

Visienota:

Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met een verslavingsprobleem

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
PROCESBESCHRIJVING	3
DANK AAN	3
SITUERING	4
EEN NIEUWE TOEKOMST	4
PREVENTIE ÉN ZORG	5
INSPELEN OP NIEUWE TENDENSEN EN DOELGROEPEN	6
GEDRAGEN FUNDAMENTEN	6
HERSTELGERICHTE ZORG IN EEN CONTEXT VAN VERSLAVING	8
VERSLAVING	8
DE WEG NAAR HERSTEL.....	9
ZORG, ONDERSTEUNING, MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING	10
ZORGCIRCUITS, -NETWERKEN, -MODULES EN -TRAJECTEN	10
DOELSTELLINGEN EN PRINCIPES VAN DE VERSLAVINGSZORG	12
1. AANGEPASTE ZORG	12
2. LAAGDREMPelige TOEGANG.....	13
3. FOCUS OP VROEGE DETECTIE EN INTERVENTIE	13
4. AANDACHT VOOR DE OMGEVING	14
5. LOKAAL EN REGIONAAL GEORGANISEERD.....	14
6. EMANCIPATORISCH EN PARTICIPATIEF	15
7. BEELDVORMING ROND MIDDELENGEBRUIK EN VERSLAVING, OOK IN DE HULP- EN DIENSTVERLENING.....	16
DOELSTELLINGEN IN EEN NOTENDOP	17
PRINCIPES IN EEN NOTENDOP	17
WERVEN VOOR DE TOEKOMSTIGE VERSLAVINGSZORG	19
1. OP PATIËNT-/CLIËNTNIVEAU FLEXIBELE ZORGTRAJECTEN OP MAAT UITBOUWEN	19
2. OP ORGANISATORISCH NIVEAU OPTIMAAL GEBRUIK MAKEN VAN BESTAANDE EN ZICH ONTWIKKELENDE ZORGNETWERKEN.....	19
3. GOEDE BEHANDEL- EN ZORGPRAKTIJKEN IMPLEMENTEREN.....	19
4. VERSLAVINGSDESKUNDIGHEID BEVORDEREN	19
5. AFSTEMMEN VAN HET GEESTELIJK GEZONDHEIDSBELEID ROND VERSLAVING MET ANDERE BEVOEGDHEIDSDOMEINEN ('HEALTH IN ALL POLICIES')	19
6. OP VLAKE VAN FINANCIERING.....	20
7. DE ERVARINGSDESKUNDIGHEID VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN EN HUN OMGEVING VALORISEREN.....	20

Voorwoord

Beste lezer

Deze visietekst heeft vorm gekregen in een dialoog tussen de gespecialiseerde verslavingszorg, de brede geestelijke gezondheidszorg, de belendende sectoren (werk, wonen, justitie, welzijn, ...) en gestabiliseerde verslaafden en familievertegenwoordigers. Een 'visietekst' omdat we voorbij het reële aanbod en voorbij individuele overtuigingen hebben gekeken naar wat personen met een beginnende of ernstige verslaving nodig hebben, nu en in de toekomst. Dit proces vond plaats in de huidige kaders: de zesde staatshervorming waardoor Vlaanderen bevoegd wordt voor het overgrote deel van de verslavingszorg, de beleidskeuze om de gespecialiseerde verslavingszorg in te kantelen in de brede geestelijke gezondheidszorg, de Vlaamse sociale bescherming die we zullen uitbouwen en de integrale jeugdhulp.

De inzet was groot, en er was ook de bereidheid om andere dan de klassieke paden te bewandelen. Deze tekst is een belangrijke aanzet voor de verdere vormgeving van het Vlaamse beleid inzake geestelijke gezondheid en verslaving en voor de regelgeving daarrond. Op basis van deze tekst en binnen de contouren van het Vlaams Regeerakkoord, zullen we bij de Vlaamse overheid het gesprek verderzetten over het toekomstig beleidskader voor de Vlaamse verslavingszorg.

Jo Vandeurzen,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Procesbeschrijving

Om tot een uitgeschreven visie te komen op hoe we in Vlaanderen de zorg voor verslaafden zullen vormgeven en integreren in de geestelijke gezondheidszorg hebben we tussen begin mei 2015 en 30 oktober 2015, de dag van de conferentie, 4 grote stappen gezet:

