

# Zorgcircuit 'Problematisch middelengebruik'



visietekst



# Voorwoord

De voorliggende visietekst over zorgcircuit 'Problematisch middelengebruik' is het resultaat van de reflecties en besprekingen op het VAD-platformoverleg over zorgcircuits.

Dit platformoverleg dat startte in februari 2000, komt tweemaandelijks samen met de volgende doelstellingen: het uitwisselen van ervaringen en knowhow, het ontwikkelen van een visie over zorgcircuits 'Problematisch middelengebruik', het bieden van methodologische ondersteuning naar het werkveld en indien nodig het doorsturen van signalen naar de overheid omtrent dit thema. Dit platform mag als tamelijk representatief beschouwd worden; het bestaat uit zowel mensen van het werkveld als academici, zowel hulpverleners als coördinatoren zijn erin vertegenwoordigd en vanuit geografisch oogpunt zijn voorzieningen vanuit alle Vlaamse provincies erbij betrokken.

Na verschillende aanpassingen werd de huidige visietekst 'rijp' genoeg bevonden om als referentiedocument te verspreiden naar de VAD-leden, beleidsmensen en andere geïnteresseerden.

Deze visietekst mag echter, in een steeds evoluerende geestelijke gezondheidszorg, niet als definitief beschouwd worden maar vormt eerder een uitgangspunt om verder te werken rond methodologische en procesmatige aspecten van een zorgcircuit. Het platform zal rond deze aspecten dan ook verder werken en de resultaten hiervan als ondersteuning of inspiratie doorgeven aan het werkveld en de overheid.

U mag dus in de nabije toekomst nog meer publicaties in deze reeks verwachten.

*Geert Verstuyf*

Stafmedewerker hulpverlening

VAD

# Zorgcircuit 'Problematisch middelengebruik' \*

## 1. Inleiding

In een veranderende geestelijke gezondheidszorg vindt het functiegerichte denken steeds meer ingang. Het begrip '**functie**' werd een decennium geleden in zijn specifieke betekenis gedefinieerd in Nederlandse gezondheidsrapporten als: "*Een antwoord op gegeneraliseerde hulpvragen, bestaande uit op hetzelfde doel gerichte taken en activiteiten*" (Nationale Raad voor Volksgezondheid, 1989). De omschrijving en de ordening van het zorgaanbod kon dus niet langer uitgaan van 'de instelling', maar diende te vertrekken vanuit 'de zorgfunctie', waarmee meer de aard van de zorg wordt omschreven dan de vorm. Met dit functiegericht denken wordt nauwer aangesloten bij de hulpvraag van de cliënt en zijn omgeving. Bovendien ligt het functiegericht denken aan de basis van de netwerkgedachte en het organiseren van de gezondheidszorg in **zorgcircuits**.

Dit nieuwe denkkader loopt als een rode draad door het tweede deeladvies van de permanente werkgroep 'psychiatrie' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) (1997), waarin een concept wordt geschetst voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. In dit advies vormen niet de voorzieningen, maar cliënten en hun hulpvraag het uitgangspunt van de hulpverlening. Begrippen als 'zorg op maat', 'zorgcontinuïteit', 'functionele samen-

\* Er werd voor de term 'Problematisch middelengebruik' gekozen omdat we een ruime benadering beogen, namelijk alle problemen die gepaard gaan met middelengebruik. Termen als 'misbruik', 'afhankelijkheid' of 'verslaving' zijn afgebakende begrippen vanuit bepaalde referentiekaders (vooral medisch-psychiatrische) en juist daardoor niet ruim genoeg om als term voor een zorgcircuit te gebruiken. Met middelen bedoelen we allerlei stoffen die het bewustzijn beïnvloeden en ook om die reden gebruikt worden. In deze tekst wordt de term 'drugs' dan ook in deze betekenis gebruikt.

werking tussen voorzieningen' staan centraal in deze vooropgestelde reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

Op basis van het tweede deeladvies van de NRZV hebben een aantal auteurs (De Meulemeester et al., 1998) gepoogd om een pragmatisch raamkader op te stellen dat de kernbegrippen van het zorgvernieuwingsproces tracht te definiëren en om dit tot een logisch gestructureerd geheel te verwerken. Indien men vertrekt vanuit een netwerkconcept dringt de nood aan een gemeenschappelijke taal zich immers op. Een **zorgcircuit** wordt door Nassen als volgt gedefinieerd (Nassen, 1999 ; Nassen et al., 1999): *"Het volledig zorgaanbod van een netwerk voor een bepaalde doelgroep. Het is opgebouwd uit modules (combinatie van één of meer zorgfuncties, aangeboden in één of meer modi), die samen alle noodzakelijke zorgtrajecten vertegenwoordigen voor een bepaalde doelgroep met de garantie van zorg op maat en continuïteit tussen de zorgfasen"*.

