeker spanningsveld. Dat is ook wel logisch want zij hebben een heel zwaar publiek en wij sturen de meest gemarginaliseerden ook door naar hun en dat maakt het daar heel druk.”

“Free Clinic stuurt wel jongeren door naar hier. Maar ik denk wel dat er voor de rest te weinig doorverwezen wordt, bijvoorbeeld mensen die een grotere hulpvraag hebben, meer begeleiding vragen.”

“Er worden eigenlijk heel weinig mensen naar de onthaalgroep doorverwezen, terwijl die qua profiel toch heel nauw aansluiten bij groep van Free Clinic.”

“Nu met die nieuwe groepen, sturen wij wel meer mensen door. Mensen die hier al 4, 5 jaar komen en waar het eigenlijk alleen maar slechter mee is gegaan.”

“Sinds wij onze werking onlangs vernieuwd hebben, wijzen we vaker door naar Free Clinic. We verwachten nu iets meer van de cliënt en cliënten die enkel behoefte hebben aan harm reduction strategieën verwijzen we door naar Free Clinic.”

“Momenteel zijn er bijzonder weinig gerichte verwijzingen vanuit Free Clinic naar het Dagcentrum, naar de groepen, terwijl er toch zeker gasten zijn die hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen. Mensen die behoefte hebben aan meer begeleiding bijvoorbeeld. Als het Dagcentrum gasten doorstuurt naar de Free Clinic wordt dat ervaren als dat dat cliënten zijn waar De Sleutel niks meer mee kan doen en dat ze die dan dropen in Free Clinic.”

### **samenwerking met apothekers**

Een klein aantal cliënten haalt methadon bij apotheek. Dit is echter niet geformaliseerd.

### **antennes**

De werknemers uiten geen directe behoefte aan antennes. Als er gebrainstormd wordt over hoe een antenne er eventueel kan uitzien, liggen de invullingen ver uiteen.

“Ik denk niet dat er echt behoefte is aan een antenne.”

“Eerder antennes voor de minder gemarginaliseerden. Geen methadoncentrum.”

“Ook voor jongeren kan dat beter zijn.”

“Ik denk dat we ook verder moeten kijken, voor de groeiende groep speed- en XTC-gebruikers, die zitten nog niet zo ver in gebruik en als ze op een andere plek kunnen komen, moeten ze ook niet geconfronteerd worden met de zwaardere gebruikers.”

“Een antenne voor justitie-clieënten zou wel goed zijn, voor de niet-methadonclieënten.”

“Antennes mogen niet ten koste gaan van veiligheid. Ik denk bijvoorbeeld dat een antenne met methadon wel goed is, als die genoeg bestaft is.”

De beleidsfiguren van het Dagcentrum zijn sterke voorstander van een betere samenwerking. Deze samenwerking willen zij niet enkel op de werkvloer, maar ook op bestuursniveau bij het oprichten van antennes. Deze piste komt minder duidelijk naar voor in de focusgroep met het personeel. Vandaar dat wij dit thema hier apart behandelen.

“Volgens mij moet het met de nodige juridische formules toch haalbaar zijn om een samenwerking te creëren waarin elke organisatie toch haar eigenheid kan bewaren.

De Sleutel is zeker vragende partij naar meer samenwerking met Free Clinic. Zo kan er

dan in het belang van de cliënt gezocht worden naar de best mogelijke oplossing voor die persoon.”

“In principe zijn wij voorstander van een spreidingsbeleid. Wel ziet wij dit enkel realiseerbaar indien het in samenwerking met Free Clinic wordt uitgebouwd en indien er voldoende personele ondersteuning voor kan worden vrijgemaakt. Het centrum zelf kan dit niet dragen.”

### **communicatie met buurtbewoners**

Dagcentrum De Sleutel probeert via het deelnemen aan buurtinitiatieven meer draagvlak bij de bevolking te creëren.

“Wij nemen actief deel aan buurtinitiatieven zoals opkuisdag, samen met de gasten en krijgen hierop veel positieve reacties van de buurt.”

## Free Clinic

*Observatie: Free Clinic ligt in De Van Arteveldestraat en kijkt uit op het De Coninckplein. Er zijn heel wat cafés op dit plein, waarvan een aantal met terras. In de zomer worden deze terrassen vaak bevolkt door cliënteel van Free Clinic. De terrassen en het plein zelf fungeren als wachtzaal voor Free Clinic en als ontmoetingsplek voor of na een bezoek aan Free Clinic.*

*Tijdens de sluiting van Free Clinic tussen 13u en 14u zie je vaak een aantal mensen op de stoep zitten, zij wachten tot de Free Clinic terug haar deuren opent. Er wordt ook heel wat alcohol geconsumeerd. Getuige hiervan zijn de lege blikjes die je dagelijks op de stoep en de vensterbank van Free Clinic en omliggende woningen vindt.*

*'s Avonds vind je echter nog weinig gebruikers op straat.*

*Op het plein en ook voor de deur van Free Clinic zijn er regelmatig hoog oplopende ruzies die soms uitlopen in fysiek geweld. Het geluid van de politiesirene hoor je dan ook vaak in deze buurt. Verder is de aanwezigheid van dealers onmiskenbaar. Als je een tijdje op het pleintje zit, word je bijna altijd aangesproken om iets te kopen. Sommige mensen bedelen ook voor geld of medicatie. In de wachtzaal van Free Clinic is de sfeer, vooral in de namiddag, dikwijls chaotisch en druk. De wachtzaal is klein en ongezellig. Er is geen gelegenheid om een kop koffie te drinken of even tot rust te komen.*

### huidige ligging

Het personeel van Free Clinic is overtuigd van het belang van de huidige locatie: men heeft er doelbewust voor gekozen zich in de nabijheid van de doelgroep te vestigen. Maar aan de andere kant zijn zij er zich ook van bewust dat het voor een deel van de cliënten helemaal niet zo aangenaam is om naar het De Coninckplein te komen.

”Ik hoor wel van cliënten dat de Free Clinic heel slecht gelegen is, dat dat een reden is om hier zoveel mogelijk weg te blijven, zo weinig mogelijk naar hier te komen,...

En ik kan daar eigenlijk wel inkomen maar aan de andere kant bereik je zo wel een doelgroep die je anders niet zou bereiken, die hier passeren omdat ze toch in de buurt zijn. Het heeft zowel zijn voor- als zijn nadelen.”

”Vooral cliënten met wie het beter gaat, vinden dat de Free Clinic slecht gelegen is.”

”Door de aanwezigheid van die scène leren cliënten Free Clinic ook makkelijker kennen, Free Clinic op het De Coninckplein is een makkelijker ingangspoort voor nieuwe cliënten.”

”Voor de meest laagdrempelige zorg zitten wij hier heel goed, maar voor de mensen met wie het wat beter gaat, zitten we hier niet goed, dat geven ze zelf aan.”

De hulpverleners wijzen op het belang van de sociale functie van het De Coninckplein. Het plein fungeert als ontmoetingsplek voor druggebruikers.

”Ik denk dat een deel van de mensen de Free Clinic ook echt op deze plek nodig heeft, dat wij een deel van hun sociale context zijn.”

”Dit is echt hun rondhangplek, hun biotoop.”

### huidig aanbod

De grootte van Free Clinic heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van de hulpverlening. Personeels leden en directie stellen unaniem dat Free Clinic te groot geworden is. De caseload is zo hoog dat de kwaliteit van de hulpverlening eronder lijdt. Er is te weinig tijd voor individuele begeleidingen, er is vaak zelfs geen tijd om een kort praatje met de cliënt te maken. Het is niet meer mogelijk om een persoonlijke relatie met de cliënten aan te gaan. Door het hoge aantal cliënten kent het personeel een deel van de cliënten niet eens meer bij naam. Verder werd de laagdrempeligheid van de organisatie noodgedwongen verhoogd door de sterke toename van het aantal cliënten.

”Free Clinic is veel te groot, zowel voor de cliënt, als voor mezelf. Als ik zie hoeveel intakes we per week krijgen, heb ik soms echt het gevoel overrompeld te worden. Vroeg of laat worden de mensen een nummer en daar heb ik het zelf ook moeilijk mee.”

”Vaak geven we nu methadon, zonder enige band. Cliënten zeggen wel eens “de Free Clinic is één grote methadondealer, en aan de achterliggende problemen doen ze niets,...”

”Cliënten zeggen vaak dat het vroeger, toen de Free Clinic kleiner was, beter was.”

”Door de grootte van de organisatie creëer je ook een hogere drempel, terwijl we dat eigenlijk juist niet willen. In een grote organisatie moet alles gestructureerder en strikter. Kijk maar eens naar onze accommodatie: het methadonloket, onthaal,...”

”Hoe groter je organisatie, hoe meer regels je nodig hebt en hoe hoger de drempel wordt.”

”Ik heb echt te weinig tijd om de cliënten die ik in individuele begeleiding heb, voldoende aandacht te geven.”

”Veel cliënten vragen effectief naar begeleidingen, maar wij zijn niet meer zo enthousiast om ze op te nemen, we hebben gewoon te weinig tijd, het wordt teveel.”

”Als je de naam van de patiënten niet eens meer kent, is het echt wel erg. Ik denk dat ons cliënteel juist heel veel behoefte heeft aan een persoonlijke aanpak. Ze worden al bekeken als uitschot in de maatschappij en dan hier nog als een nummer, ja dan krijg je het helemaal.”

”Het huidige systeem is enkel goed voor mensen die zelf veel kunnen en durven vragen. Het systeem is minder goed voor zij die dat niet kunnen. Ik heb geen moeite met mensen die niet meer hulp willen, maar ik denk dat het wel goed zou zijn als we de cliënt op regelmatigere basis zouden bevragen over wat ze willen en of ze niet wat meer begeleiding wensen.

Ik ben een voorstander om het tempo van de cliënt te volgen, maar ik denk dat we wel wat meer zorg kunnen aanbieden en dat dat gemakkelijker gebeurt in een klein centrum.”

Ook als werknemer heeft werken met de huidige hoge caseload nadelen. Het personeel voelt zich soms niet veilig en wordt regelmatig met verbale en soms met fysieke agressie geconfronteerd. De anonimiteit van de huidige hulpverlening heeft verder ook een negatieve invloed op de tevredenheid en de voldoening van het personeel zelf.

“Als we alsmaar meer en meer cliënten aannemen en we kennen die niet meer zo goed, dan wordt de situatie explosiever en explosiever. Ik zat onlangs aan het onthaal en ik heb zoveel cliënten gezien die ik niet ken, en dat vind ik wel moeilijk.”

“Door het ontbreken van een goede band met de cliënt, haal ik ook te weinig voldoening uit dit werk.”

“Uitgescholden worden door ne cliënt, dat is hier bijna dagelijkse kost. Als ge daar elke keer van moet wakker liggen, dan komt ge niet meer werken. Ge wordt dat gewoon. Bij ons is fysieke agressie pas de grens.”

“Vroeger werden we ook veel minder met agressie geconfronteerd. We hadden een persoonlijke band met elke cliënt en dan vertonen cliënten niet zo makkelijker agressie en weet je als personeelslid ook beter hoe je best met die persoon omgaat.”

Door de RIZIV-conventie moet Free Clinic een minimum aantal cliënten halen ter verantwoording voor de huidige personeelsbezetting. Dit minimum aantal is te hoog en niet afgestemd op het verlenen van een adequate hulpverlening. Enkel cliënten die in orde zijn met de sociale verzekering komen in aanmerking voor een vergoeding. Een aanzienlijk deel van de cliënten van het MSOC voldoet niet aan deze voorwaarde. Daaruit volgt dat het MSOC meer cliënten moet behandelen om de normale facturatiecapaciteit te halen en dit betekent een aanzienlijke verhoging van de werkdruk en een vermindering van de tijd die in elke cliënt geïnvesteerd kan worden.<sup>26</sup>

“De druk van meer en meer cliënten aan te trekken om toch aan ons cijfer te geraken, vind ik niet te onderschatten. Ik heb het gevoel dat het me boven het hoofd groeit. We zijn nu over de 400 en moeten er nog meer halen.”

“We helpen wel illegalen, maar ik heb er de laatste tijd veel moeten weigeren en ik heb het daar wel moeilijk mee.”

### Samenwerking met andere organisaties

De samenwerking met andere organisaties en de doorverwijzingen lopen niet optimaal.

“De mensen moeten wel beter doorstromen, we moeten er beter op letten om cliënten beter te evalueren en te laten doorstromen naar dokters of andere instellingen want nu blijven ze hier vaak hangen.”

“Samenwerking met De Sleutel loopt wel niet zo goed, er wordt weinig doorverwezen.”

26 Casselman, J., Meuwissen, K., Evaluatie van de medisch sociale opvangcentra voor druggebruikers, Antwerpen-Genk/Limburg, deelrapport, Leuven: KUL, 2001.

### Samenwerking met apothekers

In Antwerpen is er geen formele samenwerking tussen apothekers en drughulpverlening. Nochtans zou het doorverwijzen van een aantal cliënten naar de apotheek voor de methadonverstrekking toch ook een verlichting van de huidige drukte kunnen betekenen. Anderzijds heeft de verstrekking via de apotheek ook bepaalde nadelen. Door zelf te verstrekken, creëer je immers een band met de cliënt en krijg je een beter zicht op diens functioneren.

“We hebben geen formele samenwerkingsverbanden met de apothekers, maar er wordt wel een apothekerscontract meegegeven. Eigenlijk is er weinig overleg met de apothekers. Voor bepaalde cliënten kan een apothekerssysteem zeker wel een meerwaarde zijn, het is afhankelijk van situatie tot situatie.”

“We hebben er bewust voor gekozen om hier methadon te verstrekken. Mensen die je op apotheek volgt, volg je meer op een afstand. Je hebt toch meer zicht op cliënt als ze hier om hun methadon moeten komen. Als het met een cliënt slecht gaat, zien we dat en kunnen we kijken wat we kunnen doen. Ik denk dat je het screenen door de verpleging tijdens de methadonbedeling niet mag onderschatten. Het personeel detecteert het echt wel als het misgaat. Dan zullen we bijvoorbeeld de methadon blokkeren om mensen gezien te krijgen.”

### antennes

Het personeel is unaniem voor het oprichten van antennes. De idee van antennes leeft al jaren bij Free Clinic en zou een oplossing betekenen voor een groot aantal van de huidige problemen. Toch wordt er ook gehamerd op het belang van de aanwezigheid bij de drugscène die zich al decennia op het De Coninckplein bevindt: er moet een afdeling van Free Clinic blijven bestaan in de buurt van het De Coninckplein.

“De post op het De Coninckplein moet zeker blijven, maar dat mag gerust in afgeslankte vorm. Het De Coninckplein zal nooit een drugvrije plek worden, het blijft altijd een stationsbuurt met een historiek van druggebruik en dealen en prostitutie,... Ondanks alle inspanningen blijft prostitutie trouwens nog steeds aanwezig.”

“Ik denk dat we die antennes al vijf jaar willen, maar dan ook met meer personeel.”

“Door het werken met antennes zouden we veel intensiever met de cliënten kunnen werken, een persoonlijke band opbouwen. De interne communicatie zou ook beter verlopen. Het zou rustiger zijn, minder chaotisch...”

Free Clinic weet dat Dagcentrum De Sleutel vragende partij is om antennes op te richten in een juridisch samenwerkingsverband. Het personeel van Free Clinic kiest er echter resoluut voor om de autonomie van Free Clinic te bewaken en een onafhankelijke antenne op te richten. Men vindt de huidige diversiteit in het drughulpverleningslandschap positief en wil dan ook dat deze behouden blijft. Beide organisaties vullen een verschillende nood in en zijn op die manier complementair.

“De Sleutel heeft een heel andere werking dan Free Clinic en Free Clinic heeft altijd heel sterk op haar autonomie gestaan. Free Clinic is binnen de hulpverlening altijd een buitenbeentje geweest, we willen niet opgeslokt worden door de rest. Bovendien hebben wij heel verschillende visies en uitgangspunten.”

“Het is een mes dat langs twee kanten snijdt, cliënten willen ofwel Free Clinic ofwel De Sleutel en als het hier slecht gaat, is De Sleutel goed en zijn wij boemannen en omgekeerd en ik denk dat dat ook wel goed is.”

“Ik denk ook dat onze visie heel anders is. Wij doen aan harm reduction. Zij werken enkel met drugverslaafden die bereid zijn om te veranderen. Ik denk dat beide organisaties nodig zijn en dat wij elkaar perfect aanvullen.”

“Ik denk dat we gewoon een trap lager zitten en dat we dat ook moeten behouden.”

“Bovendien is het voor de cliënt het beste dat een organisatie zo eenvoudig mogelijk is. Hoe eenvoudiger, hoe minder bedreigend.”

“De huidige diversiteit is een goede zaak: zo kan de cliënt een keuze maken.”

“De meeste cliënten van de Free Clinic komen ook niet in aanmerking voor De Sleutel omdat er in het Dagcentrum verwachtingen worden gesteld waar cliënten van Free Clinic vaak niet aan kunnen voldoen. Deze verwachtingen gaan dan over het zoveel keer per week aanwezig zijn, therapeutische verwachtingen,...

De Sleutel heeft een hogere drempel dan de Free Clinic. Dit is echter niet negatief, het gaat gewoon om een andere doelgroep. Beide organisaties zijn complementair.”

#### *aanbod en vorm antennes*

Het personeel van Free Clinic denkt dat het best is als Free Clinic op de antennes hetzelfde volledige hulpverleningsaanbod aanbiedt. Men vindt het ook heel belangrijk dat de huidige laagdrempeligheid behouden blijft en dat er geen regels worden gekoppeld aan de methadon-bedeling. Verder wil men graag meer individuele tijd in de cliënt investeren; hiervoor is er uiteraard een uitbreiding van het personeel nodig.

“Ik zou graag opnieuw in een kleine werking werken waar het verstrekken van methadon gecombineerd wordt met psychosociale zorg. Een kleine Free Clinic, met minder personeel en minder cliënten. Eén centrale, verschillende antennes. Uiteraard moeten hiervoor meer middelen komen, want als wij de cliënten intenser willen begeleiden, kruipt daar ook heel wat tijd in. De belangrijkste voorwaarde voor de antennes is dat ze makkelijk moeten bereikbaar zijn. Qua locatie zou ik ze laten aangrenzen bij probleembuurtten. Wel binnen de stad of aan de rand, niet er buiten.