1. Op 5 mei brachten we de verschillende betrokkenen bij verslavingszorg in Vlaanderen samen. Op deze kick-off schetsten we kort het proces dat we wilden voeren om tot een visietekst te komen. De aanwezigen konden hun feedback geven op de voorgestelde aanpak én, niet onbelangrijk, aangeven wie volgens hen bij het opstellen van de visietekst moest betrokken worden.
2. Op 6 en 7 juli 2015 volgde een intense 2-daagse gericht op visievorming. Een 35-tal vertegenwoordigers van de gespecialiseerde verslavingszorg, de geestelijke gezondheidszorg, belendende sectoren (zoals jeugdhulp, justitiehuisen, welzijn...), gestabiliseerde verslaafden en familievertegenwoordigers gaf input voor de eerste versie van de visietekst. Ze formuleerden doelstellingen en principes en dachten na over hoe de gewenste zorg en dienstverlening ingebed kan worden binnen de geestelijke gezondheidszorg.
3. Tijdens de zomer werd de eerste versie van de visietekst uitgeschreven, waarbij verschillende deelnemers schriftelijk input en commentaar leverden op tussentijdse tekstvoorstellen.
4. Half september werd dan een eerste, volledige versie van de visietekst naar alle deelnemers opgestuurd met de vraag om feedback. De verzamelde feedback vormde de input voor een ½-daagse workshop op 22 september waar de visietekst grondig werd besproken en waar nodig aangepast. Een laatste eindredactie volgde en het finale resultaat leest u in de volgende bladzijden: de visietekst zoals hij wordt voorgesteld op de conferentie 'Verslavingszorg' van 30 oktober 2015.

Dank aan

Alphonse Franssen, Anja Schillebeeks, Anne Meeus, Annelies Vekeman, Bert Joosen, dr. Cathy Matheï, Cis Schiltmans, Corrie Rijsbosch, Damien Versele, Dirk Vandeveld, Else Tambuyzer, Elsie Ponnet, Prof. Dr. Freya Vander Laenen, Dr. Frieda Matthys, Prof. Dr. Geert Dom, Geert Michiels, Geert Vanham, Hilde Van Der Linden, Ivo Pernet, Jan Theuwen, Karen Beuckx, Karolien Weemaes, Katia Vandendriessche, Marcel Vanhex, Marijs Geirnaert, Mario De Prijcker, Mario Verzele, Martine Van Gierdeghom, Patrick Nijsmans, Dr. Peter Joostens, Piet Dheedene, Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen, Tino Ruyters, Veerle Cortebeek, Wim Meyvis, Yves Wuyts.

Situering

Door de zesde staatshervorming werden heel wat bevoegdheden op vlak van de zorg voor personen met een verslavingsprobleem overgeheveld naar Vlaanderen. Voordien was Vlaanderen al volledig bevoegd voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en de thema's tabak-, alcohol- en drugpreventie. Na de zesde staatshervorming komen daar onder meer de RIZIV-conventies verslavingszorg, het Verslavingsfonds, de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR), de Initiatieven Beschut Wonen, de Psychiatrische Verzorgingstehuizen, de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg en diverse structuren op de eerste lijn bij. Ook door de verdere afslanking van de provincies komen bijkomende taken en opdrachten rond zorg voor mensen met een verslaving naar het Vlaamse niveau.

Een nieuwe toekomst

Deze overdracht en centralisatie van bevoegdheden biedt Vlaanderen de opportuniteit om een nieuwe toekomstvisie en een eigen beleid uit te werken voor de zorg voor, en opvang en begeleiding van mensen met een verslavingsprobleem en hun omgeving. Een beleid dat tegemoet komt aan de noden van de patiënt/cliënt en van zijn/haar omgeving, en zich toelegt op goede praktijken, inspeelt op bestaande en nieuwe wetenschappelijke inzichten en innovatie, en rekening houdt met ervaringen van patiënten/cliënten, experts en terreinwerkers.

Met dit nieuwe beleid zet de Vlaamse overheid in op een verbetering van de gezondheid, de levenskwaliteit, en het herstel van iedereen die kampt met een verslavingsprobleem. Gezondheid en levenskwaliteit interpreteren we daarbij in een breed perspectief, naar analogie met de definities van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO).¹

Om deze ambitie waar te maken wensen wij te werken naar een aansluiting van de huidige 'categoriaal georiënteerde' verslavingszorg bij de ruimere geestelijke gezondheidszorg. Deze beweging sluit aan bij de erkenning van verslaving als een psychiatrische aandoening met biologische en psychosociale componenten en moet toelaten om te komen tot meer flexibele zorgtrajecten, meer zorg op maat, en meer zorgcontinuïteit voor mensen met een verslaving, die daarenboven vaak nog kampen met andere psychische stoornissen.

Bovendien worden vandaag al heel wat mensen met een verslavingsprobleem opgevangen in de geestelijke gezondheidszorg door deskundige zorgverleners en bestaan er op verschillende niveaus en in diverse regio's al samenwerkingsverbanden tussen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.