Vanuit het beleid worden binnen de geestelijke gezondheidszorg drie hoofddoelgroepen onderscheiden (kinderen en adolescenten; volwassenen; ouderen) en een aantal specifieke subdoelgroepen zoals forensische psychiatrie, verstandelijke handicap en verslaving.

Ook op Vlaams niveau worden de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg (18 mei 1999) gestimuleerd om netwerken te vormen teneinde een gedifferentieerd en doelgroepgericht aanbod te kunnen aanbieden.

Een concept dat sterk de nadruk legt op zorg op maat, zorgcontinuïteit en efficiënte informatie-uitwisseling kan een antwoord bieden op een aantal essentiële knelpunten met betrekking tot de inhoud en organisatie van de verslavingszorg (cf. Hoofdstuk 2 & 3).

Als uitgangspunt bij deze vooropgestelde herstructurering van de hulpverlening wordt nagegaan wat de specifieke kenmerken zijn van problematisch middelengebruik en welke repercussies dit heeft voor de hulpverlening.

## 2. Problematisch middelengebruik en hulpverlening

In België zijn de meest gangbare drugs alcohol, tabak, psychotrope medicatie en een reeks van zeer verschillende middelen die we 'illegale drugs' noemen en die als enig gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze door de wet verboden zijn en dat derhalve bezit van of handel in deze producten aanleiding kan geven tot vervolging.

Hulpverlening kan tegemoet komen aan problemen die gepaard gaan met het gebruik van deze middelen. De problemen kunnen van medische en/of fysieke aard zijn (bv. directe lichamelijke schade, infectieziekten en fysieke afhankelijkheid), van psychische aard (bv. psychische afhankelijkheid en psychische stoornissen) of van sociale aard (bv. relationele problemen, criminaliteit, justitiële problemen). Deze problemen worden beïnvloed door de individuele gevoeligheid, de mate, duur en wijze van gebruik, de combinatie met andere producten, de eventueel aanwezige psychiatrische problematiek, etc..

De grens tussen legale en illegale middelen is vanuit dit gezichtspunt niet relevant. In deze visietekst wordt dan ook niet gedifferentieerd tussen gebruikers van legale en illegale middelen. Deze differentiatie is eerder een pragmatisch probleem, dat in het stappenplan verder kan uitgewerkt worden.

Een aantal **specifieke kenmerken van problematisch middelengebruik** vragen om een aangepaste organisatie van de hulpverlening:

- ✓ Problematisch middelengebruik is **complex**, omdat het beïnvloed wordt door zowel biologische, psychologische als sociale factoren.
- ✓ De problematiek is dikwijls **meervoudig**: de aangemelde problematiek van het probleemgebruik gaat meestal gepaard met andere problemen zoals financiële en/of gerechtelijke problemen, sociale problemen, comorbiditeit, HIV-besmetting of andere infecties (HCV) en echtelijke en familiale problemen.
- ✓ Er zijn **verschillende stadia** in de evolutie van experimenteel gebruik naar afhankelijkheid, waarbij de **motivatie** van de cliënt voor gedragsverandering een dynamisch en fluctuerend gegeven is.

- ✓ Het is vaak een **langdurig probleem** met momenten van **herval of terugval**.

Gezien de kenmerken van problematisch middelengebruik kunnen interventies vanuit de hulpverlening **afwisselend en/of gelijktijdig** gericht zijn op **'cure' of 'care'**. Soms is vooral zorg en bescherming nodig, soms ligt de nadruk op therapeutische begeleiding en op andere momenten dient aan de reïntegratie van de persoon gewerkt te worden. Rekening houdend met deze kenmerken moet de **hulpverlening bij problematisch middelengebruik** gebeuren overeenkomstig een aantal essentiële uitgangspunten.