Ik vind ook het ruimtelijke aspect heel belangrijk. Een klein huis zorgt voor een grotere psychische en fysieke betrokkenheid. Zowel in de verhouding cliënt-hulpverlening als hulpverleners onderling. “

“Antennes zullen slechts een meerwaarde zijn als er aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Zo moet er meer personeel komen. Een antennewerking wil immers zeggen dat je

twee keer onthaal moet organiseren. Zonder meer middelen heeft een antennewerking geen zin, want dan ga je in tegendeel nog minder tijd voor de cliënten hebben.

Deze middelen moeten los staan van RIZIV-norm, want als de financiering afhankelijk is van het RIZIV zijn we verplicht om meer cliënten te zien. Als we een andere financieringsbron kunnen vinden, kan de werkdruk verminderen.

Ik denk dat de voorwaarden voor een antennewerking van groot belang zijn.”

“Het uitvergroten van organisaties vind ik nooit een goede zaak. Zeker voor onze cliënten is het persoonlijk contact ontzettend belangrijk. We werken met mensen die vaak door hun hele omgeving in de steek gelaten zijn, die met niemand nog enige vorm van sociaal contact hebben. Het hebben van een persoonlijke begeleider, iemand die echt betrokken is, kan dan op zich al therapeutisch zijn.”

#### **communicatie met buurtbewoners**

Free Clinic is er zich van bewust dat het erg belangrijk is om de dialoog met de omgeving aan te gaan. Als men denkt aan het oprichten van nieuwe antennes op andere locaties, weet men dat ook daar de burens niet staan te wachten op de komst van een drughulpverleningsorganisatie. De dialoog aangaan met de omgeving is een belangrijk instrument in het verwerven van draagvlak bij de bevolking.

“Je kan reacties niet uitsluiten, maar als je de mensen niet inlicht,...

Je krijgt altijd wel tegenkanting, maar je moet de dialoog aangaan. Ik denk echt dat als je onze werking goed uitlegt aan de mensen, dat dat helpt.”

#### **aanpassingen in huidige locatie**

Als het aantal cliënten in de toekomst zou dalen door het opstarten van antennes elders, kunnen er in de huidige locatie ook een aantal verbeteringen doorgevoerd worden. De invulling van de wachtkamer bijvoorbeeld.

“De wachtkamer is niet gezellig, ik zou een veel vlottere inloop willen. Zoals in het MSOC in Brussel, daar is een inlooplokaal waar cliënten gerust een hele namiddag kunnen zitten, koffie drinken, praten, indien ze willen een gesprek voeren,...”

## algemeen

### beleid

Heel wat hulpverleners hebben moeite met het feit dat de hulpverlening aan druggebruikers meer en meer vanuit de overlastbril benaderd wordt. Initiatieven worden opgestart met als eerste zorg het aanpakken van de overlast en niet het welzijn van de gebruiker.

“Eigenlijk zouden we de mensen die voor overlast zorgen moeten betalen, want daardoor krijgen er verschillende initiatieven subsidies. Het draait allang niet meer om het welzijn of de gezondheid van de gebruikers. “

“Het is altijd een berucht plein geweest. Maar nu wordt het opgekuist, er komt een bibliotheek,...Ik denk dat dat zeker meespeelt.”

### conclusie

Bij Dagcentrum De Sleutel zijn de meningen over de huidige locatie verdeeld; de meerderheid van de hulpverleners twijfelt aan de meerwaarde van de huidige ligging. De lokale drugscène bestaat immers voornamelijk uit cliënten van Free Clinic. Anderzijds geven de registratiegegevens toch ook duidelijk aan dat een groot percentage van de cliënten van het Dagcentrum uit zone 2060 en omgeving komt.

Rond en in het Dagcentrum De Sleutel is de ervaren overlast erg beperkt. Het personeel is tevreden over het huidige hulpverleningsaanbod en staat in principe open voor de uitbouw van een antennewerking.

Free Clinic heeft zich bewust in de nabijheid van haar doelgroep gevestigd. Alle hulpverleners zijn er dan ook van overtuigd dat het van cruciaal belang is dat Free Clinic aanwezig blijft in de buurt van het De Coninckplein. De cijfers over de verblijfplaats van de cliënten bevestigen deze stelling.

Anderzijds is het duidelijk dat Free Clinic haar optimale behandelingscapaciteit momenteel overschrijdt. Er zijn teveel cliënten voor te weinig hulpverleners. De organisatie is zo groot dat het erg moeilijk is om een persoonlijke relatie met de cliënten aan te gaan. De kwaliteit van de hulpverlening heeft te lijden onder de hoge caseload. Door de drukte gaat het er in de wachtzaal en aan het onthaal vaak chaotisch aan toe. Het personeel wordt regelmatig met verbale en soms met fysieke agressie geconfronteerd. Dit heeft een negatieve invloed op het veiligheidsgevoel van het personeel en de jobsatisfactie.

Free Clinic zou graag ook meer illegalen helpen maar door de huidige RIZIV-conventie is dit financieel niet haalbaar. De hoogte van de RIZIV-norm zet het personeel nog meer onder druk.

De idee van de uitbouw van antennes verspreid over de stad leeft al lang in Free Clinic en zou een antwoord kunnen bieden op een groot aantal van de huidige problemen.

Verder kunnen er op de huidige locatie nog een aantal verbeteringen doorgevoerd worden zoals de uitbouw van het onthaal, het intensifiëren van de samenwerking met apothekers en de organisatie van de wachtzaal.

Beide organisaties geven aan dat de huidige onderlinge samenwerking niet optimaal is. Er wordt te weinig gericht doorverwezen en er is sprake van een zeker spanningsveld. Het gebrek aan onderlinge afstemming en samenwerking beperkt zich niet enkel tot bovengenoemde organisaties, maar is terug te vinden in de hele Antwerpse (drug)hulpverlening. Dagcentrum De Sleutel is vragende partij om de spreiding van het aanbod over Antwerpen in een juridische samenwerking te realiseren. Free Clinic staat op haar autonome positie in die zin dat zij wel voorstander zijn van een betere organisatie op de werkvloer, maar dat zij hun onafhankelijkheid op bestuursniveau willen behouden.

Hulpverleners waarschuwen er ook voor dat de eigenlijke drughulpverlening niet ondergeschikt mag worden aan de overlastbestrijding.

## visie van de gebruikers

---

## huidige situatie en toekomst

### huidige ligging drughulpverlening

#### het De Coninckplein

De meeste gebruikers geven in heel expliciete bewoordingen aan dat zij de buurt rond het De Coninckplein een rotbuurt te vinden. Vooral de opdringerige dealers en de agressie zijn factoren die maken dat een groot aantal gebruikers het pleintje liever mijdt. Het feit dat de drugs die er verkocht wordt van steeds slechtere kwaliteit zijn en dat de gebruikers er vaak opgelicht worden, maakt hen kwaad.

“Ik haat die cafés, ik haat het De Coninckplein, ik bedoel het volk dat hier zit. Het aantal mensen dat hier komt en dat altijd op het plein zit en dat ge die altijd moet passeren,..., ja, hoe moet ik dat uitleggen, het is vooral sinds die ruzie, toen ik hier ineengeslagen ben, dat ik echt een hekel heb om naar hier te komen.”

“Een rotbuurt. Je wordt aangevallen door elke dealer die je tegenkomt.”

“Ik hou niet van de pushers op het De Coninckplein, dat gebeurt daar enorm. En de laatste tijd verkopen ze niks dan rommel.”

“Ik ben ook een makkelijk slachtoffer, dan laten ze u geld geven en lopen dan weg. Je wordt er veel in het zak gezet en ik haat die machteloosheid. Ik hou ook niet van agressie, ik heb er schrik van. De grens wordt er al vlug overschreden. Er is veel rivaliteit onder dealers, er wordt vanalles verkocht, medicamenten, voorschriften, methadon van de Free Clinic...”

“Op het De Coninckplein is een ontvlambare sfeer, ik zat daar gewoon op de stoep en dan loopt daar ene rond volledig aan het doorflippen op de coke en zie ik hem een breekmes wegsteken in dat fietsenrek en zo gebeurt er daar vanalles. Roepen en tieren en weet ik wat allemaal.”

“Veel meisjes blijven hier weg. Worden bedreigd en durven zelfs niet meer achter hun methadon komen. Een meisje dat ik ken, werd hier ook bedreigd en nu moet ze zich altijd laten vergezellen door een man om haar methadon te komen halen, want ze durft niet meer alleen.”

“Ik heb al een paar keer gehad dat er ene vraagt of ik witte of bruine moet hebben en dan zeg ik nee en dan blijven ze echt aan uwe arm trekken, ... Dat zijn toestanden die ik kan missen als kiespijn.”

“Het is helemaal niet ideaal om hier met kinderen te komen. De laatste keer dat ik mijn dochter meegenomen heb, ze is elf, en dan ben ik ineengeslagen,... en dan was ze helemaal in paniek en nu wil ze absoluut niet meer meekomen.”

### ligging Free Clinic en Dagcentrum De Sleutel

Cliënten worden liever niet geconfronteerd met de drugscène als ze naar Free Clinic of Dagcentrum De Sleutel gaan.

“Ik kom daar niet graag, ik kom daar alleen als het nodig is, ik hou niet van het volk dat je er tegenkomt, ik associeer de plaats met gebruik, het is een combinatie van twee extremen, je gaat naar binnen om af te kicken en je komt buiten en er is gebruik. Of zelfs binnen.”

“Als ik naar De Sleutel of Free Clinic ging, was dat wel verleidelijk, want er waren verschillende keren dat ik dan heroïne aangeboden kreeg voordat ik bij de methadon was en ja, dan is de keuze rap gemaakt. Dat gebeurde wel vaak.”

### verschil tussen Free Clinic en Dagcentrum De Sleutel

Cliënten voelen het verschil in doelgroep tussen Free Clinic en Dagcentrum De Sleutel goed aan. Gebruikers geven aan dat het vooral de cliënten van Free Clinic zijn die op het De Coninckplein rondhangen. De ligging van Free Clinic wordt negatiever geëvalueerd omdat je het De Coninckplein onmogelijk kan vermijden op weg naar Free Clinic. Het Dagcentrum De Sleutel ligt toch iets verder van het De Coninckplein en het is er ook rustiger.

“Ik ga niet naar Free Clinic, er zijn er daar veel te veel die gebruiken”

“Alleen al dat volk daar op straat (*bij Free Clinic*)<sup>27</sup>,... die troepen samen,... Bij De Sleutel heb je dat niet, hier is het meestal rustig in de straat.”

“Je ziet daar nu die troep aan de Free Clinic staan, en sommigen zien er zo slecht uit en je wil daar niet direct gaan tussen staan. Je hebt gradaties tussen mensen, sommigen hebben echt geen zelfwaarde meer. Ik wil ze niet veroordelen, ik ben er ook slechter aan toe geweest, maar... Voor bepaalde groepen die nog niet zo ver heen zijn, kan dat toch beter zijn om daar niet tussen te moeten staan.”

“Voor naar De Sleutel te gaan, kan je het Coninckpleintje nog mijden, maar voor naar Free Clinic te gaan moet je er echt wel langs”.

“Van hieruit (*De Sleutel*) gaan we niet veel naar het De Coninckplein. Degene die niet moeten, gaan er niet langs. Wij mijden dat. Je wordt daar telkens aangesproken, dus de meeste mensen blijven daar maar weg.”

### sociale functie van het plein

Gebruikers erkennen de rol van het plein als ontmoetingsplek. En ook al haten ze het plein zo, toch blijven ze er naartoe gaan bij gebrek aan een alternatief.

“Maar ondanks al die miserie en al dat gebruik, heb je zo'n gevoel van, hoe zal ik het zeggen, ja, zo dat groepsgevoel, dat mensen elkaar ondersteunen. Je zal er altijd wel hebben die andere bedoelingen hebben, maar je kan er over drugs praten, dat kunt ge met andere mensen niet zomaar.”

<sup>27</sup> Wanneer er in de citaten door ons iets wordt toegevoegd, plaatsen we dit tussen haakjes.

### belang van hulpverlening dicht bij drugscène

De meeste gebruikers vinden het wel heel belangrijk dat de drughulpverlening, en in het bijzonder de Free Clinic, aanwezig blijft in de buurt van het De Coninckplein.

“Maar je mag de Free Clinic hier niet weghalen, want de gebruikers zijn hier. “

“Je mag de Free Clinic niet weghalen omdat je de gebruikers wil weghalen. Die gebruikers blijven hier en de Free Clinic moet ook hier blijven. Je moet de dingen genuanceerder bekijken.

De doelgroep die hier op straat zit, moet geholpen worden en niet enkel op gebied van drugs. Er moet ook iets aan de dakloosheid gedaan worden, ze moeten een stabiel onderdak krijgen, en dan kan je die mensen ook beter volgen en bereiken. Dan volgt al de rest.”

“Ik denk wel dat ze (*Free Clinic*) door juist hier te zitten een deel mensen bereiken die ze anders nooit zouden bereiken, mensen van de straat. Het positieve is dat je een hoop mensen bereikt. Het negatieve dat er een groep mensen is die veel liever niet naar hier zou komen, maar aan de rand van de stad wil geholpen worden. Ik ken sommige mensen die gewoon niet komen omwille van de buurt.”

“Ik denk wel dat er hier ook hulpverlening moet blijven, want de mensen die op De Coninckplein zitten, zijn mensen die heel veel hulp nodig hebben.”

### hulpverleningsaanbod

#### Free Clinic

*behoefte aan meer individuele aandacht*

Heel wat cliënten van Free Clinic geven aan dat ze te weinig aandacht in Free Clinic krijgen. Free Clinic heeft zoveel cliënten dat ze het gevoel krijgen een nummer te zijn. Ze uiten de behoefte aan meer individuele aandacht

“Nu voelt het aan als een lopende band, je krijgt misschien een kwartier of een half uur en dat is het dan, maar ik vind dat niet genoeg voor mij.”

“Free Clinic is gewoon binnen- en buitenlopen. Zo krijg je geen hulp. Je wordt wel geholpen met medicatie, maar voor de rest heb je geen hulp, he. Als je verslaafd bent, heb je begeleiding nodig die je meetrekt, eigenlijk. Ik heb dat toch nodig, voor het één en ander kunnen te vragen. Daar komen ze voor methadon, drinken en gaan weer buiten. Hup, dat is het hem toch niet.”

“Het is de laatste twee jaar pas, sinds de vaste begeleiders weggegaan zijn, ..., dat vind ik een groot minpunt. Dat is heel lastig, want ge moet telkens uw verhaal helemaal opnieuw doen en op het moment heb ik dus eigenlijk helemaal geen begeleiding, tenzij bij de dokter. Ik heb geen zin om elke week bij iemand anders te gaan. Vaste begeleiding vind ik echt wel nodig, om dingetjes niet op te kroppen, om ze van uw systeem af te krijgen.”

“Free Clinic is een warenhuis geworden, dat is daar binnen en buiten. Je bent een nummer.”

#### *wachtzaal Free Clinic*

Free Clinic heeft een kleine wachtzaal die vaak overvol zit, vooral in de namiddag. Een aantal cliënten geeft aan het daar moeilijk mee te hebben.

“Dat valt wel mee, maar als daar iemand stoned ligt te crashen is dat niet leuk, niet echt prettig om daar op te zitten kijken.”

“en daar worden afspraken gemaakt van ik ga straks naar daar en die heeft dat en dat kost zoveel,…”

“Het is niet echt leuk om daar met uw kind in de buggy in de chaos en de drukte te zitten.”

“Het is hier nu veel te druk, je komt veel meer gevechten tegen, veel meer agressie.”

#### **Dagcentrum De Sleutel**

*voldoende aandacht, maar te strenge regels*

Cliënten van Dagcentrum De Sleutel klagen niet over te weinig aandacht. Ze hebben het wel soms moeilijk met de strengere structuur en de regels van het centrum.

“In De Sleutel kan ik altijd met iemand praten, ik kan alles vragen, als ik papieren heb, bekijken ze die samen met mij, ... Er zijn veel meer mogelijkheden dan in Free Clinic.”

“Ik vind het een beetje klote dat die groepen veranderd zijn. Ik zit hier al een hele tijd en vroeger in De Passage zeurden ze niet als je stoned binnenkwam, nu wel, vroeger was meer vrijblijvend, ik hou er niet van om gedwongen te worden.”

#### **algemeen**

*belang van een goede bereikbaarheid: te grote afstand*

Zowel cliënten van Dagcentrum De Sleutel als van Free Clinic vinden dat het jammer is dat er enkel drughulpverlening in Antwerpen Noord is. Zij die wat verder wonen, moeten soms een hele afstand afleggen om naar de hulpverlening te gaan. Het feit dat ze van buiten de stad naar een plek moeten komen waar veel gedeald wordt, vinden ze erg negatief.

“In Mortsel vind je geen methadon en als ik methadon wou, moest ik sowieso naar de stad komen en dan is het kwaad rap geschied, zeker de helft van de tijd dat ik methadon kwam halen, nam ik toch heroïne.”

“Mensen van buiten de stad komen zeker niet graag naar hier, want die komen enkel naar de stad voor drugs. Als ze dan ook voor hun methadon moeten komen, is dat moeilijk.”

“En als je nu in Mortsel of Wilrijk woont en je hebt geen auto, is dat al een hele opgaven om met de fiets naar hier te komen en ga je vlugger geneigd zijn om af te haken. Nu heb ik ne auto en dat is niet zo moeilijk, maar ik kan me voorstellen dat als je strontziek bent en je moet nog een paar km fietsen,...Ge hebt rap een reden om niet te gaan, hè. “

#### **antennes**

Alle bevroegde gebruikers zijn voor het oprichten van antennes. Als belangrijkste redenen noemen zij het niet meer geconfronteerd worden met de drugscène en het krijgen van hulp dichtbij huis. Specifiek voor de cliënten van Free Clinic komt hierbij dat zij hun voorkeur uiten voor een kleinere organisatie waarin meer tijd voor de cliënten is.