¹ De WGO definieert gezondheid als 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken'. Levenskwaliteit is voor de WGO 'de inschatting van individuen van hun positie in het leven tegen de achtergrond van de culturele en waardensystemen waarin ze leven, en in relatie tot hun doelstellingen, verwachtingen, normen en bezorgdheden'.

Deze aansluiting van de 'categoriaal georiënteerde' verslavingszorg bij de geestelijke gezondheidszorg streeft in de eerste plaats een inhoudelijke harmonisatie na, met respect voor de identiteit, de opdrachten en de competenties van de verschillende voorzieningen.

De finaliteit is enerzijds om een gepast antwoord te bieden op de verschillende zorgvragen en zorgnoden van mensen met een verslavingsprobleem en van hun omgeving. Anderzijds om de algemene zorginstellingen beter toegankelijk te maken voor personen met een verslavingsprobleem. Want de zorg voor deze mensen moeten we in een 'generalistisch zorgkader' aanpakken waar we dat kunnen, en pas wanneer het nodig is in een 'specifiek' of 'gespecialiseerd zorgkader'.

Het is uitdrukkelijk *NIET* de bedoeling dat de gespecialiseerde verslavingscentra met hun specifieke expertise worden opgeslorpt door het grotere geheel van geestelijke gezondheidszorg. Er is dan wel niet langer een categoriaal zorgaanbod voor verslaving, los van de geestelijke gezondheid, er blijft wel een aanbod van gespecialiseerde intensieve verslavingszorg die volwaardig deel uitmaakt van de geestelijke gezondheidszorg. Deze gespecialiseerde zorg kan zowel in ambulante als residentiële vormen worden geboden, en maakt deel uit van een geïntegreerd zorgaanbod.

Daarom wil Vlaanderen de bestaande expertise rond verslavingszorg verankeren in een nieuw beleid dat intense en betere samenwerking toelaat met de verschillende diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg en de afstemming faciliteert met andere zorgactoren en partners in belendende sectoren (jeugdhulp, welzijn, justitie, veiligheids- en politionele diensten, wonen, ...). Uiteindelijk moet deze aansluiting zorgen voor een beter en efficiënter afgestemd zorgaanbod waarbij de zorgcontinuïteit toeneemt en het risico afneemt dat mensen met een verslavingsprobleem tussen de mazen van het net vallen.

Tot slot integreert de Vlaamse overheid waar mogelijk bestaande en toekomstige systemen. Een decreet sociale bescherming brengt het beleid voor personen die gedurende een lange periode afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het dagelijkse leven, onder in een consistent systeem. We onderzoeken of en hoe mensen met een verslavingsprobleem in dit systeem kunnen worden ondergebracht. De Vlaamse sociale bescherming probeert de zorgzwaarte en ook de zorgondersteuning te objectiveren en respecteert de autonomie van elke mens.

Preventie én zorg

De Vlaamse overheid is ervan overtuigd dat ook voor de problematiek van verslaving het aloude adagium geldt: 'voorkomen is beter dan genezen'. De bestaande gezondheidsdoelstelling 'het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen' loopt weldra af. In 2016 zal daarover een nieuwe gezondheidsconferentie worden georganiseerd waarin de preventie van tabak-, alcohol- en druggebruik aan bod komt, en waaruit een nieuwe gezondheidsdoelstelling en actieplan zullen komen.

De focus van dit visiedocument is in essentie gericht op de zorg voor en behandeling van mensen met een verslavingsprobleem, en niet op de preventie van verslavingsproblemen. Weliswaar met de belangrijke kanttekening dat de Vlaamse

overheid preventie en zorg niet van elkaar wil scheiden. Goed geïmplementeerde preventieprogramma's hebben immers een impact op de verslavingszorg. Omdat ze bijvoorbeeld experimenteel risicogedrag uitstellen of voorkomen, waardoor de kans op problematisch gebruik of verslavingsgedrag vermindert. En omgekeerd zorgt een goede aanpak van verslaving dat verdere escalatie en herval wordt voorkomen.

Het is daarom evident dat in deze tekst, vanuit een perspectief van verslavingszorg, wel verbindingen worden gelegd naar preventie. Bovendien zal de kennis en expertise aanwezig in de verslavingszorg, worden aangesproken om de nieuwe gezondheidsdoelstelling inzake tabak, alcohol en drugs vorm te geven en zelfs uit te breiden naar andere vormen van middelengebruik en gedragsverslavingen (gokken, gamen, ...).

Inspelen op nieuwe tendensen en doelgroepen

In de evolutie naar meer herstelgerichte zorg moeten de noden en vragen van de mensen met een verslavingsprobleem (en hun omgeving) centraal staan, en veel minder de drug, het middel, of het type van verslaving.