Deze uitgangspunten vallen goed samen met wat door Bachrach (1981) werd omschreven als 'continuïteit van individuele hulpverlening': een visie op hulpverlening bij chronisch psychiatrische problematiek. Deze vergelijking moet uiteraard wat genuanceerd worden, omdat bij problematisch middelengebruik regelmatig spontane remissie optreedt (Miller, 1992). Bovendien ziet men bij vroegdetectie en kortdurende interventies dikwijls positieve resultaten op middellange termijn (Miller & Hester, 1986).

- ✓ De hulpverlening moet **longitudinaal** zijn en gekenmerkt worden door **continuïteit**. Het procesmatige karakter van probleemgebruik en de behandeling ervan, impliceert dat eenmalige hulpverlening – zelfs al is ze langdurig – zelden duurzame resultaten oplevert. Meestal zal dus langdurige opvolging vereist zijn, maar de locatie, hulpverlener of methode kunnen uiteraard wijzigen.
- ✓ De hulpverlening moet gericht zijn op de hulpvraag van het individu en zijn omgeving (**zorg op maat**).
- ✓ Het aanbod moet veelomvattend zijn, dus **multicausaal georiënteerd, multidisciplinair** samengesteld en **gedifferentieerd**. Verschillende invalshoeken zullen in de behandelingsstrategie hun plaats moeten vinden. De diverse problemen in de verschillende stadia (experimenteel, regelmatig, overmatig, verslaafd,...) vragen een gedifferentieerd aanbod van de hulpverlening.  
Meestal zal volledige ontwenning het einddoel van de behandeling zijn, maar in andere gevallen kan gecontroleerd gebruik het einddoel van de

hulpverlening zijn. Schadebeperkende maatregelen (harm reduction) kunnen vaak belangrijke stappen zijn in het hulpverleningsproces en soms zijn het ook de enige mogelijke en zinvolle interventies.

- ✓ De hulpverlening moet zich kunnen aanpassen aan de veranderingen in de omstandigheden van de cliënt en moet **flexibel** zijn. De doelstellingen van de hulpverlening kunnen afwisselend worden nagestreefd (bv: 'cure' en/of 'care') en men dient hierbij geen 'statische' volgorde aan te houden.
- ✓ De relatie tussen hulpverlener en cliënt dient gekenmerkt te zijn door **vertrouwen**. Doorverwijzen dient met de nodige zorg te gebeuren, want cliënten hebben er vaak weerstand tegen en haken soms af op dit scharniermoment.
- ✓ De hulpverlening dient zowel vanuit geografisch, psychologisch, cultureel als financieel oogpunt optimaal **toegankelijk** te zijn voor de cliënt.
- ✓ Zowel tussen de cliënt en de hulpverlener als tussen hulpverleners onderling moet een **continue informatie-uitwisseling** bestaan.

### 3. Meerwaarde van een zorgcircuit 'Problematisch middelengebruik' voor de cliënt en voor de hulpverlening

- ✓ Het zorgcircuit-concept biedt heel wat mogelijkheden om een gepast antwoord te bieden op de complexe en meervoudige hulpvragen bij problematisch middelengebruik: het hulpverleningsaanbod wordt meer **afgestemd** en is **functiegericht**, de **toegankelijkheid** voor de cliënt vergroot en het globale zorgaanbod is meer **gedifferentieerd**. Bovendien biedt een gestructureerde samenwerking tussen de verschillende actoren meer kansen op **zorgcontinuïteit**.
- ✓ Als voorzieningen mekaar en mekaars werking beter kennen, kan een **doorverwijzing adequater** verlopen: de cliënt komt dan onmiddellijk of toch vrij snel op de meest aangewezen plaats terecht en krijgt de behandeling die het meest bij zijn hulpvraag aansluit. Dit is een voordeel voor de cliënt.

Ook zorgvoorzieningen hebben hier baat bij: zij blijven minder lang zitten



met cliënten die niet in hun werking passen en deze dan ook vaak verstoren. Mogelijk vraagt het doorverwijzen daarenboven minder werktijd. Door het werken volgens het **subsidiariteitsprincipe** vergroot niet alleen de effectiviteit, maar wint de hulpverlening ook aan efficiëntie. Er wordt gestreefd naar de minst ingrijpende hulpverleningsvorm, rekening houdend met de aard en de ernst van de problematiek en met de hulpvraag van de cliënt.