“Goed, want dan is dat hier niet meer zo groot ... en dan moeten mensen die willen stoppen, niet meer naar hier komen, tussen dat gebruik ... Ik vind dat er vrije keuze zou moeten zijn, dat die niet constant geconfronteerd moeten worden met mensen die stoned zijn, ik snap heel goed dat mensen die nog niet heel lang clean zijn, het heel moeilijk hebben om geconfronteerd te worden met die mensen.” *(cliënt van Free Clinic)*

“En als het kleinschalig is, hebben ze misschien ook iets meer tijd voor u.” *(cliënt van Free Clinic)*

“Zou voor mij heel goed zijn, zou een grote opluchting zijn voor mij, ik kan zo moeilijk lopen met mijn heup, sinds mijn ongeval, ik kan soms niet eens uit mijn bed. Het is een hele opgave om naar hier te komen, ik geraak net tot hier, maar het is zwaar.”

“Een antenne aan de rand van de stad in een rustiger omgeving zou wel goed zijn, weg van het gewoel van de stad.”

“Zeker en vast een goede zaak, dan zou ik zeker minder vlug bezwijken aan de verleiding.”

#### **beleid**

*gevoel verdreven te worden*

Gebruikers geven aan dat ze het gevoel hebben verdreven te worden. De politie houdt grote kuis en men wil het De Coninckplein netjes opgekuist hebben voordat de bibliotheek haar deuren opent. Ze hebben het gevoel dat er aan symptoombestrijding gedaan wordt in plaats van iets te doen aan de onderliggende problemen. Ze worden verjaagd zonder dat er hun een alternatief geboden wordt.

“Als je overlast wilt wegwerken, moet je naar de context kijken! Ze willen de visuele overlast wegwerken en rondhanggedrag, wel dat zien ze als overlast. Rondhanggedrag als overlast bekijken is stom, idioot, je moet dat in de context zien. Je kan niet helpen door mensen weg te jagen! Dat is korte termijn denken. Het resultaat is nihil! Je moet kijken naar hoe dat komt. Je mag de dingen niet op zijn kop zetten. Je moet kijken naar hoe iets komt. En wat doet de politie nu? Vermeende veiligheidsproblemen worden met vermeende middelen opgelost, door daar een paar miljoen tegen aan te gooien, agenten van hun dienst te halen en daar een mobiel politiebureau neer te zetten.

Je moet kijken naar hoe iets komt en daar iets aan doen, zoals het gebrek aan degelijke huisvesting bijvoorbeeld,…”

“Er moet een inloopruijnte komen voor gebruikers en er moet een gebruiksruijnte komen. Deconcentratie is op zich een goed idee, maar niet vanuit de idee om overlast weg te werken.”

## secundaire analyse vroeger onderzoek

In dit deel onderwerpen we de resultaten van het “Exploratief onderzoek naar zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod” ( De Wilde Joke, Vanderplasschen Wouter, 2002) aan een secundaire analyse.<sup>28</sup>

Als we de resultaten van de eigen interviews vergelijken met de resultaten van het onderzoek dat in maart 2002 verscheen van de VAD waarin de zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod centraal staan, zien we vergelijkbare resultaten.

In de verschillende focusgroepen die bij gebruikers werden afgenomen, stellen de gebruikers het gebrek aan zorg op maat aan de kaak. Verder hebben ze het moeilijk met het feit dat hulpverleners te weinig tijd voor hen hebben, zeker in vergelijking met vroeger toen de hulpverleningscentra veel kleiner waren. Doordat de organisaties zo groot zijn geworden, is de hulp onpersoonlijker. Cliënten die geen persoonlijke begeleider hebben, zijn daar niet over te spreken. Ze houden er niet van om telkens hun verhaal opnieuw te moeten doen aan telkens een andere hulpverlener. Ze formuleren een duidelijke nood aan een persoonlijke aanpak.

Eén van de belangrijke aanbevelingen van het onderzoek luidt dan ook dat er meer moet geïnvesteerd worden in een goede hulpverleningsorganisatie en persoonlijke begeleiding.

Wij kregen inzage in de integrale uitgetypte versies van de focusgroepen die voor dit onderzoek werden afgenomen. We onderwierpen de focusgroep bij Free Clinic en BAD aan een secundaire analyse.

Daaruit halen we volgende belangrijke items:

### **vroeger was het beter**

Cliënten die al in behandeling bij Free Clinic waren voor de organisatie naar de Van Arteveldestraat verhuisde, zijn unaniem positiever over het verleden dan het heden. Het feit dat ze toen een vaste begeleider hadden, speelt daarin een belangrijke rol. Verder wordt het ervaren van persoonlijke hulp in een kleinere organisatie geprezen. Ook de toenmalige locatie werd als positief ervaren.

“Dat was een heel goede begeleiding vroeger, in de Generaal Lemanstraat, daar was de begeleiding ook wel aanneembaar, maar dan zijn ze naar hier gekomen, en ze bezetten meer hun geld om meer mensen te kunnen contacteren, maar dan probeerde ik hier een programma te volgen, maar de begeleiding hier, der is tenslotte geen begeleiding. Om hier begeleiding te volgen dan is dat heel moeilijk. Den ene dag met den diene, den andere dag met den andere, de dingen die we moeten gaan vertellen zijn wel persoonlijk voor ons he, snapt ge, misschien voor de buitenwereld geeft dat geen zier, maar voor ons, is dat ons leven dat we moeten vertellen.”

28 De Wilde, J., Vanderplasschen, W., Exploratief onderzoek naar zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod, Brussel: VAD, 2002.

“Dat was in 81-82, dan was de Free Clinic,..., ja, ik moet zeggen, dat was echt in orde, maar ja, ik moet ook wel zeggen, toen waren er nog niet zoveel mensen en iedereen werd echt als persoon aanzien.”

“Vroeger, positief aan vroeger was, dat ze veel persoonlijker hulp boden, nu is dat veel groter, nu is er hulp naar veel meer mensen, het is veel onpersoonlijker, er is geen begrip meer, wij zijn nu gewoon cliënten, ...”

“Wat ik zou veranderen is toen dat Free Clinic in de Generaal Lemanstraat was, vond ik dat pakken beter voor welke reden, hier komt ge uwen methadon halen, ge gaat door en van hier is het twee straten verder en ge zijt misschien twintig dealers tegengekomen. En dat is wel, als ge dan een zwak karakter hebt, dan blijf je wel gebruiken.”

#### **behoefte aan meer persoonlijke aandacht**

“Maar der zijn er tientallen, die hun verhaal gewoon tegen tien verschillende mensen moeten gaan doen. Verhalen over uw gebruik en die toestanden, dat is heel persoonlijk, en dan zomaar doorsturen naar permanentie. Ik vind dat ze een beetje teveel op hunne hals hebben gehaald en daardoor dat er nu ook een stopzetting is natuurlijk he, ...”

” Nu is dat een fabriek aan het worden, niet meer en niet minder dan dat.” (over Free Clinic)

“Als we teruggaan naar den tijd van Berchem, ...Toen had je 40-50 man en de rest kon stikken en nu hebben ze inderdaad gekozen voor meer mensen en dat gaat ten koste van jullie begeleiding, dat wel.”

“Nu pakken ze maar aan, ze pakken maar aan, en ze hebben geen tijd voor niemand niet meer.”

“Wat ik vind he, dat is dat ge komt hier en ge kunt in het methadonprogramma stappen, en zo verder, maar aan de rest wordt niet gezien he, uw woonsituatie de schuldbemiddeling en dat is eigenlijk het belangrijkste.”

#### **antenne**

De wenselijkheid van de uitbouw van een tweede vestiging voor Free Clinic kwam ook in dit onderzoek naar voren.

“Ik vind gewoon dat ze nog een tweede huis zouden moeten bijbouwen, zoals De Sleutel twee huizen heeft.”

---

#### **conclusie**

Cliënten worden liever niet geconfronteerd met de drugscène, en in het bijzonder de dealers, op het De Coninckplein als ze naar Free Clinic of Dagcentrum Antwerpen gaan.

Cliënten van Free Clinic vinden het te groot en te druk in Free Clinic en ze missen er persoonlijke aandacht en ondersteuning.

De druggebruikers vinden het erg belangrijk dat de drughulpverlening aanwezig blijft in de huidige buurt. Zij weten hoe moeilijk de zwaarst gemarginaliseerde gebruikers het hebben en hoe belangrijk het is dat de hulpverlening in hun buurt aanwezig is. Naast het aanbod in de buurt van het De Coninckplein pleiten zij voor het uitbouwen van antennes verspreid over de stad. Zij willen deze antennes liefst in een rustige omgeving, dicht bij hun woonplaats en niet in de nabijheid van een drugscène. Cliënten van Free Clinic geven verder aan dat door een antennewerking de kwaliteit van de hulpverlening van Free Clinic verbeterd zou kunnen worden; in een kleinere organisatie is het immers makkelijker om een band met de hulpverleners op te bouwen en individuele aandacht te krijgen.

Cliënten identificeren zich met de organisatie waar ze in behandeling zijn en denken behoorlijk zwart-wit over de andere organisatie en diens cliënteel.

Druggebruikers hebben het gevoel dat de Stad het De Coninckplein wil opkuisen door de druggebruikers te verdrijven. Ze laken het kortetermijndenken van de overheid en vinden dat er een uitbreiding van de bestaande drughulpverlening moet komen. Ze uiten een nood aan een inlooplokaal en gebruikruimten.

---

## visie van de buurtbewoners

---

### overlast en drugoverlast

Dit deel is voornamelijk gebaseerd op het onderzoek "Drugs en overlast" dat in 2004 verscheen in opdracht van de Programmatorische Overheidsdienst Wetenschapsbeleid.<sup>29</sup>

In dit onderzoek is de associatie tussen drugs en overlast bestudeerd vanuit volgende drie invalshoeken: de bevolking, de druggebruikers en De Sleutelfiguren (veiligheids-, welzijns-, beleidsactoren). De onderzoekers komen tot de bevinding dat de associatie tussen drugs en overlast zwak te noemen is, en dit vanuit de drie verschillende invalshoeken. Vooreerst is er geen eenduidige definitie om overlast te beschrijven. Het is niet relevant om drugoverlast te onderscheiden van overlast. Het expliciet koppelen van "drugs" en "overlast" brengt het risico met zich mee dat overlast eenzijdig wordt gelinkt aan druggebruikers, terwijl uit dit onderzoek juist blijkt dat druggebruikers niet in de eerste plaats worden aangeduid als overlastveroorzakers. Het gebruik van de term drugoverlast werkt stigmatiserend voor de groep druggebruikers waarvan slechts een deel overlastgevend gedrag stelt.

Voor het onderzoeksluik "bevolking" onder leiding van Prof. Dr. Paul Ponsaers (UGent, SVA) en uitgevoerd door Steven Lauwers (UGent, SVA), richten wij onze focus op de onderzoeksresultaten voor de buurt rond het De Coninckplein.

Uit de 250 telefonische enquêtes die aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst afgenomen zijn van bewoners uit de buurt van het De Coninckplein, blijkt dat het overlastfenomeen dominant wordt toegeschreven aan andere maatschappelijke groepen dan de druggebruikers.

In vergelijking met de andere onderzoeksregio's scoort het De Coninckplein echter het hoogst op het ervaren van overlast in het algemeen en op het ervaren van drugsgerelateerde overlast.

Qua ervaren overlast in het algemeen springt het De Coninckplein sterk uit boven de andere onderzoeksgebieden. De meest voorkomende overlastfenomenen op het De Coninckplein zijn:

1 rommel op straat of sluikestorten (64.2 %),

2 geluid van verkeer (44.3 %),

3 uitwerpselen van dieren (39.4 %).

Deze fenomenen worden ook in de andere gebieden als meest voorkomend genoemd, maar de omvang van deze fenomenen is veel groter in de buurt van het De Coninckplein. De grote verschillen in de omvang van overlast tussen de verschillende onderzoeksgebieden zijn dus niet te wijten aan het voorkomen van gebiedsspecifieke overlastfenomenen.

Aan de respondenten werd verder gevraagd welke bevolkingsgroep volgens hen de overlast veroorzaakt. In vergelijking tot de omvang van het fenomeen overlast in het algemeen, is de omvang van het fenomeen drugsgerelateerde overlast opvallend klein. Gemiddeld wordt minder dan 1% van de gesignaleerde overlast als druggerelateerde overlast beschouwd.

Het De Coninckplein scoort drie maal hoger dan de andere onderzoeksregio's qua drugsgerelateerde overlast. Bovendien zijn de druggebruikers veel vaker dan gemiddeld zichtbaar in het straatbeeld (65.9 % versus 29%). Het gebied waar de gebruikers het meest zichtbaar zijn, is dus ook het

29 Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Tuteleers, P., Lacroix, A.C., Bodein, M. en Lauwers, S., Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast, Gent: Academia Press, 2004.

gebied waar gemiddeld de meeste drugsgerelateerde overlast wordt ervaren. Onder drugsgerelateerde overlast melden de bewoners vooral omgevingsoverlast en sociale overlast.

Omgevingsoverlast:

- ruzie op straat tussen drugverslaafde prostituees met klanten of pooiers,
- samenshopping van druggebruikers op straat, het plein of in het park,
- ruziemakende en schreeuwende druggebruikers op straat,
- op straat hinderlijk aangesproken of aangeraakt worden door druggebruikers,
- zwerfspuiten achtergelaten door druggebruikers,
- andere vervuiling op straat, plein of park door druggebruikers,
- op straat zelf drugs aangeboden krijgen,
- overlast door drugtoerisme.

Sociale overlast:

- druk autoverkeer van klanten van drugverslaafde straatprostituees,
- vechtpartij tussen drughandelaren of druggebruikers,
- heen en weer geloop van druggebruikers in uw straat,
- openlijk dealen of verkopen van drugs op straat,
- openlijk gebruiken van drugs op straat,
- geluidsoverlast van panden en/of gebouwen waar drugs worden verkocht,
- stankoverlast van panden en/of gebouwen waar drugs wordt verkocht,
- het rondhangen van drugdealers bij scholen in de buurt.

De interviews die in het kader van het onderzoek "Naar minder hinder. Draaiboek aanpak drugoverlast" plaatsvonden, toonden aan dat de bevraagde bewoners uit de buurt van het De Coninckplein, verschillende vormen van overlast rapporteerden: verstoring van de openbare orde, audiovisuele overlast, criminaliteit, verloedering, economische schade, onveiligheidsgevoelens en slachtofferschap.<sup>30</sup>

## aanwezigheid drughulpverlening

Uit het etnografisch onderzoek, onder leiding van Prof. Dr. Tom Decorte (UGent, ISD), en uitgevoerd door Pascal Tuteleers (UGent, ISD)<sup>31</sup> komt naar voor dat de Afrikaanse gemeenschap de overheidsbeslissing om Free Clinic vlak bij het De Coninckplein te vestigen niet begrijpt. Ze meldden sinds de verhuis een zichtbare toename van het aantal druggebruikers op en rond het plein. Voor de Afrikaanse gemeenschap heeft het De Coninckplein een belangrijke economisch-commerciële, culturele, uitgaans- en ontmoetingsfunctie.

Ook de Belgische buurtbewoners linken de komst van het MSOC aan de concentratie van druggebruikers op het De Coninckplein. Maar tegelijkertijd beschouwt men deze concentratie niet als een nieuw probleem.

<sup>30</sup> Bossaert, B., Naar minder hinder: Draaiboek aanpak drugoverlast, Brussel: VAD, 2002. Er werden 11 buurtbewoners, 9 hulpverleners en 6 gebruikers bevraagd in een kwalitatief explorerend onderzoek.

<sup>31</sup> Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Tuteleers, P., Lacroix, A.C., Bodein, M. en Lauwers, S., *Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast*, Gent: Academia Press, 2004.

Zowel de druggebruikers als de niet-druggebruikers beseffen dat drugsgerelateerde overlast deel uitmaakt van de ruimere structurele problemen waar deze buurt mee kampt, zoals de gevolgen van het gevoerde asielbeleid, het stedelijk beleid ten aanzien van achtergestelde buurten, het integratiebeleid ten aanzien van restgroepen, het politiebeleid, het huisvestingsbeleid, het beleid ten aanzien van openbare ruimten,...

## bewonersverenigingen en contacten met beleid

Er zijn twee bewonersverenigingen actief in de buurt rond het De Coninckplein: namelijk Bewonersvereniging De Bilzen en Bewonersvereniging Richardstraat en omgeving. Er zetelden vertegenwoordigers van beide verenigingen in de Stuurgroep van het project Deconcentratie.

Op de *bewonerscontactgroep Antwerpen Noord op 9/10/2003*, waar het gesprek dat met de burgemeester zou plaatsvinden op 6/11/03 werd voorbereid, werden omtrent drugverslaving volgende standpunten ingenomen:

- drugsverslaafden moeten strenger aangepakt worden,
- er moet betere opvang komen en snellere hulpverlening,
- de drughulpverlening moet over de hele stad gespreid worden, op korte termijn.

De buurtbewoners vragen dat het College de beslissing neemt dat voor zone 2060 geen enkele bestaande drughulp- of opvanginstelling meer mag uitbreiden of extra plaatsen mag voorzien. Zij willen een beslissing waardoor de huidige opvangcapaciteit van de bestaande instellingen niet mag worden uitgebreid binnen de wijk zelf.

In het gesprek van *6 november 2003* tussen bewoners uit de wijk en burgemeester Patrick Janssens, schepen voor integrale veiligheid Dirk Grootjans, schepen voor samenlevingsopbouw Chantal Pauwels, gemeenteraadslid Philip Heylen, districtsschepen Herman De Bleser en politiecommissaris Serge Muyters stellen de bewoners het volgende: een concentratie van problemen scheidt enkel meer problemen. Daarom is een spreiding van de bestaande diensten over alle Antwerpse stadsdelen aangewezen. De buurt is verzadigd.

Patrick Janssens antwoordt hierop dat de problemen niet verschoven mogen worden naar andere delen in de stad, maar dat er wel meer acties moeten komen die gericht zijn op de problemen. Philip Heylen pleit even later in de vragenronde wel voor een spreiding van de bestaande hulpverlening en een betere samenwerking tussen hulpverlening, politie en parket.