Dit betekent concreet dat de verslavingszorg, naast aandacht voor personen die afhankelijk zijn van de klassieke, legale en niet-legale middelen, ook inzet op het gebruik/misbruik van andere psychoactieve stoffen (medicatie, NPS (nieuwe psychoactieve stoffen), ...) en op gedragsverslavingen als gok- en gameverslaving. De zorgverleners in de verslavingszorg zijn goed geplaatst om nieuwe evoluties en tendensen in de verslavingsproblematiek te capteren en te signaleren.

Tegelijkertijd moeten we er ons bewust van zijn dat sommige bevolkingsgroepen een hoger risico lopen op verslavingsproblemen of om specifieke aandacht vragen. Er is nood aan bijkomende informatie en onderzoek om de diversiteit en omvang van deze kwetsbare groepen beter in beeld te brengen, hun specifieke noden uit te klaren en gepaste behandelingsstrategieën te ontwikkelen zodat kan voorzien worden in een voldoende en gericht aanbod.

Tot slot verwachten we van de zorgverleners dat ze doeltreffende en kosteneffectieve interventies toepassen, dat ze consolideren wat werkt, maar ook dat ze open staan voor innovatieve of herontdekte zorgvormen in het gehele continuüm van het behandelingsaanbod (voor- tot nazorg), waaronder zelfhulp, outreachend werken (waar nodig), online methodieken, groepsgericht werken, lotgenotencontact, inzetten van ervaringsdeskundigheid, enz.

Gedragen fundamente

In het vormgeven van een nieuw Vlaams beleid heeft de Vlaamse overheid alle relevante partners betrokken om een brede gedragenheid te creëren, zowel binnen de gespecialiseerde verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg als bij partners in belendende sectoren én bij de direct betrokkenen: personen met een (gestabiliseerd) verslavingsprobleem en hun omgeving.

De Vlaamse overheid is echter niet als enige bevoegd voor verslavingszorg. Ook de Europese overheden, de federale overheid (o.a. de ministers van Volksgezondheid en Justitie), de steden en gemeenten (en tot voor kort ook nog de provincies) hebben bevoegdheden met raakpunten aan de verslavingszorg. Een Vlaamse visie op

verslavingszorg moet hiermee rekening houden, en een afgestemd beleid mogelijk maken.

Alleszins zijn de gerichtheid op de specifieke zorgnoden van de patiënt/cliënt en zijn omgeving, de focus op herstel en de aansluiting tussen de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg duidelijke beleidskeuzes die Vlaanderen maakt, en hiermee wordt het speelveld afgebakend waarbinnen het verdere beleid vorm zal krijgen.

Herstelgerichte zorg in een context van verslaving

Vooreerst is een goed begrip van de terminologie essentieel. Spraakverwarring over welke lading een term dekt, is vaak een hinderpaal bij nieuwe samenwerkingen. Daarom moeten we even stilstaan bij enkele begrippen, onder meer wat 'herstelgerichte' 'zorg' concreet betekent voor mensen met een 'verslavings'-probleem.

Verslaving

Verslaving is in de eerste plaats een gezondheidsprobleem, dat schade veroorzaakt bij een individu op het vlak van fysieke gezondheid, geestelijk functioneren, maatschappelijk participeren (in gezin, school, op het werk, ...) en persoonlijke ontwikkeling (zingeving, ...).²

Naast de individuele kost en de kost voor de omgeving, is de maatschappelijke kost van deze problematiek op vlak van gezondheidszorg, veiligheid, productiviteitsverlies, sociale cohesie en welzijn zeer groot.

Verslaving is een aandoening met biologische en psychosociale componenten. Verslaving treedt op bij mensen die afhankelijk zijn geworden, hetzij van een psychoactieve stof (alcohol, drugs, medicatie...), hetzij van een gedrag (gokken, gamen, ...). De persoon is vaak zelf moeilijk of niet in staat om zijn afhankelijkheid te doorbreken.³

Er bestaat niet één oorzaak van verslaving of van het (experimentele) gedrag dat daaraan voorafgaat. Voor elk individu gaat het om een combinatie van factoren en mechanismen waardoor bij de één wel verslaving ontstaat en bij de ander niet. Tot deze factoren behoren genetische determinanten, psychische en somatische aandoeningen, sociale en culturele omstandigheden, stressvolle en traumatische ervaringen, enz.

De benadering van een verslavingsprobleem situeert zich op een continuüm van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, diverse vormen van hulpverlening ('cure' en 'care'), schadebeperking, maatschappelijke integratie en opvolging. Daarbij moet niet alleen aandacht gaan naar de gedragsaspecten van verslaving, maar ook naar de cognitieve, emotionele en existentiële aspecten.