- ✓ Als elke voorziening duidelijk communiceert wat haar doelgroep is en wat zij te bieden heeft, kunnen verwijzers van buiten het zorgcircuit (bv. huisartsen) **meer gericht doorverwijzen**. Hierdoor verbetert **de toegankelijkheid** van de hulpverlening. Als er meer communicatie tussen voorzieningen is, kan verwacht worden dat een doorverwijzing **gericht en persoonlijk** gebeurt, dat de overgang voor de cliënt **soepeler** zal verlopen en minder als een breuk en “herbeginnen” ervaren zal worden. Door een betere continuïteit in de zorgverlening zal mogelijk ook **minder drop-out** optreden. Ook een betere communicatie kan het probleem van de **“draaideur-clieñten”** verminderen.

Het zijn echter niet enkel hulpverleners die bepalen waar een cliënt naar toe kan. De cliënt moet zelf kunnen blijven kiezen. De keuze van de cliënt om zijn behandelaar te kiezen is immers ingebed in ons zorgsysteem. Idealiter moet het hulpverleningsaanbod in dialoog met de cliënt vorm krijgen (vraaggerichte en eventueel zelfs vraaggestuurde zorg).

- ✓ Een zorgeenheid kan **kwalitatief beter werk** leveren als zij precies deze cliënten over de vloer krijgt die binnen haar doelgroep en deskundigheid vallen.
- ✓ Door afspraken en afstemming kunnen **versnippering** en **overlapping** in een bepaalde regio vermeden worden. Anderzijds kan hierdoor ruimte vrijkomen om een aanbod uit te bouwen voor groepen, die tot op heden niet bediend worden.
- ✓ Onderlinge contacten verhogen ook de kans op **intervisie** en **feedback**, wat een stimulans kan zijn voor kwaliteitsverbetering.

#### 4. Enkele belangrijke randvoorwaarden bij het opstarten en uitbouwen van een zorgcircuit 'Problematisch middelengebruik'

- ✓ Het is belangrijk om een **gemeenschappelijke taal** te spreken, zowel over inhoudelijke als over zorgorganisatorische aspecten. Het nieuwe begripkader (De Meulemeester et al., 1998; Nassen et al., 1999) kan hierbij als referentie gebruikt worden maar moet enige 'vertaling' krijgen naar de verslavingszorg. Het is wenselijk dat deze vertaling op gemeenschapsniveau gebeurt, zodat ook bij regio-overschrijdende samenwerking dezelfde taal gesproken wordt.
- ✓ Het is noodzakelijk dat de deelnemende voorzieningen van het zorgcircuit een gemeenschappelijk en éénvormig instrument gebruiken, dat toelaat om het huidige (en toekomstige) **zorgaanbod in kaart** te brengen. Het is ook in dit verband wenselijk dat men op gemeenschapsniveau een éénvormig instrument gaat gebruiken.
- ✓ Een goed werkend zorgcircuit kan enkel werken als het gedragen wordt door een **gemeenschappelijke visie**, die het resultaat moet zijn van een dialoog tussen de verschillende regionale partners. Hiermee bedoelen we vooral een visie op het zorgcircuit en samenwerking tussen de betrokken zorgseenheden. Niet alle partners van het zorgcircuit hoeven immers dezelfde visie op problematisch middelengebruik te hebben. In dit verband moet een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds een globale visie omtrent het zorgaanbod voor deze doelgroep en anderzijds het bewaren van de eigenheid van de methodieken en settings.  
De ontwikkeling van dergelijke visie moet tevens steunen op een gedegen wetenschappelijke onderbouw. Een samenwerking met universitaire voorzieningen en andere relevante partners kan hieraan tegemoet komen.
- ✓ **De regio** waarbinnen het zorgcircuit werkzaam is, dient vooraf **duidelijk omschreven** te worden. De cliënt moet zo dicht mogelijk bij zijn thuissituatie zijn hulpvraag kunnen stellen. Wat bereikbaarheid betreft, moet een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende soorten zorg: voor een residentiële opname mag men al een grotere afstand afleggen dan voor een eerste verkennend gesprek. Het valt ook aan te raden om tot regio-

overschrijdende samenwerking te komen tussen verschillende zorgcircuits. Sommige cliënten kunnen immers terecht komen in een ander zorgcircuit door plaatsgebrek of doordat specifieke zorgseenheden voor meer dan één regio werken (bv. therapeutische gemeenschappen of zorgseenheden voor dubbele diagnoseproblematiek).