Op *12 mei 2004* is er een nieuwe bijeenkomst met de vertegenwoordigers van de verschillende bewonersgroepen om te evalueren wat er sinds 6/11/2003 gebeurd is.

Wat betreft het thema drugoverlast wordt hier ongenoegen geuit over het recente onderzoek "Drugs en Overlast".<sup>32</sup> De bewoners kunnen niet geloven dat drugoverlast zo'n kleine rol in hun buurt speelt en zijn ook niet akkoord met de stelling dat de burgers niet tevreden zijn over de aanpak van de politie. Zij spreken dan ook hun steun uit aan Serge Muyters en de gevoerde acties door de politie.

<sup>32</sup> Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Tuteleers, P., Lacroix, A.C., Bodein, M. en Lauwers, S., *Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast*, Gent: Academia Press, 2004.

Verder wordt er gezegd dat er omtrent het thema deconcentratie nog steeds geen actie ondernomen is. Dit wordt gecorrigeerd door een vertegenwoordiger van Free Clinic die het onlangs opgestarte project “deconcentratie” voorstelt. Verder stelt Free Clinic dat zij zelf vragende partij zijn voor een deconcentratie aangezien zij in de huidige grootte niet meer de kwaliteit van hulpverlening kunnen bieden die ze wensen.

De bewoners zijn akkoord dat er meer middelen voor hulp aan druggebruikers moeten komen, zolang deze hulp maar niet in Antwerpen Noord plaatsvindt.

Op de eerste bijeenkomst van de *Stuurgroep (25/06/2004)* stelt de vertegenwoordiger van De Bilzen dat de huidige concentratie aan drughulpverlening onaanvaardbaar is en dat de drughulpverlening over de hele stad moet verspreid worden. De aanwezigheid van de drughulpverlening zorgt voor overlast in de buurt. Zij hebben vooral last van drugsdealers, rondhanggedrag, verbale agressie en prostitutie door heroïneverslaafden.

De Bilzen vraagt ook om een duidelijk stedelijk beleid waarin alle problemen in de buurt aangepakt worden. Onder andere problemen worden de aanwezigheid van asielzoekers, huisjesmelkerij, sluikestort,... verstaan.

Beide verenigingen stellen heel duidelijk dat er geen bijkomende voorziening voor druggebruikers in hun wijk mag komen en dat de huidige voorzieningen moeten verkleinen en verspreid worden over andere wijken van de stad.

In *september 2004* wordt de bouwvergunning van Dagcentrum De Sleutel geweigerd. Het Dagcentrum wilde verbouwen om de huisvesting van de bestaande zorgmodules te verbeteren. Als reden voor de weigering wordt gegeven dat de verbouwing in strijd is met de wijkontwikkelingsplannen.

*9 december 2004* is er opnieuw een ontmoeting van burgemeester en schepenen met de burgers van Antwerpen Noord. Een vertegenwoordiger van de Aziatische gemeenschap stelt dat de aanwezigheid van druggebruikers, prostituees en Free Clinic een belemmering vormen voor de groei van de Aziatische handel in de Atheneumbuurt.

Schepen Grootjans stelt dat de Free Clinic slechts één vierde van haar cliënteel uit zone 2060 haalt en dat het daarom opportuun is dat Free Clinic kleinere vestigingen in andere wijken van de stad opent. De piste dat Free Clinic volledig zou moeten verhuizen wordt ook genoemd. Zaterdag 10 december kopt de Gazet van Antwerpen: “Free Clinic kan best verhuizen”. In het artikel zelf wordt deze kop gerelativeerd en wordt het afslanken van de Free Clinic op de huidige locatie en het oprichten van meerdere kleine hulpcentra verspreid over de stad als piste geformuleerd.

## verschillende visies

Niet alle bewoners kunnen zich terugvinden in de standpunten die door de bewonersverenigingen ingenomen worden. Ze hebben het dan ook moeilijk met het feit dat deze verenigingen zich voorstellen als de spreekbuis voor alle bewoners, terwijl ze slechts de mening van een deel van de bewoners vertolken. De klaagcultuur die volgens sommige buurtbewoners heerst op de bewonersbijeenkomsten, is voor hen een reden om niet te gaan. Velen vinden de buurt verzuurd en laken het feit dat de inwoners zelf geen verantwoordelijkheid meer opnemen.

“Ik ging vroeger ook wel naar de bewonersgroepen, maar nu veel minder. Het ging daar altijd over hetzelfde, zonder dat er iets opgelost werd. Veel gekanker over sluikestort, verkeerd geparkeerde auto’s,... het was meer een klachtenbank dan een vergadering. De voornaamste thema’s die aan bod kwamen, waren lawaai, sluikestort, verkeerd geparkeerde auto’s, gevonden spuiten,...Alles werd negatief gekleurd.”

“Sommigen ergeren zich aan de blikjes die de gebruikers achterlaten, maar zij zullen de mensen er niet rechtstreeks aanspreken. Ik zal het hun vriendelijk vragen en dan ruimen ze het wel op. Maar de andere bewoners willen geen eigen verantwoordelijkheid nemen, alles moet van de politie komen. De buurt is verzuurd.”

Ook *Attac-Antwerpen* reageert tegen het negatieve imago van het De Coninckplein.<sup>33</sup>

In februari 2004 organiseren de andersglobalisten van Attac-Antwerpen de Ronde van 't Noord. Met een karavaan tegen sociale uitsluiting trokken ze door de buurt.

Verder reageert Attac-Antwerpen tegen het negatieve imago van het De Coninckplein met een open brief aan de burgemeester en pers waarmee zij protesteren tegen de manier waarop politie, pers en stadsgidsen het De Coninckplein negatief voorstellen.

“Tegenover het gevoerde discours en de repressieve beleidspraktijk stellen wij een emancipatorische aanpak voor, mét de mensen die in de wijk en op het plein leven, wonen en werken. Een aanpak voor een levendig plein, waar àl haar bewoners, ongeacht hun sociale situatie en hun afkomst, zich veilig en aanvaard weten.”

Deze brief wordt door veel bewoners en sleutelfiguren uit diverse organisaties uit de buurt ondertekend.

## communicatie

De bewoners willen meer informatie over de aanwezige drughulpverlening in hun buurt. Bewoners blijken vaak helemaal niet goed op de hoogte te zijn van het aanbod en de werking van zowel het Dagcentrum De Sleutel als Free Clinic. Het gebrek aan informatie en dialoog kwam zowel in het interview, de informele gesprekken als de Stuurgroep aan bod.

“Informatie aan de burens is zo belangrijk. Free Clinic zou opener moeten zijn, het is nu heel gesloten. Het zou een deel van het geheel moeten worden in plaats van zo gesloten te zijn. Ze zouden meer informatie aan de burens moeten geven. Mensen kennen de werking niet. Ook toen De Sleutel een pand bijkocht, werden de burens niet geïnformeerd. Met als gevolg dat er protest kwam,...”

<sup>33</sup> ATTAC: Associatief netwerk voor een Taks op financiële Transacties en voor het Aansterken van de Civiele maatschappij.

---

## conclusie

Uit het onderzoek Drugs en Overlast (De Corte et al., 2004) komt naar voor dat de bevolking van de onderzochte gebieden het overlastfenomeen dominant toeschrijft aan andere maatschappelijke groepen dan de druggebruikers.

Het De Coninckplein torent echter wel uit boven de andere onderzoekslocaties in het ervaren van overlast in het algemeen en in het ervaren van drugsgerelateerde overlast.

Heel wat bewoners zien de aanwezigheid van drughulpverlening in de buurt van het De Coninckplein als een bron van overlast. De bewonersverenigingen vragen dan ook dat de huidige voorzieningen moeten verkleinen en verspreid worden over de stad.

Een ander deel van de buurtbewoners heeft moeite met het feit dat de bewonersverenigingen zich opwerpen als vertegenwoordigers van dé buurt, terwijl zij slechts de mening van een deel van de bewoners vertolken. Niet iedereen heeft immers moeite met de aanwezigheid van de drughulpverlening en de drugs-scène. Druggebruikers maken ook deel uit van de buurt en de buurtbewoners moeten leren omgaan met hun aanwezigheid.

Het feit dat sommige buurtbewoners rondhanggedrag als overlast zien, wijst toch op een zekere intolerantie in de buurt. Druggebruikers hebben immers net zo goed als elke andere burger het recht om een babbeltje te doen op straat of op een bank te zitten.

Het belang van een goede communicatie en dialoog met de buurtbewoners komt ook in dit luik naar boven en is zeker een werkpunt voor de aanwezige drughulpverlening. Door de burens te informeren en te sensibiliseren kan het draagvlak in de buurt vergroot worden.

---

## spreiding drughulpverlening in binnen- en buitenland

---

## België

In België werkt zowel het MSOC Limburg als het MSOC Gent, Waasland reeds met antennes. Vandaar dat we ook daar ons licht gingen opsteken.

### MSOC Gent, Waasland

#### antennewerking

De hoofdzetel van het MSOC ligt in Gent. Verder heeft dit MSOC twee antennes in het Waasland: één in Lokeren en één in Sint-Niklaas. MSOC Waasland is een samenwerking tussen OCMW Lokeren, CGZ Sas Lokeren, het stadsbestuur van Sint-Niklaas en meerdere welzijnsorganisaties in Sint-Niklaas. Het MSOC, dat een kleine honderd drugverslaafden uit die regio volgt, voert hiermee een beleid deze mensen een begeleiding aan te bieden dicht bij de woonplaats en met meer betrokkenheid van de lokale hulpverlening.

In '97 is het MSOC in Gent in de binnenstad opgestart en al vlug merkte men dat de cliënten niet enkel uit de binnenstad, maar van steeds verder begonnen te komen.

Er was vooral een grotere vraag vanuit Lokeren en Sint-Niklaas, dit voornamelijk dankzij de straathoekwerkers daar die de cliënten naar het MSOC toeleidden. In samenwerking met het OCMW en andere lokale partners werd er vervolgens zowel in Lokeren als Sint-Niklaas een MSOC-antenne opgericht. De motivatie hiervoor was tweeledig: men wilde de hulpverlening dicht bij de cliënt brengen en men wilde niet dat Gent een aantrekkingspool voor gebruikers zou worden.

In Lokeren zorgde het OCMW voor de huisvesting; het MSOC heeft daar een apart huis op de OCMW-campus. De permanentie is beperkt tot donderdagvoormiddag en donderdagavond.

In Sint-Niklaas heeft het MSOC een antenne uitgebouwd in het poliklinisch gedeelte van Psychiatrisch Ziekenhuis St-Hiëronymus. In beurtrol worden de psychosociale begeleidingen daar geassisteerd door CGG Delta, een maatschappelijk werker van het OCMW, het straathoekwerk en de sociale diensten van de Christelijke en Socialistische mutualiteiten. Er is eveneens assistentie van een verpleegkundige van het Wit-Gele Kruis. Dit samenwerkingsverband leidde tot een goede doorstroming naar de lokale algemene en gespecialiseerde (Delta) hulpverlening. De permanentie in Sint-Niklaas is beperkt tot donderdagnamiddag.

De intake en de opstartfase van alle cliënten gebeurt in het moederhuis in Gent. Na deze fase wordt de cliënt, indien wenselijk, naar Lokeren of Sint-Niklaas doorverwezen. Het dossierbeheer en de ambulante crisisopvang vinden plaats in Gent. Omwille van het beperkte aantal permanentieuren op de antennes, kan de cliënt op andere momenten in het moederhuis in Gent terecht.

Het integrale aanbod wordt dus gerealiseerd door de combinatie van de hoofdzetel en de antennes.

#### samenwerking met apothekers

De grootste decentralisatie binnen het MSOC Gent is de decentralisatie van de verstrekking van substitutiemiddelen door een goede en structurele samenwerking met de apothekers. Er is een structureel samenwerkingsverband met KOVAG<sup>34</sup> en de Coöperatieve. Er is een uniform registratie-

<sup>34</sup> Koninklijke Oost-Vlaamse Apothekersgilde: beroepsvereniging voor apothekers.

systeem ontwikkeld en een lijst opgemaakt van alle apothekers die bereid zijn om met het MSOC samen te werken.

Een cliënt die zich bij het MSOC aanmeldt, wordt standaard voor zijn/haar vervangmedicatie doorverwezen naar een apotheek in zijn of haar buurt. De cliënt betaalt enkel het remgeld en de rest wordt door de mutualiteit geregeld. De cliënt kan wel zelf kiezen of hij al dan niet bij deze apotheek wil gaan, maar eens er gekozen is, moet de cliënt wel bij dezelfde apotheek blijven gaan. Er wordt vervolgens een arts-clieënt-apothekerscontract opgemaakt dat door de drie partijen ondertekend wordt.

Er is een gemeenschappelijk registratiesysteem om dubbelverstrekking tegen te gaan.

Het MSOC Gent heeft 400 à 450 methadoncliënten; de grote meerderheid haalt zijn/haar methadon bij de apotheek.

Het opstarten van de methadonbehandeling gebeurt altijd in de hoofdzetel te Gent. Verder blijft de methadonverstrekking voor cliënten die moeilijker gedrag vertonen of die een intensieve opvolging nodig hebben in het MSOC plaatsvinden.

In regel drinkt de cliënt dagelijks zijn dosis op bij de apotheek, onder toezicht. Later kan dit versoepeld worden naar drie keer per week waarbij de overige dosissen meegegeven worden.

De coördinatie van de samenwerking met de apothekers vergt een grote tijdsinvestering. Bij elke nieuwe opstart wordt de apotheek geïnformeerd over cliënt en dosis. En telkens als de dosis aanpast wordt, wordt de apotheek in kwestie opnieuw verwittigd. Als er problemen zijn, kan de apotheek altijd beroep doen op het MSOC en bij discussie wordt er altijd doorverwezen naar het MSOC. Dit is contractueel bepaald.

In Oost-Vlaanderen is er een grote bereidheid bij de apothekers en door het feit dat er zoveel apothekers deelnemen, kunnen de cliënten verdeeld worden over de verschillende apothekers en zo heeft elke apotheek slechts enkele cliënten. Het voordeel is dan ook dat de apotheek de cliënt kent. De apothekers zien het als een waardering van hun beroep dat zij betrokken worden in de substitutiebehandeling. Zij wensen zich eerder als gezondheidswerker dan als winkelier te profileren.

#### organisatie van het onthaal

De cliënt krijgt koffie aangeboden in de onthaalruimte en het personeel springt regelmatig eens binnen voor een praatje. Zo krijgt de cliënt toch heel wat aandacht.

#### communicatie met buurtbewoners

Het MSOC neemt initiatieven om de buurt te informeren over de werking van hun centrum. Zo is er een woordvoerder gaan spreken op een bijeenkomst van de buurtwerking; dit had zeer positieve gevolgen. Op deze avond bleek dat mensen de werking van het MSOC helemaal niet kenden en dat hun beeld van een druggebruiker vaak niet klopte met de realiteit. Na de informatieavond stonden de mensen veel positiever tegenover het MSOC.

Een andere belangrijke factor in het onderhouden van een goede relatie met de buurt is het feit dat het Stedelijk Beleid de klachten die geformuleerd werden door bewoners goed opgevangen heeft en er daadwerkelijk gevolg aan gegeven heeft.

#### crisisconvenant

Het crisisconvenant is een belangrijke realisatie van de samenwerking tussen verschillende partners die tegemoet komt aan een duidelijke nood.

In 1998 kwam, op initiatief van het MSOC, een convenant acute spoed- en crisisopvang voor verslaafden aan illegale drugs tot stand. Dit convenant voorziet in een samenwerking tussen de drie spoedopnames, de lokale actoren in de drughulpverlening, psychiatrische afdelingen voor verslavingszorg en thuislozenzorg.

Het convenant staat voor onmiddellijke opvang, 24 uur op 24, voor elk soort crisis- of spoedprobleem dat zich stelt voor drugverslaafden in de regio. Zowel thuislozenzorg, algemene psychosociale crisisopvang, psychiatrische opnames, opnames in de drughulpverlening en somatische zorg kunnen geboden worden.<sup>35</sup>

#### **zorgcircuit**

In Oost-Vlaanderen is sinds 2000 een werkgroep van praktijkwerkers, directieleden, beleidsmensen en onderzoekers betrokken bij de voorbereiding en begeleiding van de implementatie van een zorgcircuit middelenmisbruik.

Het is de bedoeling dat de verschillende zorgvoorzieningen zich organiseren in een zorgcircuit zodat gezamenlijk een passend antwoord op de behoeften van de cliënt gezocht kan worden. Circuitvorming is een vorm van zorgvernieuwing die tegemoet kan komen aan de complexe en meervoudige problematiek van druggebruikers en aan de versnippering van en het gebrek aan afstemming en coördinatie binnen het zorgaanbod.<sup>36</sup>

#### **MSOC Limburg**

De hoofdzetel van het MSOC Limburg ligt in Genk. Daarnaast heeft het MSOC regionale kantoren of antennes in 9 gemeenten: namelijk Lommel, Neerpelt, Lanaken, Maasmechelen, Hasselt, Beringen, Heusden-Zolder, Sint-Truiden en Tongeren.

#### **antennewerking**

De motivatie om met een antennewerking voor het MSOC Limburg te beginnen, was in de eerste plaats een betere bereikbaarheid voor de cliënten. In de tweede plaats kwam daar bij dat de burgemeester niet wou dat Genk de spons voor heel Limburg zou worden; met name dat niet alle druggebruikers naar Genk zouden moeten komen voor hulp.

Er is een centraal intakestelsel in Genk en in Hasselt. Dit wil zeggen dat de cliënt daar één keer op gesprek komt voor een uitgebreide anamnese bij de hulpverlener en vervolgens doorverwezen wordt naar de antenne in zijn/haar buurt.

In de centrale verstrekking in Genk komen ongeveer 70 mensen per dag. Er zijn drie verstrekkingmomenten: 1 uur in de voormiddag, 1 uur in de namiddag en 1 uur in de avond en dit gedurende 5 dagen per week. Er wordt gewerkt met een beloningssysteem: cliënten die zich houden aan de afspraken kunnen in de regeling komen dat ze slechts drie keer per week hun methadon moeten komen halen (maandag, woensdag en vrijdag) en dat ze de andere doses meekrijgen.