Verslaving is een aandoening die neigt naar een chronisch verloop. Daarom is realisme op zijn plaats bij het vastleggen van de behandelingsdoelen. Toch moeten blijvend optimisme en hoop op verandering houvast bieden voor herstel. Herstelen betekent in deze optiek ook het hervinden en leren inzetten van de eigen kracht door een proces van zelfversterking en emancipatie (zie ook 'herstelgerichte zorg'). Ervaringsdeskundigen kunnen hierbij een toegevoegde waarde bieden vanuit hun eigen beleving en ondervinding.

² Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Memorandum over de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen. Januari 2014. <http://www.vad.be/media/1556654/memorandum%202014.pdf>

³ GGZ Nederland. Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel. 2013. http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_956849.pdf

De weg naar herstel

De wetenschappelijke literatuur verleent weliswaar houvast voor een invulling van het begrip 'herstelgerichte zorg', maar niet alle auteurs hanteren dezelfde definitie en de inhoud ervan ligt anders voor verschillende doelgroepen in de zorg.

Deze visienota hanteert volgende definitie voor herstelgerichte zorg voor een persoon met een verslaving⁴: ***'Herstel van verslavingsgedrag en eraan gerelateerde problemen is een individueel proces van positieve verandering, op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling.'***

Ook in deze definitie wordt 'verslavingsgedrag' in ruime zin beschouwd: het betreft zowel problematisch gebruik van middelen als gedragsverslavingen (gokken, games, internet ...) en ermee gepaard gaande problemen op vlak van lichamelijk en psychische gezondheid, werk, huisvesting, politie-justitie,

Herstel van verslavingsgedrag betreft alle dimensies van herstel:

- klinisch herstel: bevorderen van gezondheid, reductie van symptomen
- functioneel herstel: uitvoeren van dagelijkse activiteiten en herstel van functioneren op bio-psycho-sociaal vlak
- maatschappelijk herstel: betreft iemands participatie en positie in de samenleving (bv. rol in het gezin, werk hebben (al dan niet betaald), maatschappelijke identiteit herwinnen, ...)
- persoonlijk herstel: hoop, zelfwaardering, identiteit, zingeving, toekomstperspectief

Deze vier vormen van herstel hangen nauw samen en zijn van elkaar afhankelijk.

Bovendien is persoonlijk herstel de motor voor verder klinisch, functioneel en maatschappelijk herstel. Herstelgerichte zorg vertrekt van de sterktes en krachten in de persoon en zijn omgeving. Motivatie is een belangrijke motor voor verandering, waarbij 'peer support' en ondersteuning door het sociaal netwerk cruciaal zijn.

Vanuit een 'herstel'-bevorderende houding worden personen ondersteund om zelf controle te verwerven over het eigen leven ('agency'), onder meer door controle te verwerven over hun middelengebruik (≠ gecontroleerd gebruik). Daarbij dienen zelfbepaling en keuzevrijheid – tenzij het niet anders kan – voorop te staan. Het ontwikkelen van een nieuwe, positieve identiteit, evenals maatschappelijke inclusie en volwaardig burgerschap zijn de streefdoelen van herstelgerichte zorg.

Het herstelproces verschilt van persoon tot persoon en er zijn verschillende wegen naar herstel. Dit veranderingsproces is niet lineair maar eerder multidimensionaal, waarbij de ondersteuningsbehoeften wisselen in de tijd.

Het herstel draait rond positieve veranderingen op verschillende levensdomeinen. Op vlak van verslaving zijn verschillende streefdoelen mogelijk: abstinentie, gecontroleerd of verminderd gebruik, of verminderen van de schadelijke gevolgen voor de persoon

⁴ Deze definitie kwam tot stand op basis van de wetenschappelijke literatuur en na een overleg in een multidisciplinaire werkgroep

met een verslavingsprobleem en/of zijn omgeving.

Verslavingszorg dient het herstel van mensen met een verslavingsprobleem te ondersteunen en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met actoren uit belendende sectoren zoals welzijnswerk, gezondheidszorg, justitie, tewerkstelling ... en in samenwerking met het informeel en natuurlijk netwerk van de betrokkenen.

Zorg, ondersteuning, maatschappelijke dienstverlening

De term 'zorg' dekt verschillende ladingen, afhankelijk van de context. Zorgverleners durven 'zorg' nog wel eens te reduceren tot 'hun' formele aanbod: ze houden zich bezig met het verbeteren van de gezondheid of met het ondersteunen van de zelfzorg bij verminderde zelfredzaamheid. Zoals de Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid Gezin (SAR WGG)⁵ echter stelt, is zorg meer dan de optelsom van professionele diensten. Zorg kan ook informeel zijn (mantelzorg, vrijwilligerszorg, zorg voor familieleden, zelfhulp...) en/of gericht zijn op de omgeving van de zorgvrager in plaats van op de zorgvrager zelf. Bovendien spreekt men in diverse sectoren veeleer van 'ondersteuning', of herkennen sommige vormen van hulp- en maatschappelijke dienstverlening en gemeenschapswerk zich veeleer in de term 'sociale dienstverlening' in plaats van in de term 'zorg'.