- ✓ Om het aanbod af te stellen op de (steeds) wisselende zorgvraag is een gedegen **analyse** (kwantitatief en kwalitatief) van de zorgvragen van (potentiële) cliënten noodzakelijk. Dit dient niet enkel tijdens de startfase van het zorgcircuit te gebeuren, maar ook op een meer permanente basis. Ook hier kan een samenwerking met universitaire diensten of andere instanties belangrijk zijn.
- ✓ De verschillende elementen betreffende het zorgcircuit worden **geconcretiseerd**, zodat een door alle regionale partners gedragen concept kan gebruikt worden als richtingaanwijzer tijdens het overleg tussen de verschillende participerende voorzieningen (taal, afspraken etc.).
- ✓ **Bindende afspraken** tussen de verschillende zorgvoorzieningen over samenwerking en taakverdeling zijn noodzakelijk. Richtinggevend hierbij is dat deze afspraken moeten leiden tot het ontstaan van een netwerk van goed op de hulpvraag afgestemde, complementaire zorgvoorzieningen.
- ✓ Naast afspraken tussen verschillende voorzieningen die participeren aan het zorgcircuit, dienen ook duidelijke afspraken gemaakt te worden met de **'belendende sectoren'** zoals Justitie, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Bijzondere Jeugdbijstand etc). Ook hier dienen onderlinge taakafspraken en samenwerking te worden geconcretiseerd.
- ✓ Zowel tijdens het opstarten als tijdens het verder uitbouwen van een zorgcircuit is een **stuurgroep** noodzakelijk. Eén van de belangrijke opdrachten van deze stuurgroep is hier de permanente bewaking van de afstelling van het zorgaanbod op de zorgvraag binnen het zorgcircuit. Ook het opstellen en begeleiden van een stappenplan in functie van het opstarten van een zorgcircuit, behoort tot de taken. Bij het opstarten van een zorgcircuit is het belangrijk dat mensen rond de tafel zitten die gemandateerd zijn en beslissingskracht hebben.
- ✓ Om binnen het zorgcircuit continuïteit te kunnen garanderen over voorzieningen heen dient bij de indicatiestelling en het opstellen van het

behandelplan – in overleg met de cliënt – te worden vastgelegd welk **zorg-traject** de cliënt zal volgen, in welke modules en op welke locatie. Wanneer de cliënt in een vervolgfase op een andere locatie terechtkomt dient niet opnieuw een volledige indicatiestelling te gebeuren. Communicatie en informatieoverdracht tussen hulpverleners en begeleiders dient te gebeuren in het kader van casusbesprekingen en cliëntopvolging binnen een geïntegreerd **teamoverleg**.

- ✓ Voor cliënten die behoren tot een kleine, goed omschreven doelgroep zoals cliënten met een dubbele diagnose, minderjarige druggebruikers of extreem problematische druggebruikers kan **case management** ingeschakeld worden. Case management kan plaatsvinden, ongeacht in welke fase van de behandeling de cliënt zich bevindt of waar deze behandeling wordt aangeboden. De casemanager coördineert de zorg rond de cliënt over voorzieningen heen, bemiddelt waar nodig en brengt de verschillende betrokken actoren samen in functie van de concrete hulpvraag van de cliënt. Op die manier kan een totaal en geïntegreerd zorgaanbod gegarandeerd worden, waarbij naast specifieke behandeling en begeleiding ook aandacht wordt besteed aan huisvesting, tewerkstelling, budgetbegeleiding en vrijetijdsaspecten. Casemanagement mag echter geen verplichtend karakter hebben.
- ✓ Een reorganisatie van de hulpverlening zal niet van vandaag op morgen gebeuren en zal zeer arbeidsintensief zijn. **Mensen en middelen** zijn nodig om een vlot werkend zorgcircuit te realiseren, zoniet dreigen goed onderbouwde plannen dode letter te blijven. Vooral in de startfase kan men een grote tijdsinvestering verwachten van zowel beleidsmensen als hulpverleners, die ten koste gaat van directe cliëntenzorg of eigen beleidswerk.

Bestaande regionale werkzaamheden, waarbij door de betrokken actoren uit de verslavingszorg gepoogd wordt om in een bepaald werkgebied de verschillende noodzakelijke zorgfuncties en modules onder de vorm van een zorgcircuit aan een bepaalde doelgroep aan te bieden, moeten **financieel ondersteund worden**. Een netwerk van zorgeenheden staat dan in voor de gezamenlijke exploitatie van het zorgcircuit.