De antennes zijn op de meeste locaties gehuisvest in een lokaal van het OCMW en op een aantal plaatsen werken de medewerkers van het OCMW ook mee als tweede hulpverlener.

<sup>35</sup> Jaarverslag MSOC Gent, 2003

<sup>36</sup> Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V., Van Bouchaute, J., Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12.), Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2001.

Een goed uitgebouwd computernetwerk is van cruciaal belang voor een goede communicatie en informatiedoorstroming als je met verschillende antennes werkt. Het MSOC Limburg heeft een netwerk ontwikkeld, met een centrale agenda en centrale cliëntendossiers. Deze informatie kan in elke antenne geopend en aangepast worden.

#### **samenwerking met apothekers**

In Limburg loopt de samenwerking voor de verstrekking van methadon met de apothekers niet zo goed. Slechts een beperkt aantal cliënten haalt zijn methadon bij de apotheek. De belangrijkste reden hiervoor is dat de prijzen bij de apothekers erg variëren en dat het voor de cliënten vaak echt te duur is. Er is onderhandeld met de apothekers, maar het is nooit tot een overeenkomst gekomen.

In de gemeenten Tongeren, Bilzen, Heusden en Noord-Limburg wordt er wel via het apothekerssysteem gewerkt.

#### **onthaal en verstrekking**

De centrale verstrekking gebeurt in een groot lokaal, de verpleegkundige (eerste verstrekker) zit tussen de cliënten en er is altijd een tweede hulpverlener (tweede verstrekker) aanwezig. Deze tweede persoon houdt zich vooral bezig met de groep en legt contact met de cliënten. Er is veel aandacht besteed aan een comfortabele en gezellige inrichting van deze ruimte. De cliënten kunnen er koffie drinken, lezen, een gezelschapsspel spelen,... Verder hangen er berichten uit de actualiteit tegen de muur en is er de mogelijkheid om samen met een hulpverlener op het internet te surfen. Dit laatste gebeurt vaak in functie van het zoeken naar werk. Regelmatig worden er ook activiteiten georganiseerd, zoals een barbecue of een picknick.

In het MSOC Limburg wordt veel belang gehecht aan de psychosociale begeleiding. Lou Vinken (coördinator MSOC Limburg) drukt dit belang als volgt uit: "Als je enkel aan methadonverstrekking doet, kan je net zo goed een methadonautomaat hangen. Wij trachten toch enige verbetering in de levenskwaliteit van onze gasten te brengen."

Elke cliënt heeft een vaste begeleider en hij/zij moet minimum één gesprek per drie maand hebben. Sommige cliënten komen met periodes dagelijks op gesprek, anderen wekelijks, nog anderen maandelijks,....

Er is vast personeel voor de antennes. Centraal worden via de MUS<sup>37</sup> alle doses methadon klaargemaakt en die gaan dan mee naar de antennes. Per antenne zijn er een aantal gemandateerde<sup>38</sup> huisartsen die daar consultatie houden. Door te werken met verschillende dokters krijg je een verbreding van het veld, een verbreding van de expertise en een stevige lokale inbedding.

#### **communicatie met buurtbewoners**

De opening van het verstrekkinglokaal in Hasselt zorgde voor veel commotie bij de buurtbewoners. De buurt startte een petitie met als titel: "geen drugscentrum in onze buurt". Het desbetreffende centrum was in eerste instantie stilzwijgend opgestart. Nadien werd er een brief opgestuurd naar alle bewoners met uitleg over de werking van het MSOC en de telefoonnummers van con-

<sup>37</sup> MUS: Methadon Uitgifte Systeem: een computergestuurd systeem om methadon te verstrekken.

<sup>38</sup> Gemandateerde huisarts: een huisarts die het mandaat krijgt van zijn huisartsenkring om met de lokale drugverslaafden te werken en waar de andere huisartsen zich engageren om drugverslaafden die hun praktijk frequenter, door te verwijzen voor hun drugprobleem naar de gemandateerde arts. De gemandateerde arts behandelt in principe alleen de druggerelateerde problemen en verwijst voor de overige problemen terug naar de huisarts. De gemandateerde arts wordt ofwel gecontracteerd door het MSOC ofwel is er een samenwerkingsverband.

tactpersonen die ze kunnen contacteren in geval van overlast. Het MSOC ging ook aan tafel zitten met de buurtbewoners. De buurtbewoners hadden klachten over mensen die in hun portaal-tjes gingen zitten om te gebruiken en rondhanggedrag. Bij klachten schakelt het MSOC een straathoekwerker in: deze gaat praten met de burens en de gebruikers en probeert tot op een oplossing te komen..

In en rond het centrum wijst het personeel de cliënten ook op hun verantwoordelijkheid. Als er iets gebeurt, wordt er actief tussengekomen en als het echt te erg wordt, wordt de politie ingeschakeld.

De antennewerking kan ook gebruikt worden om te sanctioneren. Als iemand gedrag stelt dat echt niet door de beugel kan, kan die persoon voor een bepaalde tijd (time out) doorgestuurd worden naar een andere antenne.

#### **zorgcircuit**

In Limburg is er al geruime tijd (sinds de jaren '90) een lokaal cliëntenoverleg waar alle partners aan deelnemen. Verder is er een provinciaal zorgcircuit: LIZOM (Limburgs Zorgcircuit Middelven) en een apart zorgcircuit voor Hasselt. Op deze bijeenkomsten worden de noden en behoeften van de drughulpverlening en de cliënt besproken. Er worden structurele afspraken gemaakt en er wordt beleidsadvies geformuleerd. Via deze overlegstructuren is het mogelijk heel kort op de bal te spelen en noden onmiddellijk te signaleren.

Limburg heeft een gedifferentieerd drughulpverleningaanbod. Er zijn voldoende modules om tegemoet te komen aan de verschillende noden van de cliënten.

## **Nederland**

In Nederland gaan de meeste gemeenten uit van een spreidingsbeleid ten aanzien van ongewenste voorzieningen vanuit de filosofie dat elke wijk mee moet delen in de problemen van haar gemeente.

We bezochten drie laagdrempelige drughulpverleninginitiatieven in drie verschillende gemeenten: de Ambulante Verslavingszorg Groningen (AVG), de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) in Amsterdam en Centrum Maliebaan (CM) in Utrecht.

In alledrie de bezochte steden was er een uitgebreid aanbod aan laagdrempelige drughulpverleninginitiatieven. Er zijn inloopcentra, gebruiksruidten, dagopvang, verschillende vormen van nachtopvang,... Dit aanbod is opmerkelijk uitgebreider dan in België. Ook de personeelsbezetting in de bezochte centra was opmerkelijk groter dan in België. Voor de druggebruikende Nederlander zijn er dan ook heel wat alternatieven voorhanden, die er in België niet zijn. Dit schept een heel andere uitgangssituatie. Als de politie in Nederland iemand betrapt op openbaar gebruik, wordt die gebruiker naar een gebruiksruidte doorverwezen. In België beperkt de aanpak zich meestal noodgedwongen tot een repressief optreden bij gebrek aan alternatieven. De ruimere personeelsbezetting in de centra creëert uiteraard ook meer mogelijkheden voor een goede psychosociale ondersteuning, begeleiding en opvolging.

### **Ambulante Verslavingszorg Groningen**

De Ambulante Verslavingszorg Groningen (AVG) maakt deel uit van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN). De Ambulante Verslavingszorg Groningen verstrekt momenteel op 5 plaatsen methadon aan een totaal van ongeveer 800 cliënten.

#### **antennes**

##### *geschiedenis<sup>39</sup>*

Halverwege de jaren tachtig was er enkel een methadonpost op één locatie, met een caseload van ongeveer honderd cliënten. Deze methadonpost was vlakbij de open drugscène gelegen. Er kwamen heel wat klachten van overlast en er werd uitgekeken naar een tweede locatie. Toen deze was gevonden en de verbouwing reeds gestart, kwam de betrokken buurt in opstand en zwichtte de Gemeente. Als alternatief voor een tweede verstrekkingpunt werd een bus aangeschaft en voor methadonverstrekking ingericht. Deze bus deed op vaste tijdstippen verschillende wijken aan. Dit systeem werd na verloop van tijd verlaten, onder meer door het gegeven dat dealers per auto de bus naar de verschillende halteplaatsen volgden en zo hun klanten gemakkelijk konden treffen. Vanaf dat moment werd de bus als tweede verstrekkingpunt op een vaste plek gebruikt. Deze verstrekking vond op hetzelfde tijdstip plaats als de verstrekking op de eerste locatie, zodat het volgen door dealers verleden tijd werd.

Verder differentieerde men de dagelijkse verstrekking naar een verstrekkingssysteem van drie keer per week, twee keer per week en één keer per week methadon ophalen. De differentiatie gebeurde op basis van de individuele situatie van de cliënt en had als gevolg dat het aantal mensen dat per dag kwam, daalde.

<sup>39</sup> Gebaseerd op interview en interne documenten van AVG.

In het begin van de jaren negentig werd de ervaren overlast op de beide verstrekkingpunten zo groot dat er een discussie op gang kwam over een verdere spreiding van het aantal verstrekkingpunten.

Het toenemende cocaïnegebruik speelde zeker een rol in de toename van storend gedrag van de gebruikers.

Er werd beslist dat het AVG twee nieuwe verstrekkingposten zou openen om de methadonverstrekking verder te decentraliseren.

Eind 1994 startte de AVG samen met de Gemeente Groningen de communicatie met de eerste buurt waar ze een nieuwe verstrekkingpost wilden openen. Dit riep bij de buurtbewoners zeer sterke reacties en demonstraties op. Er werd een vertrouwenscommissie van vertegenwoordigers van de buurt en gemeente opgericht. Deze commissie formuleerde een aantal condities waaronder een verstrekking toch zou kunnen starten. Ook werd er het alternatief geformuleerd om via de apotheek te verstrekken.

En zo begon men in 1995 met een derde verstrekkingpost. Men startte met een caseload van vijftig cliënten, met de mogelijkheid tot uitbreiding naar honderd cliënten als het volgende verstrekkingpunt was gerealiseerd en de situatie rond de verstrekkingpost beheersbaar was gebleken.

De discussie over de tweede nieuwe verstrekkingplaats werd met twee buurten gevoerd met inspraakavonden en sterke tegenstand. Tenslotte werd er dan gekozen voor een verstrekking via de bus op een vaste standplaats voor honderd personen. De buurtbewoners zijn zich nog jaren via juridische procedures blijven verzetten.

De formule van de verstrekking via de apotheek werd uitgebreid naar achttien apothekers die elk tien methadoncliënten voor hun rekening namen.

Als vijfde locatie verstrekt het AVG in het Groningse dagbestedingcentrum "het 12e Huis" en krijgt een klein aantal cliënten methadon verstrekt bij het Heroïneproject<sup>40</sup>, dat zich op een aparte locatie bevindt.

De intake en het opstarten van het programma gebeurt in de centrale vestiging. Vervolgens worden cliënten toegewezen aan een locatie dicht in de buurt waar ze wonen. Als de cliënt echter liever niet in zijn buurt in het methadonprogramma stapt, kan de cliënt ook aan een locatie naar keuze toegewezen worden.

In de stad Groningen is de spreiding daarmee redelijk gerealiseerd. Het heeft ongeveer vijf jaar geduurd om de verstrekking zo ver uit elkaar te krijgen en te differentiëren en dit is ook alleen maar gelukt doordat de Gemeente een duidelijke positie innam en maatregelen trof.

Het AVG evalueert het spreidingsbeleid positief. De positieve effecten van de spreiding zijn:

- intensifiëring van de zorg door te werken in kleinere vestigingen,
- daling van de overlast,
- de werknemers hebben meer tijd voor de individuele cliënt en er zijn minder agressie-incidenten.

Toch is er tot op heden nog steeds overlast bij de eerste verstrekkingpost, die zich dicht bij de drugscene bevindt. De plek blijft bekend staan als een plaats waar veel druggebruikers komen en blijft zo dealers aantrekken. <sup>41</sup>

<sup>40</sup> Medisch gecontroleerde heroïneverstrekking aan zwaarverslaafden

<sup>41</sup> Biesma, S., Bieleman, B., Hoe verstrekt de parkallee. Evaluatie van de verstrekking van methadon aan de Parkallee te Groningen, Groningen/Rotterdam: Intravel, 1998.

### Samenwerking met apothekers

Er is een protocol opgestart met de Groninger Apothekersgenootschap. De stabielere cliënten worden doorverwezen naar de apothekers. De cliënten die in aanmerking komen voor verstrekking via de apotheek moeten aan bepaalde voorwaarden voldoen. Bovendien geeft het AVG een terugkeergarantie; dit wil zeggen dat als het fout loopt, de cliënt terug in het programma bij AVG opgenomen wordt.

Elke apotheek krijgt 10 cliënten. Er zijn 18 apothekers die meewerken en zo krijgen 180 cliënten hun methadon bij de apotheek. De cliënt haalt zijn recept op bij het AVG, een kopie van dit recept wordt gemaïld of gefaxt naar de apotheek. Voor de apotheek is het ook financieel voordelig om methadon te verstrekken. De apotheek stuurt de rekeningen naar de AVG, AVG rekent dit door aan het zorgkantoor.

### Communicatie met buurtbewoners

De Gemeente Groningen heeft een belangrijke rol gespeeld in het creëren van voldoende draagvlak bij de buurtbewoners wanneer er een ongewenste voorziening geplaatst wordt.

In "Operatie Achtertuin" <sup>42</sup> geeft de gemeente Groningen een aantal praktische tips voor het vinden van locaties voor omstreden voorzieningen. Deze tips zijn geschreven op basis van de ervaringen die de gemeente Groningen opdeed vanaf 1998 in het kiezen van een locatie voor volgende vijf omstreden voorzieningen voor dak- en thuislozen en drugverslaafden: nachtopvang, heroïneverstrekking, woontraining, methadonpost en gebruikruimte. In Groningen besloot men deze vijf voorzieningen in één grote operatie te plaatsen. Elke buurt kreeg slechts één organisatie. Van bij de aanvang werden alle relevante partijen betrokken bij het project en heeft de communicatie hieromtrent zo zorgvuldig mogelijk plaatsgevonden.

De gemeente Groningen stelt volgende praktische tips als een belangrijke voorwaarde voor het op een open en zorgvuldige manier betrekken van wijkbewoners bij het realiseren van omstreden voorzieningen in de wijk.

### 10 tips

#### 1\_ Plaats omwonenden niet voor voldongen feiten.

Het is heel belangrijk om op voorhand te proberen voldoende draagvlak te verwerven bij de buurtbewoners en de betrokken in een vroeg stadium te betrekken.

#### 2\_ Neem de projecten in samenhang.

Als je aan de bevolking duidelijk maakt dat er een aantal voorzieningen sowieso moeten komen en dat deze verspreid worden over de hele stad, zal de burger er eerder begrip voor hebben dat in zijn achtertuin een voorziening komt die eventueel hinder met zich meebrengt.

#### 3\_ In het vooroverleg zijn mensen meer bereid om te luisteren.

Het is heel belangrijk om mensen in het vooroverleg meer informatie te geven over het beleid ten aanzien van drugverslaving en over de werkwijze van de verschillende organisaties. Mensen zijn veel meer bereid te luisteren naar een argumentatie, als deze nog niet onmiddellijk gelinkt is aan het plaatsen van een voorziening in hun buurt.

<sup>42</sup> Schooten van, A., Operatie Achtertuin, Groningen: gemeente Groningen, Dienst OCSW, 2003.

#### *4\_ Geef emoties de ruimte.*

Je moet goed naar mensen willen luisteren en ruimte geven aan emoties. Je mag zeker de nadelen van een organisatie niet minimaliseren.

#### *5\_ Maak duidelijk waar de inspraak over gaat.*

Het is ontzettend belangrijk om helder te communiceren over wat het gaat. Zo kan je maar best van in het begin duidelijk stellen dat die voorzieningen er sowieso moeten komen. En dat er alleen over de beste locatie en het op een verantwoorde wijze implementeren van die voorziening kan gediscussieerd worden.

#### *6\_ Zorgvuldigheid is van het grootste belang.*

Buurtbewoners zijn soms erg wantrouwend. Je moet daarom alles checken en dubbel checken. Het feit dat je één bewoner vergeet uit te nodigen, kan al grote consequenties hebben.

#### *7\_ Vorm een begeleidingscommissie.*

Vorm een begeleidingscommissie waarin onder andere omwonenden, politie en vertegenwoordigers van de betreffende voorziening zetelen. Mensen uit de buurt kunnen in de commissie aangeven waar de risico's liggen en hoe deze het best kunnen worden beperkt. Zo creëer je draagvlak en bouw je krediet op bij bewoners.

#### *8\_ Nazorg hoort erbij.*

Je mag niet stoppen zodra de voorziening geopend is. Het is van cruciaal belang aandacht te blijven schenken aan de sociale acceptatie in de omgeving. Een goed middel hiervoor is bijvoorbeeld het organiseren van opendeurdagen.

#### *9\_ Zorg voor een flink budget.*

Er kruipt veel tijd en dus geld in deze manier van werken.

#### *10\_ Overlast gezamenlijk aanpakken.*

Je mag de beperking van de overlast niet uitsluitend overlaten aan de politie. Het is belangrijk dat de voorziening zelf zich ook verantwoordelijk voelt voor de omgeving en dat er daadwerkelijk iets gebeurt met de klachten die geformuleerd worden.

### **Centrum Maliebaan Utrecht**

Centrum Maliebaan in Utrecht heeft 14 afdelingen en ongeveer 300 methadoncliënten. De methadonverstrekking in Utrecht is onlangs grondig herzien. Er is een projectplan methadonteam ontworpen. De methadonverstrekking in Centrum Maliebaan staat voor een sterk outreachende benadering en wil op korte termijn de grootschalige verstrekking via de busprogramma's afbouwen en evolueren naar kleinschalige verstrekkingen op locatie, waarbij de zorg voor de cliënt centraal staat.