Net als de Strategische Adviesraad in zijn visienota over geïntegreerde zorg, verbinden we in deze nota over verslavingszorg de begrippen 'zorg', 'ondersteuning' en 'sociale dienstverlening' met elkaar in een open benadering. Op plaatsen waar de term 'zorg' wordt gebruikt, worden inherent ook de andere termen bedoeld. We gaan daarbij terug tot de originele betekenis van de term, namelijk 'zorgen voor elkaar' in al zijn verschijningsvormen.

De verslavingszorg heeft vele gezichten omdat verslaving vele gezichten heeft. Het meest beeldbepalend zijn mensen die door hun langdurig middelengebruik kampen met een veelheid van problemen op verschillende levensdomeinen. Er zijn echter ook andere, op het eerste gezicht voor de buitenwereld minder ingrijpende, vormen van verslaving (medicijn-, gok-, gameverslaving ...) en bovendien zijn niet alle verslavingsproblemen chronisch van aard. Problemen kunnen zich ook situeren bij occasioneel of experimenteel gebruik, bij middelenmisbruik of bij acuut problematisch gebruik. Dat bepaalde verslavingsvormen of occasionele problemen minder opvallen, wil echter niet zeggen dat ze geen reële impact hebben op het leven van deze mensen en hun partners, kinderen of ouders. Ook op die 'minder zichtbare verslavingen' moet de verslavingszorg een antwoord bieden.

Zorgcircuits, -netwerken, -modules en -trajecten

Naar analogie met de hervormingsbewegingen in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen⁶ en kinderen en jongeren⁷, wenst de Vlaamse overheid de zorg voor personen met een verslavingsprobleem te organiseren in zorgcircuits (afgestemd zorgaanbod) en zorgnetwerken (samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders dat

⁵ Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen, Brussel, 7 december 2012.

<https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-in-vlaanderen>

⁶ www.psy107.be - Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken.

⁷ www.psy0-18.be - Nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.

zorgcircuits organiseert).⁸ Hierdoor verzekeren we dat individuele zorgtrajecten gecoördineerd verlopen en de zorgcontinuïteit is verzekerd. Ten aanzien van een aantal cliënten/patiënten betekent dit concreet dat de betrokken zorgactoren tot een gezamenlijk handelingsplan komen, waarbij wordt afgesproken welke actor wat, wanneer doet. De zorg sluit aldus zo dicht mogelijk aan op de behoeften en zorgvragen van de cliënt/patiënt en zijn omgeving.

Het is de bedoeling om de zorgtrajecten voor personen met een verslaving in te bedden in bestaande netwerken zoals de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor (jong)volwassenen en de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren/integrale jeugdhulp.

⁸ De concepten 'zorgcircuit' en 'zorgnetwerk' zijn opgenomen in artikel 11 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

Doelstellingen en principes van de verslavingszorg

Wat mag/kan een persoon met een verslavingsprobleem verwachten van een 'geïntegreerde' en 'op herstel gerichte' verslavingszorg? Wat mag de omgeving (partner, ouders, kinderen, broers en zussen, maar ook medeleerlingen, collega's ...) van de verslavingszorg verwachten? Welke rol kan de verslavingszorg spelen in hoe de samenleving omgaat met verslaving en 'verslaafden'?

1. Aangepaste zorg

Personen met een verslavingsprobleem hebben recht op 'zorg op maat'. Die zorg heeft tot doel hun levenskwaliteit en welbevinden te verbeteren op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling.