Netwerken en zorgcircuits kunnen operationeel zijn en erkend worden

binnen de **bestaande regelgeving en financieringsvormen**, op voorwaarde dat voorzieningen de huidige middelen flexibel en creatief kunnen aanwenden en zonder dat ze hiervoor gesanctioneerd worden op basis van structurele elementen (bv. bed- of personeelsbezetting).

Indien geopteerd wordt voor een **nieuw en éénvormig financieringsstelsel** zal dit effectief in de plaats moeten komen van de huidige systemen. Een belangrijke voorwaarde is wel dat dit opzet zowel door de sector als door de betrokken overheden ondersteund en nauwgezet moet voorbereid worden, voordat het op ruimere schaal geïmplementeerd kan worden.

Samenvattend kan gesteld worden dat de overheid de nodige 'incentives' dient aan te reiken, zodat de betrokken actoren (diverse voorzieningen en diensten) creatief en experimenteel nieuwe samenwerkingsmodellen kunnen uittesten in het belang van de cliënt.

## Bronnen:

- ✓ VAD (1996). *Visie met betrekking tot de drughulpverlening in Vlaanderen* (niet-gepubliceerde tekst). Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- ✓ Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989). *Advies functies, hulpverlening aan verslaafden* (publicatie uitgebracht aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). NRV, Zoetermeer, mei 1989;
- ✓ Bachrach, L.L. (1981). Continuity of Care for Chronic Mental Patients: A Conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, 38(1), 1449-1456.
- ✓ De Meulemeester, P., Molenberghs, G., Nassen. E. & Bellings, P. (1998). Een pragmatisch en cliëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg. *Acta Hospitalia*, 3, 29-44.
- ✓ Knapen, J. & Van Holsbeke, J. (1997). Een masterplan voor de organisatie en inhoudelijke vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg: Situering van en toelichting bij twee adviezen van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen. *Acta Hospitalia*, 4, 148-154.
- ✓ Miller, W.R. & Hester, R.K. (1989). Inpatient alcoholism treatment: Rules of evidence and burden of proof. *American Psychologist*, 44, 1245-1246.
- ✓ Miller, W. (1992). The effectiveness of treatment approaches for substance abuse : reasons for optimism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 93-102.
- ✓ NRZV (1997). *Advies (2de deel) van de permanente werkgroep psychiatrie inzake toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur Gezondheidszorg.
- ✓ Nassen, E., Theunis, K., Du Laing, L. & Van Holsbeke, J. (1999). Nieuw beschrijvend begrippenkader Geestelijke Gezondheidszorg. Brussel: Licap.

## Leden van het platform

### Zorgcircuit 'Problematisch middelengebruik'

- ✓ Geert Dom (ALTOX, Antwerpen)(red.)
- ✓ Hilde Dierckx (KU Leuven)(red.)
- ✓ Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent)(red.)
- ✓ Jana Van Zegeeren (CGG De drie stromen, Lokeren)(red.)
- ✓ Frieda Matthys (MATT TALBOT, Antwerpen)(red.)
- ✓ Corrie Rijsbosch (ADIC, Antwerpen)
- ✓ Marcel Vanhex (CAD, Hasselt)
- ✓ Heidi Adriaenssens (CGG, Mechelen)
- ✓ Alphonsse Franssen(DE SLEUTEL, Merelbeke)
- ✓ Johan Maertens(DE SLEUTEL, Merelbeke)
- ✓ Geert Pijpe (PC ST JOZEF, Pitted)
- ✓ Lou Vinken (MSOC, Genk)
- ✓ Jo Jocque (PC ST JAN BAPTIST, Zelzate)
- ✓ Marleen Koninckx (PC BROEDERS ALEXIANEN, Tienen)
- ✓ Greta Fierens (PC BROEDERS ALEXIANEN, Boechout)
- ✓ Eddy Deproost (PC ST JOZEF, Pitted)
- ✓ Jean-Pierre Broothaers (PRIMAVERA, Brussel)
- ✓ Lies Van Ongeval (Drugplatform Midden West-Vlaanderen)
- ✓ Geert Verstuyf (VAD)(eindred.)

VAD, E. Tollenaerstraat 15, 1020 Brussel

Tel.: 02/423.03.33

Fax: 02/423 03 34

e-mail: [vad@vad.be](mailto:vad@vad.be)

website: [www.vad.be](http://www.vad.be)

D/2001/6030/7

Ver. uitg.: S. Ansoms, E. Tollenaerstraat 15, 1020 Brussel