#### **verstrekking op locatie**

*geschiedenis*<sup>43</sup>

Het grootste deel van de methadonverstrekking gebeurde via de methadonbus. De laatste jaren

<sup>43</sup> Gebaseerd op interview en interne documenten CM.

kwam er echter in toenemende mate kritiek op het methadonprogramma. De kwaliteit van deze sociaal medische zorg was afgenomen. Men wilde het massale busprogramma omzetten in een meer individueel gericht zorgaanbod waarin de zorg voor de cliënt voorop staat. Een gevolg van dit streven is dat door werkers zoveel mogelijk outreachend, op locatie gewerkt gaat worden. De ontwikkelingen in de stad Utrecht vormden eveneens een reden om de methadonverstrekking te herzien. Er is in toenemende mate aandacht voor een groep dak- en thuislozen waarvan naar schatting zestig procent harddrugverslaafd is. Met de komst van de zorgcentra (gebruiksruimten) en de 24-woonvoorzieningen voor dakloze druggebruikers (hostels) is een belangrijke inhaalslag met betrekking tot zorg voor deze doelgroep gemaakt.

#### *methadon verstrekking op bestaande locaties: in hostels en zorgcentra*

Op dit moment wordt in drie hostels verstrekt. In de nabije toekomst wil men dit uitbreiden met verstrekking in de nieuwe nog te realiseren hostels (5), panden van het begeleid wonen (tussen-voorziening) en opvangvoorzieningen (CMO).

Naast het verstrekken in woon- en opvangvoorzieningen wil Centrum Maliebaan ook methadon verstrekken in de zorgcentra (gebruiksruimten). Deze zorgcentra zijn sinds kort ook 24 uur per dag open en bieden naast de mogelijkheid om te gebruiken, een heel gamma aan mogelijke zorg.

#### *methadon verstrekking in eigen omgeving*

In het projectplan wordt ook de piste om methadon te verstrekken in eigen omgeving opgenomen. Hierbij wordt de cliënt thuis opgezocht en krijgt deze in eigen omgeving methadon verstrekt. De thuisverstrekking is bedoeld voor mensen die niet in de zorgcentra en niet in de hostels komen. Meerwaarde bij deze vorm van verstrekken is het feit dat je door de cliënt in eigen omgeving te bezoeken, een beter zicht op zijn/haar situatie kan krijgen, een blik achter de schermen als het ware, en je op die manier adequater zorg kan verstrekken.

#### *methadonbus*

De grootschalige verstrekking die in de drie busprogramma's plaatsvond, zal worden afgebouwd zodat deze in 2006 kan beëindigd worden. In juni 2004 werd het eerste busprogramma reeds afgebouwd, door deze cliënten te heroriënteren naar de andere busprogramma's en door te verstrekken in drie hostels.

#### *centrale intake*

Centrum Maliebaan staat niet achter het idee van een centrale intake. In het kader van laagdrempeligheid kan je cliënten beter niet dwingen om naar één bepaalde plaats te komen.

#### *belang van psychosociale ondersteuning*

In de visie van Centrum Maliebaan wordt veel aandacht besteed aan psychosociale en psychotherapeutische interventies. Medicamenteuze interventies moeten een onderdeel zijn van een geïntegreerde benadering waarvan eveneens psychosociale en psychotherapeutische interventies deel uitmaken. Net zoals bij een depressie kan medicatie een ondersteunde rol in de behandeling vervullen, maar een medicamenteuze interventie alleen leidt zelden tot het gewenste effect.

Het is de bedoeling dat elke methadoncliënt op termijn een persoonlijke casemanager heeft.

#### *overlast*

Naast het bieden van zorg op maat door te gaan verstrekken op locatie, beoogt het Centrum

Maliebaan ook de vermindering van overlast. In de huidige situatie worden cliënten namelijk gedwongen om aanwezig te zijn gedurende de beperkte verstrekkingstijd. Op die manier wordt de problematiek op een specifieke plaats en een bepaald moment geconcentreerd. Centrum Maliebaan stelt zich dan ook de vraag of ze op die manier niet zelf de overlast in de hand werkt.

Door het grote zorgaanbod voor gemarginaliseerde druggebruikers in Utrecht, kan de politie ook effectiever optreden in geval van problemen. Waar gebruikers vroeger verjaagd werden, kunnen ze nu worden doorverwezen naar de zorgcentra en de hostels. Een situatie die zowel de gebruiker als de burger ten goede komt.

#### **communicatie met buurtbewoners**

Bij de opening van hostels was er veel oppositie van de burens. De Gemeente nam de beslissing van de locatie van de hostels. Er werden geen inspraakavonden gehouden. De beslissing om hostels te openen lag sowieso vast en lag niet meer ter discussie. Wel werden er informatie-avonden gehouden. De hostels worden verspreid over heel de stad.

Het creëren van een draagvlak bij de bevolking is een proces van jaren. Het is heel belangrijk dat het gemeentebestuur de zorg voor verslaafden en/of het bestrijden van overlast als prioriteit instelt en dat zij daar ook de nodige middelen tegenover stellen.

### **Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam**

De Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam (GG&GD) is een openbare gezondheidsdienst die de methadonverstrekking aan ongeveer 1200 cliënten voor haar rekening neemt.

#### **decentralisatie**

Amsterdam is een voorstander van een decentralisatie-beleid.

De methadonverstrekking gebeurt vanuit de methadonbus die drie verschillende standplaatsen aandoet en vanuit de vier wijkposten in de poliklinieken. De methadonbus is een instrument van decentralisatie: men wil zorg toe dienen in de wijk waar de gebruiker woont.

#### *verstrekking op locatie*

GG&GD verstrekt ook vanuit de verschillende organisaties van maatschappelijke opvang. De artsen van GG&GD houden er ook spreekuur.

#### **samenwerking met huisartsen**

GG&GD startte in 1983 een consultatieproject voor zittende huisartsen. Huisartsen van GG&GD geven cursussen aan andere huisartsen zodat deze ook methadon kunnen voorschrijven. Zo kan de patiënt bij een generalist terecht in plaats van bij een specialist. De bedoeling is om patiënten zoveel mogelijk bij generalisten te laten behandelen. De patiënten zijn hier zelf ook voorstander van. Getuige hiervan zijn de acties die de gebruikersverenigingen hielden waarbij ze volgende slogans bezigden: "maak de hulp gewoon" en "gewoon je methadon bij je huisarts". Patiënten die geëmancipeerd zijn, komen liever in het gewone circuit terecht.

Patiënten doorverwijzen naar huisartsen is een decentralisatie-instrument; het is een effectief middel om niet teveel cliënten op één plek te krijgen.

In Amsterdam zijn er ongeveer 2500 methadoncliënten, waarvan de helft via de huisarts metha-

don verstrekt krijgt. Het zijn vooral de meer gestabiliseerde patiënten die naar de huisartsen doorverwezen worden.

#### **communicatie met buurtbewoners**

Het stadsbestuur van Amsterdam heeft een convenant gemaakt in verband met het openstellen van een niet-welkome voorziening. In dat convenant staat dat als niemand een voorziening wil, het gemeentebestuur een plaats zal aanwijzen. Dit gebeurt wel onder strikte voorwaarden. Zo wordt er een begeleidingscommissie ingesteld, en worden de overlastklachten geregistreerd. Als een bewoner kan aantonen dat de overlast toeneemt, wordt de voorziening gesloten. Eerst wordt er een informatiebijeenkomst georganiseerd. Traditioneel krijg je dan veel reactionaire reacties. Het plan wordt ontvouwd. De Begeleidingscommissie wordt ingesteld met vertegenwoordigers uit de buurt, de politie, openbare werken, patiënten,...Het is heel belangrijk dat er mensen in zetelen die ook daadwerkelijk iets kunnen doen aan de eventuele problemen. De Gemeente moet ervoor zorgen dat de buurt baat heeft bij het openen van die voorziening door te investeren in betreffende buurt.

---

## conclusie

We kunnen heel wat leren uit de ervaringen die andere steden hebben opgedaan in het spreiden van de drughulpverlening.

We zetten de belangrijkste bevindingen nog even op een rijtje:

- 1 Spreiding wordt positief geëvalueerd door zowel druggebruikers, hulpverlening als buurtbewoners.
  - 2 Door formele samenwerkingsverbanden met huisartsen en apothekers te ontwikkelen, kan je de methadonverstrekking decentraliseren.
  - 3 Het is belangrijk om voldoende laagdrempelige hulpverleninginitiatieven op te zetten zodat de gebruiker voldoende alternatieven heeft en er zorg op maat kan geboden worden.
  - 4 Druggebruikers hebben nood aan een multidisciplinaire aanpak; medische zorg moet gepaard gaan met psychosociale ondersteuning.
  - 5 De hulpverlening mag niet ondergeschikt worden aan de overlastbestrijding.
  - 6 Het is van groot belang veel aandacht te besteden aan het creëren van draagvlak bij de buurtbewoners.
  - 7 De gemeente moet een duidelijke positie innemen wanneer het gaat om het openen van niet-gewenste voorzieningen.
  - 8 Er moeten voldoende financiële middelen vrijgemaakt worden om een effectieve spreiding te realiseren.
- 

## aanbevelingen en acties

---

Gebaseerd op de resultaten van het onderzoek geven wij in dit hoofdstuk een aantal belangrijke aanbevelingen om tot een herorganisatie van de drughulpverlening in de Antwerpse Atheneumbuurt te komen die voor alle betrokken partijen positief is.

We zetten deze aanbevelingen ook om in concrete te ondernemen acties.

Wij hopen dat er voor de uitvoering van deze aanbevelingen een constructief overleg plaatsvindt tussen de betrokken actoren en het stadsbestuur van Antwerpen.

## **aanwezigheid drughulpverlening in nabijheid doelgroep**

Het is van cruciaal belang dat de drughulpverlening aanwezig is in de nabijheid van haar doelgroep. Het is duidelijk dat er in de Antwerpse zone 2060 heel wat druggebruikers wonen. Dit zagen we ook weerspiegeld in de cijfers van de verblijfplaatsen van het cliënteel van zowel Free Clinic als Dagcentrum De Sleutel. Vanuit de drie invalshoeken werd er gewezen op het belang van de aanwezigheid van de drughulpverlening in zone 2060. Door aanwezig te zijn in de nabijheid van de doelgroep, verkleint de geografische en de psychologische afstand voor de cliënt.

We raden een volledige delocalisatie, waarbij of Free Clinic of Dagcentrum De Sleutel of beide volledig verdwijnen uit zone 2060, ten stelligste af. Beide organisaties hebben namelijk een groot aantal cliënten die afkomstig zijn uit deze buurt. Beide organisaties bereiken een verschillende doelgroep en zijn aan elkaar complementair. Wij vinden het dan ook noodzakelijk dat beide organisaties een (deel)werking in deze buurt blijven behouden. Indien men delocalisatie koppelt aan een repressief optreden t.a.v. de aanwezige druggebruikers op het De Coninckplein zal dit tot een verschuiving van het probleem naar een andere wijk in de stad leiden. Op die manier wordt er niets aan de onderliggende problemen gedaan en wordt het leven van de druggebruiker nodeloos aangetast. Wij hopen dan ook dat er niet voor een kortetermijnoplossing gekozen wordt, maar dat er werk gemaakt wordt van een geïntegreerd beleid.

---

### **actie**

Wanneer er voor Free Clinic toegewerkt wordt naar een opsplitsen in kleinere eenheden (zie verder) is het noodzakelijk daarbij een vestiging te behouden in zone 2060 en meer bepaald in de nabije omgeving van het De Coninckplein.

---

## **uitbouwen kleinere deelwerkingen**

### **Dagcentrum De Sleutel**

Het starten van kleinere voorzieningen voor het Dagcentrum De Sleutel komt in dit onderzoek niet naar voor als prioriteit.

Het opstarten van kleinere voorzieningen verspreid over de stad zou als voordeel hebben dat de bereikbaarheid voor de cliënten stijgt en dat een aantal cliënten niet meer zou geconfronteerd worden met de drugscène. Twee valabele argumenten, maar als we de huidige problemen in Free Clinic bekijken, is het wel duidelijk dat de opsplitsing van Free Clinic de absolute prioriteit verdient.

Cliënten van Dagcentrum De Sleutel zijn veelal tevreden over het hulpverleningsaanbod. Bij het personeel leeft er ook geen duidelijke nood aan een herziening van de werking. Buurtbewoners hebben weinig last door de werking van het Dagcentrum. De druggebruikers die op het De Coninckplein rondhangen, zijn voornamelijk cliënten van Free Clinic.

De beleidsfiguren van De Sleutel zijn voor een deconcentratie van de drughulpverlening, op voorwaarde dat dit in samenwerking met Free Clinic gebeurt.

Op grond van de resultaten van dit onderzoek vinden wij echter geen aanwijzingen voor de meerwaarde voor het samen opstarten van antennes. Wij denken dat een juridische samenwerking een werk van lange adem is en dat hier jaren van voorbereiding aan vooraf moeten gaan. We denken hier dan aan het uitwerken van een gemeenschappelijke visie, werkwijze,...

Wij sluiten geenszins uit dat een samenwerking via antennes op termijn geen meerwaarde kan betekenen, maar deze piste lijkt in de huidige situatie niet tegemoet te komen aan de noden van zowel gebruikers als hulpverleners. Bovendien is een eerste voorwaarde voor een juridische samenwerking de bereidheid van beide partijen, en Free Clinic ziet de samenwerking voorlopig liever beperkt tot een betere samenwerking op de werkvloer, en niet op bestuursniveau.

Wij zien de huidige diversiteit binnen de drughulpverlening als een positief gegeven. De verschillende werkingen hebben hun eigen visie en profiel en bereiken een verschillende doelgroep. Wij twifelen dan ook aan de meerwaarde van een juridische samenwerking in de huidige situatie en zien meer heil in het oprichten van een zorgcircuit voor de hele Antwerpse (drug)hulpverlening. Meer hierover vindt u in aanbeveling vier.

### **Free Clinic**

Het is duidelijk dat de huidige caseload van Free Clinic te groot is voor één locatie.

De cliënten hebben behoefte aan meer individuele aandacht en ondersteuning. Met de huidige caseload is het voor het personeel erg moeilijk om een persoonlijke band aan te gaan met de cliënten en hen voldoende tijd en aandacht te geven. Het is haast onmogelijk om alle cliënten zelfs nog maar bij naam te kennen door de huidige grootte van de organisatie. De cliënten kaarten dan ook terecht het anonieme karakter van de hulpverlening aan. De meeste cliënten van Free Clinic zijn mensen die geen sociaal netwerk hebben. Voor deze cliënten zijn de contacten met de hulpverleners soms hun enige vorm van sociaal contact buiten de scène. Door het grote personeelsbestand van Free Clinic is het voor de cliënt moeilijk een vertrouwd aanspreekpunt te vinden. Voor een goed behandelingsresultaat is het aangaan van een persoonlijke band met de cliënt essentieel. Daarom is het van groot belang dat Free Clinic meer investeert in de psychosociale ondersteuning van de cliënten. Het opsplitsen van de organisatie in kleinere eenheden zal zeker een positieve impact hebben op de kwaliteit van de hulpverlening en zal het aangaan van een hulpverleningsrelatie vergemakkelijken. De deelwerkingen van Free Clinic worden best verspreid over de stad. Gebruikers worden liefst in de buurt van hun verblijfplaats geholpen en worden liever niet geconfronteerd met de drugscène.

Het personeel van Free Clinic is niet tevreden met de huidige gang van zaken, ook zij missen de band met het cliënteel en hebben het moeilijk met het regelmatig voorvallen van verbale agressie die soms ook in fysieke agressie uitmondt. Een opsplitsing in kleinere deelwerkingen verspreid over de stad komt tegemoet aan de wensen van het personeel.

De buurtbewoners zien de aanwezigheid van Free Clinic als een bron van overlast. Zij hebben het vooral moeilijk met het rondhanggedrag van de gebruikers en de verbale en fysieke agressie. De buurtbewoners vragen uitdrukkelijk om een spreiding van de drughulpverlening over de stad. We kunnen verwachten dat de overlast in zone 2060 zal dalen bij een spreiding van de drughulpverlening. Toch lijkt het onwaarschijnlijk dat de drugscene volledig zal verdwijnen tengevolge van het spreiden van de drughulpverlening. De Atheneumbuurt is immers al jaren het centrum van drughandel en heroïne prostitutie, en dit lang voordat Free Clinic zich in deze buurt vestigde.<sup>44</sup>

Een betere hulpverlening kan onrechtstreeks wel een positieve invloed hebben op het voorkomen van overlastgevend gedrag. Hoe beter men de gebruiker bereikt en hoe nauwer het zorgaanbod aansluit bij de behoeften van de gebruiker, hoe meer kans er bestaat dat deze persoon er in slaagt meer kwaliteit in zijn/haar leven te brengen op de verschillende levensdomeinen.

---

#### **actie**

Opsplitsing Free Clinic in kleinere eenheden.

Het is moeilijk om deze aanbeveling te operationaliseren omdat we geen idee hebben van de financiële middelen die voor deze spreiding beschikbaar zullen zijn.

We werken hieronder daarom zowel de opsplitsing van Free Clinic in twee als in meerdere eenheden uit.

#### **Opsplitsing in twee eenheden.**

##### *zorgaanbod*

Wij opteren ervoor om in beide vestigingen hetzelfde zorgaanbod te bieden. Uiteraard blijven de aanbevelingen ter verbetering van het huidige zorgaanbod gelden. Het onthaal en de wachtkamer moeten beter uitgebouwd worden. Er moet meer tijd en aandacht besteed worden aan psychosociale ondersteuning.

Om de laagdrempeligheid van de huidige organisatie te behouden, zijn ruime openingsuren heel belangrijk.

##### *ligging*

Er moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden bij het kiezen van een goede locatie voor de tweede vestiging.