- *Een 'zorg op maat' begint bij vroegdetectie en vroeginterventie, en kan variëren van opvang tot zorg, van ondersteuning en begeleiding tot genezende behandeling (care en cure). De intensiteit en het type van zorg kan wijzigen in de tijd, aangepast aan de fase waarin de zorgvrager zich bevindt en de problemen die zich voordoen.*
- *De indicatiestelling en de zorg strekken zich uit over alle levensdomeinen vanuit een brede visie op herstel (en is dus niet alleen gericht op niet-gebruiken).*
- *Waar het kan, worden verslavingsproblemen in een generiek zorgkader aangepakt. Waar nodig, wordt doorverwezen naar gespecialiseerde zorg.*
- *In een aantal cliëntsituaties gaat het om een langdurige begeleiding van een chronische problematiek waarvoor voldoende flexibiliteit en continuïteit (opvolging) van zorg aanwezig moeten zijn, en een multidisciplinaire benadering noodzakelijk is.*
- *Om aangepaste zorg te bieden, dient het zorgaanbod veelzijdig en gedifferentieerd te zijn; gericht op verbetering van de levenskwaliteit; beheersing van de problemen; schadebeperking; bevordering van probleeminzicht; motivatie tot verandering; ondersteuning bij juridische, financiële en sociale problemen; support bij opleiding, tewerkstelling, woonsituatie, relaties etc.*
- *Het zorgaanbod heeft zowel aandacht voor mensen die afhankelijk zijn van psychoactieve stoffen (alcohol, drugs, psychoactieve medicatie, NPS, ...), als mensen die kampen met een gedragsverslaving (gokken, gamen, ...). Naast de aanpak van chronische verslavingsproblemen, richt het aanbod zich ook op problemen die zich kunnen voordoen bij experimenteel of acuut gebruik en bij middelenmisbruik.*
- *De betrokken zorgactoren komen tot een gezamenlijk handelingsplan ten aanzien van een individuele patiënt/cliënt, waarbij wordt afgesproken welke actor wat, wanneer doet.*
- *Om de kwaliteit van zorg te garanderen, moet de verslavingszorg uitgaan van drie kennisbronnen: wetenschappelijke kennis (met inbegrip van kwaliteitsstandaarden, bv. COMIQS.BE-project), praktijkkennis van de zorgverlener én ervaringskennis van personen met een verslavingsprobleem en mensen uit hun omgeving. In de zoektocht naar effectieve en doelmatige interventies is deze laatste kennisbron tot nu toe onvoldoende aangeboord.*
- *Tevens moet er oog zijn voor innovatieve vormen van herstelbehandeling.*

- *Zorgafstemming en zorgcoördinatie zijn essentiële voorwaarden voor een zorg op maat.*

2. Laagdrempelige toegang

Personen met een verslavingsprobleem hebben vlot toegang tot aangepaste zorg die afgestemd is op hun specifieke zorgnood.

- *Een toegankelijke zorg betekent ook investeren in nieuwe omgangs- en hulpverleningsvormen die behoren tot de leefwereld van veel cliënten/patiënten. Zo zullen ICT-toepassingen en sociale media een groeiende rol spelen in de zorg, onder meer in de communicatie met de patiënt/cliënt en met zijn omgeving.*
- *De zorg is betaalbaar voor de cliënt/patiënt.*
- *De hulpverlening is zodanig georganiseerd dat de persoon met een verslavingsprobleem of iemand uit zijn/haar omgeving snel bij de juiste persoon terecht komt om een antwoord te krijgen op de hulpnood. Dit betekent een laagdrempelige toegang, beperkte wachttijden, bereikbare locaties ...*
- *Toegankelijkheid veronderstelt ook dat alle medische zorglijnen, alle zorginstellingen en alle instellingen voor maatschappelijke dienstverlening open staan voor mensen met een verslavingsprobleem en hun omgeving.*
- *Een vlotte toegang betekent ook dat er in de eerste lijn, bij de reguliere zorgverleners, in welzijnsvoorzieningen etc. voldoende kennis is over de verslavingsproblematiek, dat er een gebruiksvriendelijk en onderbouwd instrumentarium aanwezig is voor vroegdetectie, en dat elke zorgverlener zijn/haar verantwoordelijkheid opneemt ten aanzien van een persoon met een verslavingsprobleem door gericht door te verwijzen of waar mogelijk zelf een aanbod te (blijven) doen in functie van de zorgnoden en zorgdoelen van de patiënt/cliënt en zijn/haar omgeving.*

3. Focus op vroege detectie en interventie

De vroege signalen met betrekking tot een verslavingsprobleem worden opgepikt en omgezet in aangepaste zorg en ondersteuning.

- *Vandaag ontvangt slechts een kleine minderheid van de personen met een verslavingsprobleem professionele zorg en ondersteuning. Via vroegdetectie en vroeginterventie kan minstens een deel van deze behandelings- en zorgkloof worden verkleind.*
- *De ruime eerstelijns heeft een belangrijke taak om personen met middelenmisbruik of risicogedrag te identificeren (case finding/screening) en mits korte interventie toe te leiden naar gepaste zorg.*
- *Uit onderzoek en ervaringen van zorgverleners blijken bovendien de meeste initiële hulpvragen uit de omgeving van een persoon met een verslavingsprobleem te komen. Zich openstellen en aandacht hebben voor de omgeving (zie doelstelling 4) kan een manier zijn om de behandelingskloof te dichten.*
- *Alle verslavingen die vroegtijdig worden gedetecteerd en aangepakt, kunnen een (verdere) escalatie op meerdere levensdomeinen voorkomen of beperken.*

4. Aandacht voor de omgeving

Ook mensen uit de omgeving van personen met een verslavingsprobleem kunnen terecht in de zorg- en hulpverlening.