- bereikbaarheid: de locatie moet zowel met het openbaar vervoer als met de wagen makkelijk te bereiken zijn.
- omgeving: als men het rondhanggedrag van cliënten wil beperken, let men er best op dat er in de nabije omgeving van de locatie geen cafés en andere uitgaansgelegenheden gelegen zijn.
- spreiding: het is belangrijk na te gaan welke hulpverlening al gevestigd is in de omgeving, zodat het hulpverleningsaanbod over heel Antwerpen verspreid kan worden en alle wijken delen in de problemen. Men moet ervoor zorgen dat de leefbaarheid in de buurt van de locatie niet in gedrang komt.
- nabijheid van de doelgroep: Aangezien de doelgroep waar het hierover gaat erg kwetsbaar is en niet zo mobiel, is het belangrijk om de hulpverlening in de buurt van haar cliënten te vestigen. In de eerste plaats is het dus heel belangrijk dat er een vestiging behouden blijft

<sup>44</sup> Bossaert, B., *Naar minder hinder: Draaiboek aanpak drugoverlast*, Brussel: VAD, 2002.

in zone 2060. Voor de opening van de andere vestiging komen er verschillende mogelijkheden in aanmerking.

##### *caseload*

Opsplitsing van de huidige caseload in twee. Wanneer we de caseload bekijken per week, zien we dat Free Clinic momenteel ongeveer 240 verschillende cliënten per week heeft.<sup>45</sup> Een opdeling in 120/120 biedt zeker mogelijkheden tot verhoging van de kwaliteit van de hulpverlening. Het is wel waarschijnlijk dat Free Clinic in de nieuwe buurt ook een nieuw cliënteel zal aantrekken en dat het aantal cliënten in totaal zal toenemen.

##### *toewijzing cliënten*

Conform aan de Nederlandse werkwijze worden cliënten aan een vestiging toegewezen op basis van hun verblijfplaats. Cliënten die hiermee niet akkoord zijn, moeten wel de mogelijkheid krijgen om zelf te kiezen in welke locatie ze in het programma willen stappen.

##### *interne communicatie*

Het uitbouwen van twee vestigingen brengt met zich mee dat er meer in interne communicatie moet geïnvesteerd worden.

In de eerste plaats is het aangewezen een centraal computernetwerk te installeren. Hiervoor kan Free Clinic zich baseren op het model dat in het MSOC Limburg gebruikt wordt. Verder moet er ook meer overlegd en vergaderd worden om te vermijden dat beide vestigingen een eigen koers gaan varen en te zorgen dat het zorgaanbod gelijk blijft.

##### *inplanting van de nieuwe voorziening*

Bij het inplanten van een nieuwe voorziening is het van groot belang voldoende draagvlak bij de bevolking te creëren. Wij stellen voor om het stappenplan van de Gemeente Groningen met betrekking tot het inplanten van niet-gewenste voorzieningen op te volgen.<sup>46</sup>

##### *1\_Plaats omwonenden niet voor voldongen feiten.*

Het is heel belangrijk om op voorhand te proberen voldoende draagvlak te verwerven bij de buurtbewoners en de betrokken in een vroeg stadium te betrekken.

##### *2\_Neem de projecten in samenhang.*

Als je aan de bevolking duidelijk maakt dat er een aantal voorzieningen sowieso moeten komen en dat deze verspreid worden over de hele stad, zal de burger er eerder begrip voor hebben dat in zijn achtertuin een voorziening komt die eventueel hinder met zich meebrengt.

##### *3\_In het vooroverleg zijn mensen meer bereid om te luisteren.*

Het is heel belangrijk om mensen in het vooroverleg meer informatie te geven over het beleid ten aanzien van drugverslaving en over de werkwijze van de verschillende organisaties. Mensen zijn veel meer bereid te luisteren naar een argumentatie, als deze nog niet onmiddellijk gelinkt is aan het plaatsen van een voorziening in hun buurt.

<sup>45</sup> gegevens uit een recente telling in kader van het onderzoek "Instroom, doorstroom en uitstroom" Wouter Vanderplasschen

<sup>46</sup> Schooten van, A., *Operatie Achtertuin*, Groningen: gemeente Groningen, Dienst OCSW, 2003.

#### *4\_Geef emoties de ruimte.*

Je moet goed naar mensen willen luisteren en ruimte geven aan emoties. Je mag zeker de nadelen van een organisatie niet minimaliseren.

#### *5\_Maak duidelijk waar de inspraak over gaat.*

Het is ontzettend belangrijk om helder te communiceren over wat het gaat. Zo kan je maar best van in het begin duidelijk stellen dat die voorzieningen er sowieso moeten komen. En dat er alleen over de beste locatie en het op een verantwoorde wijze implementeren van die voorziening kan gediscussieerd worden.

#### *6\_Zorgvuldigheid is van het grootste belang.*

Buurtbewoners zijn soms erg wantrouwend. Je moet daarom alles checken en dubbel checken. Het feit dat je één bewoner vergeet uit te nodigen, kan al grote consequenties hebben.

#### *7\_Vorm een begeleidingscommissie.*

Vorm een begeleidingscommissie waarin onder andere omwonenden, politie en vertegenwoordigers van de betreffende voorziening zetelen. Mensen uit de buurt kunnen in de commissie aangeven waar de risico's liggen en hoe deze het best kunnen worden beperkt. Zo creëer je draagvlak en bouw je krediet op bij bewoners.

#### *8\_Nazorg hoort erbij.*

Je mag niet stoppen zodra de voorziening geopend is. Het is van cruciaal belang aandacht te blijven schenken aan de sociale acceptatie in de omgeving. Een goed middel hiervoor is bijvoorbeeld het organiseren van opendeurdagen en het deelnemen aan wijkoverleg.

#### *9\_Zorg voor een flink budget.*

Er kruipt veel tijd en dus geld in deze manier van werken.

#### *10\_Overlast gezamenlijk aanpakken.*

Je mag de beperking van de overlast niet uitsluitend overlaten aan de politie. Het is belangrijk dat de voorziening zelf zich ook verantwoordelijk voelt voor de omgeving en dat er daadwerkelijk iets gebeurt met de klachten die geformuleerd worden.

#### *raming kosten*

Een opsplitsing van Free Clinic brengt een aanzienlijke meerkost met zich mee. Je hebt namelijk dubbele kosten voor infrastructuur, verwarming, elektriciteit,... En vanzelfsprekend moet je meer personeel voorzien als je gelijktijdig op verschillende plaatsen dezelfde dienstverlening wilt aanbieden. Zonder bijkomende subsidiëring is het dan ook onmogelijk om werk te maken van een spreidingsbeleid.

Een bijkomende financiering, niet verbonden aan het RIZIV, kan bovendien ook toelaten om illegalen in het programma op te nemen.

In bijlage vindt u een raming van de kosten die de opening van een tweede vestiging met zich mee zou brengen.

De opsplitsing van Free Clinic in kleinere deelwerkingen of antennes kan slechts een oplossing zijn voor bovenvermelde problemen op voorwaarde dat er hiervoor voldoende middelen en personeel vrijgesteld worden.

#### **Opsplitsing in drie of meer eenheden.**

Er zijn zeker argumenten om te pleiten voor een opsplitsing in drie of meer eenheden. Vanuit een spreidingsbeleid draagt deze optie de voorkeur weg. De caseload wordt dan immers verdeeld over minimum drie locaties. Specifiek voor een opsplitsing in drie eenheden, krijg je dan per locatie een caseload van ongeveer 80 cliënten per week. Cliënten zullen dichterbij huis geholpen kunnen worden, hulpverleners zullen een persoonlijker band met de cliënt kunnen opbouwen en de overlast zal gering zijn.

Het is echter de vraag of dit financieel haalbaar is. Om de laagdrempeligheid te behouden is het immers nodig dat de openingstijden voldoende ruim zijn. Om het multidisciplinaire aanbod te kunnen verzorgen, is het nodig dat er personeel vanuit de verschillende subteams aanwezig is. Verder moet er dan natuurlijk ook op drie plaatsen geïnvesteerd worden in communicatie met de buurt, het oprichten van begeleidingscommissies enzovoorts.

---

#### Opmerking

Uit de interviews met het personeel en directie bleek dat de meerderheid een opsplitsing in twee voorzieningen als een oplossing voor heel wat van de huidige problemen ziet. Ze denken dat een caseload van ongeveer 210 cliënten op jaarbasis (120 cliënten per week) garant kan staan voor een goede hulpverlening en een grotere tevredenheid als werknemer.

## verbetering aanbod Free Clinic

### onthaal en wachtkamer

Een goed onthaal van het cliënteel en een functionele wachtkamer zijn heel belangrijk. Cliënten hebben behoefte aan een ruimte waar ze even tot rust kunnen komen, een kopje koffie kunnen drinken, een babbeltje slaan. Dit kan ook een positieve invloed hebben op het rondhanggedrag in de buurt aangezien cliënten dan waarschijnlijk liever nog even binnen blijven zitten dan direct naar buiten te gaan.

---

#### **actie**

Met de huidige caseload is het onmogelijk om de onthaal- en wachtkamerfunctie beter uit te bouwen. Als Free Clinic echter opgesplitst wordt in kleinere werkingen, kan de onthaalfunctie beter uitgebouwd worden en op die manier inspelen op de behoefte van de cliënten. De wachtkamer kan gezelliger gemaakt worden door een betere inrichting, het aanbieden van koffie, het aanbieden van informatie en lectuur en rustige achtergrondmuziek. Het personeel kan zowel in het onthaal als in de wachtkamer contact leggen met de cliënten.

---

#### **psychosociale ondersteuning**

Momenteel komen er teveel cliënten enkel methadon halen zonder beroep te doen op de andere mogelijkheden van het centrum.

---

**actie**

In een kleinere organisatie kan het personeel makkelijker een band opbouwen met de cliënt en is er meer kans om de cliënt uit te nodigen om ook beroep te doen op de andere mogelijkheden van de organisatie. Verder zal de cliënt zal vlugger een vertrouwd aanspreekpunt vinden bij een kleinere personeelsbezetting.

---

**interne communicatie**

De interne communicatie bij Free Clinic is voor verbetering vatbaar.

---

**actie**

Een eerste stap naar een goede interne communicatiedoorstroming is het opstarten van een centraal computernetwerk. Als de werking gesplitst wordt, is een goede informatie-doorstroming natuurlijk van nog groter belang.

---

## verbetering samenwerking en afstemming (drug)hulpverleningsorganisaties

In Antwerpen bestaat er een uitgebreid en gedifferentieerd hulpverleningsaanbod voor druggebruikers.

Dit aanbod omvat zowel de gespecialiseerde drughulpverlening als initiatieven uit de (geestelijke) gezondheidszorg en welzijnszorg.

De complexe problematiek van de doelgroep en het gedifferentieerde hulpverleningsaanbod maken dat goede samenwerking en afspraken tussen alle betrokken instanties nodig zijn om kwaliteitszorg te garanderen.

De samenwerking en communicatie tussen de verschillende diensten verloopt momenteel niet optimaal. De verschillende diensten zijn vaak niet op elkaar afgestemd, er wordt te weinig overlegd, er wordt te weinig doorverwezen. Er is een zeker spanningsveld. Organisaties werken te veel aanbod- in plaats van cliëntgericht.

Het is aan te bevelen dat de verschillende zorgvoorzieningen zich organiseren in een zorgcircuit zodat gezamenlijk een passend antwoord op de behoeften van de cliënt gezocht kan worden. Circuitvorming is een vorm van zorgvernieuwing die tegemoet kan komen aan de complexe en meervoudige problematiek van druggebruikers en aan de versnippering van en het gebrek aan afstemming en coördinatie binnen het zorgaanbod <sup>47</sup>

De verschillende organisaties hebben een belangrijk aantal gemeenschappelijke cliënten. Een eerste stap naar een betere samenwerking en de uitbouw van een regionaal zorgcircuit is reeds gezet in het opstarten van het cliëntoverleg.

47 Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V., Van Bouchaute, J. (2001a). Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12.), Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

---

**actie**

Naar aanleiding van dit onderzoek wordt er een werkgroep opgestart met vertegenwoordigers uit de verschillende (drug)hulpverleningsorganisaties. De eerste agendapunten staan al vast: schorsingsbeleid, doorverwijzingen, samenwerking met huisartsen, uitwisseling van personeel.

Verder bevelen wij aan dat er werk wordt gemaakt van een Antwerps zorgcircuit voor druggebruikers.

In Oost-Vlaanderen is sinds 2000 een werkgroep van praktijkwerkers, directieleden, beleidsmensen en onderzoekers betrokken bij de voorbereiding en begeleiding van de implementatie van een zorgcircuit middelenmisbruik.

Dit implementatieproces vergt heel wat tijd. Vanuit Oost-Vlaanderen heeft men een stappenplan uitgeschreven. Dit behelst volgende 5 stappen. <sup>48</sup>

- 1 het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie en begrippenkader;
- 2 het uitwerken van een theoretisch organisatiemodel;
- 3 het in kaart brengen van het hulpverleningsaanbod en het opstellen van een actieplan;
- 4 het toepassen en implementeren van het ontwikkelde model;
- 5 het toetsen en evalueren van het geïmplementeerde model.

De uitbouw van een zorgcircuit is een werk van lange adem, dat heel wat vragen en bedenkingen oproept en in het beste geval slechts over een aantal jaar gerealiseerd kan worden. Tijdens dit proces stuit men op verschillende moeilijkheden en knelpunten, zoals de huidige aanbodgerichte organisatie van de zorg, het reducerende karakter van elke inventarisatie, de moeilijkheid om zorgbehoeften en tevredenheid over de geleverde zorg te meten, het mogelijk stig-matiserend karakter van een zorgcircuit voor specifieke doelgroepen en weerstand tegen verandering op de werkvloer. Dit alles maakt dat de reorganisatie van de zorg onder de vorm van zorgcircuits geen evidentie is. Vanuit de Oost-Vlaamse werkgroep houdt men dan ook een pleidooi voor het opzetten van een aantal pilootexperimenten waarin de haalbaarheid van circuitvorming voor verschillende doelgroepen wordt getest.

---

## verbetering samenwerking huisartsen

Op 30 april 2004 werd het Koninklijk Besluit tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. Hiermee wordt het voorschrijven van methadon en buprenorfine wettelijk erkend en aan voorwaarden gebonden. Dit is zeker een positieve evolutie omdat dit Koninklijk Besluit een einde maakt aan de rechtsonzekerheid voor artsen die vervangingsmedicatie voorschrijven. Bovendien wordt de behandeling met vervangingsmedicatie hierdoor toegankelijker voor de cliënt. De voorwaarden waaraan de artsen verbonden zijn, zorgen ervoor dat het voorschrijven van vervangingsmedicatie in een veilig en deskundig kader gebeurt.

Voor de apothekers heeft dit Koninklijk Besluit tot gevolg dat zij verplicht zijn om vervangingsmedicatie af te leveren, als dit door een arts is voorgeschreven. In het verleden stonden een

48 Vanderplasschen, W., Lievens, K., Van Bouchaute, J., Mostien, B., Claeys, P. & Broekaert, E. (2003). Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: de stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik. Tijdschrift voor Geneeskunde, 2003.

aantal apothekers weigerachtig ten opzichte van het verstrekken van methadon. Voor de drughulpverlening schept dit nieuwe Koninklijk Besluit een aantal nieuwe mogelijkheden. We bevelen dan ook aan dat de samenwerking met de huisartsen geïntensifieerd wordt. Vooral de meer gestabiliseerde cliënt kan baat hebben bij een doorverwijzing naar de huisarts. Deze cliënten kunnen dan immers dichtbij hun woonplaats naar de huisarts gaan en kunnen het contact met de drugscène vermijden. Een aantal cliënten zal het contact met de huisarts ook als minder stigmatiserend ervaren dan het contact met de categoriale drughulpverlening. Het belang van een goede psychosociale ondersteuning blijft ook hier gelden. We denken dan aan formules waarbij de cliënt bij de huisarts gevolgd wordt voor de substitutiebehandeling, maar nog steeds in begeleiding blijft in de gespecialiseerde drughulpverlening voor een goede psychosociale ondersteuning. Door een aantal cliënten door te verwijzen naar de huisarts, kan de drukte in de huidige centra afnemen.

---

**actie**

Recent werd vanuit een samenwerking tussen Dagcentrum De Sleutel, ADIC en Free Clinic een eerste stap gezet. Naar aanleiding van het nieuwe Koninklijk Besluit hebben de drie organisaties huisartsen uit de regio uitgenodigd om een concrete samenwerking tussen de drughulpverlening en de artsen op te starten. Dit initiatief wordt verder uitgebouwd en biedt zo een antwoord op de nood aan samenwerking.

---

## verbetering samenwerking apothekers

In Antwerpen is er geen formeel samenwerkingsverband met de apothekers. Wij bevelen een formele samenwerkingsovereenkomst aan naar Oost-Vlaams voorbeeld. De argumenten zijn dezelfde als deze voor een betere samenwerking met de huisartsen. De meer stabiele cliënten kunnen doorverwezen worden naar de apothekers. Het is belangrijk dat de drughulpverlening goede contacten opbouwt met de apothekers en zorgt voor een goede informatiedoorstroming over de cliënten. Apothekers moeten ook meer informatie krijgen over het verstrekken van methadon en het omgaan met (ex-)druggebruikers.

De samenwerking met apothekers is een goed decentralisatie-instrument. Door te verstrekken via de apotheek wordt het minder druk in de huidige centra en gebruikers kunnen hun methadon vlakbij hun woonplaats halen. Zij kunnen op die manier ook de confrontatie met de drugscène vermijden. Ook hier willen wij wijzen op het belang van een goede psychosociale ondersteuning.

De doorverwijzing naar zowel dokter als apotheek is zeker niet voor alle cliënten van toepassing. Het is aan te bevelen om cliënten die een intensieve ondersteuning nodig hebben te blijven verstrekken via het centrum zelf. De methadonverstrekking fungeert hier immers vaak als bindmiddel om enig contact op te bouwen met de betreffende cliënt. Deze functie is dan ook van groot belang.

---

**actie**

Wij denken hierbij aan het opstarten van onderhandelingen met KAVA<sup>49</sup>, het organiseren van informatieavonden voor apothekers en het onderzoeken van concrete samenwerkingsmogelijkheden. Deze contacten worden bij voorkeur in een samenwerking van de verschillende drughulpverleningsorganisaties opgestart.

---

## in kaart brengen van de behoeften van de Antwerpse druggebruikers en de lacunes in het huidige aanbod

Het onderzoek "deconcentratie" bracht een aantal leemten in het huidige hulpverleningsaanbod naar voor: de behoefte aan inloopcentra, de behoefte aan woonbegeleiding en uitbreiding van het woonaanbod, de behoefte aan laagdrempelige residentiële opvang, de behoefte aan gebruiksruimten,...

---

**actie**

In een grootschalig behoefteonderzoek kan nagegaan worden welke noden en behoeften nog niet ingevuld worden, welk zorgaanbod hier het beste bij aansluit, en welke organisatie(s) dit zorgaanbod moeten invullen. Dit onderzoek past in de oprichting van een zorgcircuit voor druggebruikers.

---

## uitbreiding van het drughulpverleningaanbod verspreid over de stad

Gebaseerd op de resultaten van het onderzoek naar de behoeften van de Antwerpse druggebruikers en de lacunes in het huidige aanbod, dient er een uitbreiding van het drughulpverleningaanbod te gebeuren. Bij de keuze van de locaties moet men rekening houden met een spreidingsbeleid en de verschillende voorzieningen evenredig verspreiden over de verschillende wijken van Antwerpen. Zodoende deelt elke wijk in de problemen van de grootstad.

<sup>49</sup> Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen.

## literatuur

---

- American Statistical Association, *What are focus groups?*, A.S.A. Series, 1997.
- Barendregt, C., Rodenburg, G., *Een gebruikruimte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar?*, Rotterdam: IVO, 2004.
- Biesma, S., de Jong, A., Bieleman, B., *Aanpak overlast centrum Apeldoorn*, Groningen/Rotterdam: Intra-val, 2003.
- Biesma, S., Bieleman, B., *Hoe verstrekt de park-alley. Evaluatie van de verstrekking van methadon aan de Parkalley te Groningen*, Groningen/Rotterdam: Intra-val, 1998.
- Blondeel, P., *De wachtzaal van de Stad: de reconstructie van duurzame praktijken bij wijk- en stadsontwikkeling (eindrapportering De Coninckplein)*, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven/OSA, 2001.
- Bossaert, B., *Naar minder hinder: Draaiboek aanpak drugoverlast*, Brussel: VAD, 2002.
- Brussel van, G.H.A., Buster, M.C.A., *OGGZ Monitor Amsterdam*, Amsterdam: GG&GD, 2002.
- Casselma, J., Meuwissen, K., *Evaluatie van de medisch sociale opvangcentra voor druggebruikers, Antwerpen-Genk/Limburg, deelrapport*, Leuven: KUL, 2001.
- CAD Limburg, *Jaarverslag 2003*, Hasselt: CAD, 2004.
- Coumans, A.M., Knibbe, R.A., *Druggebruikers in Parkstad Limburg: Noden en behoeften. Resultaten van het Drug Monitoring Systeem 2000-2001*, Rotterdam/Maastricht: IVO, 2001.
- Databank Sociale planning, *opgevraagde gegevens*, Antwerpen: databank Sociale planning, 2004.
- Decorte, T., De Ruyver, B., Ponsaers, P., Tuteleers, P., Lacroix, A.C., Bodein, M. en Lauwers, S., *Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast*, Gent: Academia Press, 2004.
- De Groote, K., Van Hal, G., Van Damme, P., Van Cauwenberghe K., *Registratie en retrospectief onderzoek van druggebruikers in twaalf parketten in Vlaanderen en Brussel, Welzijnsgids*, Diegem, Kluwer, 1997, 23, pp 17-40.
- De Ruyver, B., Bosman, G., Bullens, F., Vander Laenen, E., *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers van Gent en Oostende, deelrapport*, Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Onderzoeksgroep Drugbeleid en Internationale Criminaliteit, 2000.
- De Ruyver, B. & Casselman, J., *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*, Leuven-Gent: Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg- Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk Beleid en Internationale Criminaliteit, 2000.
- De Sleutel, *Jaarverslag 2003*, Merelbeke: De Sleutel, 2004.
- De Wilde, J., Vanderplasschen, W., *Exploratief onderzoek naar zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod*, Brussel: VAD, 2002.
- Dom, G., *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*, Berchem: EPO, 1999.
- Free Clinic, *jaarverslag 2003*, Antwerpen: Free Clinic, 2004.
- Federale Regering, *Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek*, Brussel: Federale Regering, 2001.
- Follon, M., *STEM, Een stem voor thuisloze druggebruikers in Limburg*, Hasselt: De Provincie Limburg, 2003.
- Garretsen, H., Mheen van de, D., Wits E., *Het jaar 2003: verslavingsbeleid overschaduw door veiligheidsbeleid*, *IVO Bulletin*, nummer 5, jaargang 6, 2003, pp 2-4.

Haine, K., Lamberts E., Van Waeyenberghe J., Wils J., *Verkenningnota Athenebuurt, 2003*, Stad Antwerpen: bedrijfseenheid Veiligheid en Planningscel, 2003.

Heijman, F., *Van methadonverstrekking naar een gedifferentieerde verslavingszorg. Optimale zorgcombinaties voor chronische drugverslaafden in Rotterdam*, Rotterdam: Boumanhuis/Symbion, 2000.

Ilina, S., Satin, D., Shapakidze, S., *A model of good practice. The work with Russian speaking drug users in Antwerp*, Amsterdam/Antwerpen: AC COMPANY, 2004.

Janssens, T., Van Poppel, M., *Conceptualisering integrale veiligheid*, Antwerpen: Beleidscel Preventie Stad Antwerpen, 2003.

Land van 't, H., Vrugink, J., Wolf, J., *Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Lippens, R. (redactie), *Voorbij de nuloptie. Beschouwingen over nultolerantie en lokale (on)veiligheid*, Brussel: IMAVO, 2000.

Loth, C., Schippers, G., 'T Hart, H., Van De Wijngaart, G., *Methadonverstrekking in Nederland aan het begin van een nieuwe eeuw. Verloedering van een verpleegkundige praktijk*, in *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 12, 2003, pp 1111-1123.

Mainline, *Afkicken in een kliniek. Overzicht van alle Nederlandse afkickcentra*, Amsterdam: Mainline, 2004.

Meert, H., Blommaert, J., Stuyck, K., Peleman, K., Dewilde, A. *Van balen tot onthalen*, Gent: Academia Press, 2004.

MSOC Gent, *Jaarverslag 2003*, Gent: MSOC, 2004.

Opwijrda, E., *De rol van de apotheker in de methadonverstrekking*, Utrecht: Wetenschapswinkel Geneesmiddelen, 2002.

Pelc, I., De Ruyver, B., Casselman, J., Noirfalise, A., Macquet, C., *Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers: algemeen rapport*. Brussel: Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, 2001.

Projectbureau BinnenPlaats, *Van de straat. Verhalen van (ex-) daklozen en verslaafden*, Utrecht: Projectbureau Binnenplaats, 2000.

Projectbureau BinnenPlaats, *Ervaringen elders, Huisvesting voor (verslaafde) thuislozen in vijf steden*, Utrecht: Projectbureau Binnenplaats, 2000.

Roberts, H., *Beoordeling van methadonprogramma's in Rotterdam*, Maastricht: afstudeerscriptie Universiteit Maastricht, 2001.

Rosenthal, U., van der Torre, E.J., Cachet, A., *Peron Nul. Besluitvorming over een open drugscène*, Leiden: C.O.T., 1995.

Schooten van, A., *Operatie Achtertuin*, Groningen: gemeente Groningen, Dienst OCSW, 2003.

Schweitzer, L., *Wijkgericht werken, een praktische uitwerking*, Amsterdam: Jellinek, 2000.

Snippe, J., Bieleman, B., *Buurtten over last, Monitoreren van drugsoverlast in de SVO-gemeenten 1993-1998*, Groningen: Stichting IntraVal, 1999.

Stad Antwerpen, *De kracht van de stad, stadsprogramma 2003-2007*, Antwerpen: Stad Antwerpen, 2003.

Torre van der, E.J., Hulshof, M.H.M., *Een drugscène op Zuid (de Millinxbuurt). Een model voor de strategische analyse van drugscènes*, Leiden: Crisis Onderzoeksteam Universiteit Leiden, 2000.

Van Cauwenberghe, A., Kerremans, S., *Conceptnota Overlast*, Antwerpen: Free Clinic, 1999.

Van Dijck A., Bruggeman B., Demey R., Todts S., Van Hal G., *Inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens met betrekking tot de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996-1999)*, Antwerpen: UIA, 2000.

Van Hal G., De Groot K., Van Damme P., Pepermans K., Van Cauwenberghe K., Meheus A. *Pros and cons of an illicit drug users' registration system by means of judicial data in Flanders (Belgium)*, *Public Health*, 115:1, 2001, pp 70-77.

Vandenbussche, E., en Wydoodt, J.P., *Vlaamse Registratie Middelengebruik Registratiegegevens*, Brussel: VAD, 1998.

Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V., Van Bouchaute, J., *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12), Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2001.

Vanderplasschen, W., Lievens K., Broekaert, E., *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: Registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13), Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2001.

Vanderplasschen, W., Lievens K., Broekaert, E., *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14), Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2001.

Vanderplasschen, W., Lievens, K., Van Bouchaute, J., Mostien, B., Claeys, P. & Broekaert, E., *Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: de stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik*, in *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2003.

Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E., *Drughulpverlening aan allochtonen. Een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*, Brussel-Gent: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen- Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, 2000.

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, *Betaling van gebruikers van illegale drugs voor medewerking aan wetenschappelijk onderzoek*, Brussel: VAD, 2003.

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, *Een lokaal alcohol- en drugbeleid: een globale kijk*, Brussel: VAD, 1998.

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, *Gecontroleerde heroïneverstrekking*, Brussel: VAD, 2003.

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, *Harm reduction- basisinfo*, Brussel: VAD, 2003.

Vermeulen, K., Wildschut, J., Knibbe, R., *Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit*, Rotterdam: IVO, 2001.

Vitale, S., Eijnden van den, R., *Een integraal behandel aanbod voor dubbele diagnose patiënten. Evaluatie van een zorgvernieuwingproject*, Rotterdam: IVO reeks 29, 2002.

Wildschut, J., Lempens, A., Most van der, D., Knibbe, R., *Asielzoekers, vluchtelingen en illegalen in de Utrechtse harddrugscène*, Rotterdam: IVO, 2003.

Windelinckx, T., *Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2003*, Antwerpen: Free Clinic, 2004.

Wits, E., Mheen van de, D., *Trendrapportage Verslaving 2001. Ontwikkelingen in het middelengebruik, de verslavingszorg en het verslavingsbeleid in Rotterdam*, Rotterdam: IVO, 2001.

## bijlage : raming kosten opening tweede vestiging Free Clinic

free clinic vzw . van arteveldestraat 64 . 2060 antwerpen

### msoc antwerpen : deconcentratie

Prognose kosten bij spreiding werking MSOC over twee verschillende locaties.

huidige situatie MSOC (nieuwe conventie)

1 locatie

#### personeelskosten

therapeutische equipe (220 forfaits)	14,65 VTE
omkadering	3,09 VTE
<b>totaal door RIZIV gesubsidieerd</b>	<b>17,74 VTE</b>

personeelskosten MSOC	totaal	988.918,64 eur
RIZIV		852.577,20 eur
cofinanciering VPC		136.341,44 eur

personeel via andere financieringsbronnen		50.000,00 eur
sociale maribel (uitz. tijdelijke toewijzing)	1,25 VTE	36.000,00 eur
gesco	0,5 VTE	14.000,00 eur

mobiele medewerkers (detachering)	2 VTE
-----------------------------------	-------

<b>totaal personeelskosten</b>	<b>39,23 VTE</b>	<b>totaal personeel</b>	<b>1.038.918,64 eur</b>
--------------------------------	------------------	-------------------------	-------------------------

#### werkingskosten

huisvesting Van Arteveldestraat	2.771,58 eur/maand	33.258,96 eur
EGW		9.000,00 eur
communicatie		16.000,00 eur
jaarlijkse afschrijving installaties/machines en uitrusting		15.000,00 eur
MUS (vernieuwing)	25.000,00 eur afs 5j	5.000,00 eur
informatica (vernieuwing)	9.000,00 eur afs 3j	3.000,00 eur
med en verzorg materiaal/apotheek/labo		35.000,00 eur
algemene werkingskosten		35.000,00 eur
onderhoud en herstellingen		20.000,00 eur

<b>totaal jaarlijkse werking</b>		<b>totaal werking</b>	<b>171.258,96 eur</b>
----------------------------------	--	-----------------------	-----------------------

<b>totaal personeel</b>	<b>1.038.918,64 eur</b>
<b>totaal werking</b>	<b>171.258,96 eur</b>
<b>totale kost huidige vestiging</b>	<b>1.210.177,60 eur</b>

free clinic vzw . van arteveldestraat 64 . 2060 antwerpen

## msoc antwerpen : deconcentratie

Prognose kosten bij spreiding werking MSOC over twee verschillende locaties.  
 nieuwe situatie MSOC 2 locaties

### personeelskosten huis a

therapeutische equipe (120 forfaits)	
A-huis: 120 forfaits, 8 VTE + 1,25 VTE	9,25VTE
omkadering (extra adm + onderhoud)	3,09VTE
totaal	12,34VTE
door Riziv gesubsidieerd	11,09VTE
bijkomende middelen	1,25VTE

personeelskosten MSOC huis A	totaal	678.524,15 eur
RIZIV	532.860,75 eur	
cofinanciering VPC	85.213,40 eur	
deconcentratie (bijkomende medewerkers)	<b>60.450,00 eur</b>	

personeel via andere financieringsbronnen	totaal	35.600,00 eur
sociale maribel (uitz. tijdelijke toewijzing)	0,75VTE	21.600,00 eur
gesco	0,5VTE	14.000,00 eur
mobiele medewerkers (detachering)	1VTE	

totaal personeelskosten	14,59VTE	totaal personeel	<b>714.124,15 eur</b>
-------------------------	----------	------------------	-----------------------

### werkingskosten huis a

huisvesting Van Arteveldestraat	2.771,58 eur/maand	33.258,96 eur
EGW		9.000,00 eur
communicatie		13.000,00 eur
jaarlijkse afschrijving installaties/machines en uitrusting		15.000,00 eur
MUS (vernieuwing)	25.000,00 eurafs 5j	5.000,00 eur
informatica (vernieuwing)	6.000,00 eurafs 3j	2.000,00 eur
med en verzorg materiaal/apotheek/labo		27.000,00 eur
algemene werkingskosten		24.000,00 eur
onderhoud en herstellingen		15.000,00 eur

totaal jaarlijkse werking	totaal werking	<b>143.258,96 eur</b>
---------------------------	----------------	-----------------------

totaal personeel	<b>714.124,15 eur</b>
totaal werking	<b>143.258,96 eur</b>
totale kost huis a	<b>857.383,11 eur</b>

free clinic vzw . van arteveldestraat 64 . 2060 antwerpen

## msoc antwerpen : deconcentratie

Prognose kosten bij spreiding werking MSOC over twee verschillende locaties.  
 nieuwe situatie MSOC 2 locaties

### personeelskosten huis b

therapeutische equipe (100 forfaits)	
B-huis: 100 forfaits, 6,65 VTE + 1,1 VTE	7,75VTE
B-huis: extra coördinator + 0,8 VTE	0,8VTE
omkadering (extra adm + onderhoud)	0,9VTE
totaal	9,45VTE
door Riziv gesubsidieerd	6,65VTE
bijkomende middelen	2,8VTE

personeelskosten MSOC huis A	totaal	505.394,49 eur
RIZIV	319.716,45 eur	
cofinanciering VPC	51.128,04 eur	
deconcentratie (bijkomende medewerkers)	<b>134.550,00 eur</b>	

personeel via andere financieringsbronnen	totaal	14.400,00 eur	
sociale maribel (uitz. tijdelijke toewijzing)	0,5VTE	14.400,00 eur	
gesco	VTE		
mobiele medewerkers (detachering)	1VTE		
totaal personeelskosten	10,95VTE	totaal personeel	<b>519.794,49 eur</b>

### werkingskosten huis b

huisvesting Van Arteveldestraat	2.000,00 eur/maand	24.000,00 eur	
EGW		8.000,00 eur	
communicatie		12.000,00 eur	
inrichting infrastructuur	40.000,00 eurafs 5j	8.000,00 eur	
medisch app/mat	25.000,00 eurafs 10j	2.500,00 eur	
kantoormeubilair	20.000,00 eurafs 10j	2.000,00 eur	
MUS (vernieuwing)	25.000,00 eurafs 5j	5.000,00 eur	
informatica (vernieuwing)	24.000,00 eurafs 3j	8.000,00 eur	
med en verzorg materiaal/apotheek/labo		34.000,00 eur	
algemene werkingskosten		19.000,00 eur	
onderhoud en herstellingen		10.000,00 eur	
totaal jaarlijkse werking		totaal werking	<b>132.500,00 eur</b>

totaal personeel	<b>519.794,49 eur</b>
totaal werking	<b>132.500,00 eur</b>
totale kost huis b	<b>652.294,49 eur</b>

free clinic vzw . van arteveldestraat 64 . 2060 antwerpen

## msoc antwerpen : deconcentratie

Prognose kosten bij spreiding werking MSOC over twee verschillende locaties.

		huidig MSOC	nieuwe situatie: 2 vestigingen	
			huis A	huis B
personeelskost	RIVIZ	852.577,20 eur	532.860,75 eur	319.716,45 eur
	cofinanciering VPC	136.341,44 eur	85.213,40 eur	51.128,04 eur
	andere	50.000,00 eur	35.600,00 eur	14.400,00 eur
	meerkost	0,00 eur	60.450,00 eur	134.550,00 eur
werkingskost	RIZIV	171.258,96 eur	143.258,96 eur	28.000,00 eur
	meerkost			104.500,00 eur
totale kost			857.383,11 eur	652.294,49 eur
		1.210.177,60 eur	1.509.677,60 eur	
meerkost			60.450,00 eur	239.050,00 eur
totaal meerkost		<b>0,00 eur</b>	<b>299.500,00 eur</b>	