- *Mensen uit de omgeving van een persoon met een verslaving hebben vaak problematische ervaringen meegemaakt, ook zij hebben recht op zorg, ondersteuning en begeleiding.*
- *De omgeving is een belangrijke partner in de zorg van de persoon met een verslaving. Zij vormt immers het 'natuurlijk' herstelkapitaal voor deze persoon.*
- *Een kenmerk van verslavingsproblemen is de impact op de bredere omgeving: niet alleen de partner, kinderen, ouders en naaste familieleden worden geconfronteerd met de problemen, maar vaak ook collega's, medeleerlingen, woningverhuurders, burens, etc.*
- *Vaak is het de omgeving die als eerste bij de hulpverlening aanklopt om verslavingsproblemen te signaleren. Die signalen moeten worden gecapteerd en omgezet in gepaste zorg en begeleiding (zie doelstelling 3).*

5. Lokaal en regionaal georganiseerd

Mensen met een verslavingsprobleem krijgen 'zo dicht mogelijk bij huis' een geïntegreerd zorgtraject op maat waarbij ze, afhankelijk van de ernst van het probleem, multidisciplinair en desgevallend sector-overschrijdend worden opgevangen via zowel algemene als gespecialiseerde zorg- en hulpmodules.

- *Er moet een gediversifieerd, weldoordacht en op elkaar afgestemd aanbod van zorg en zorgpaden worden uitgebouwd op lokaal en regionaal niveau, dat flexibel is in de tijd en toelaat om, indien nodig, soepel te schakelen tussen zorgmodules, zorgverleners en zorgvoorzieningen.*
- *Lokaal wordt ingezet op vroeginterventie, schadebeperking en op ambulante hulpverlening, zowel individueel als in groep, in voorzieningen en, indien nodig, ook mobiel ('outreaching', straathoekwerk ...).*
- *Regionaal wordt voorzien in een residentieel aanbod van kortdurende en langdurende therapeutische programma's.*
- *Binnen het zorgaanbod wordt gebruik gemaakt van gemeenschappelijke handelingsplannen. Tevens is een gelijktijdige combinatie van zorgmodules mogelijk, evenals een schakeling in intensiteit van zorg, en dit over voorzieningen heen.*
- *Om flexibel te kunnen schakelen in de zorg, is het aangewezen dat vereenvoudigde procedures en gedeelde paden over voorzieningen worden uitgewerkt. Dit vraagt een vertrouwen op elkaars expertise en duidelijke afspraken over zorgafbakening. Centrale gegevensdeling is mogelijk via het 'e-health'-platform en dient volgens de principes (i.e. privacy, geïnformeerde instemming ...) van dit platform plaats te vinden.*
- *Het lokale en regionale zorgaanbod krijgt de mogelijkheid om flexibel in te spelen op de plaatselijke zorgnoden.*
- *Het zorgaanbod wordt door de verschillende aanbieders regionaal afgestemd via netwerken. Bestaande netwerken, zoals de netwerken voor de vorming van zorgcircuits geestelijke gezondheidszorg voor (jong)volwassenen en de*

netwerken integrale jeugdhulp/geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, worden hiervoor gemobiliseerd.

- *In deze netwerken vinden actoren uit de eerste, tweede en derde lijn, de geestelijke gezondheidszorg, de zelfhulp, de gespecialiseerde verslavingszorg, en de belendende sectoren (bv. CAW, VDAB, sociale economie ...) elkaar, stemmen hun aanbod op elkaar af en stroomlijnen de zorg in zorgpaden.*
- *De gespecialiseerde verslavingszorg binnen de geestelijke gezondheidszorg stelt specifieke expertise ter beschikking in antwoord op casusgebonden hulpvragen van de eerste lijnszorg en andere zorg- en dienstverleningsorganisaties (de bredere geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp, justitie, ...), maar ook voor ondersteuning inzake hun beleid of actieplannen rond verslavingsproblemen, teamconsult, psycho-educatie, gebruik van screeninginstrumenten ...*
- *Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan herstelgerichte zorg. Bijgevolg dienen zelfhulporganisaties en patiëntenorganisaties deel uit te maken van de netwerken in de verslavingszorg.*

6. Emancipatorisch en participatief

Een passend zorgtraject wordt in dialoog en overleg tussen de persoon met een verslavingsprobleem (en zijn omgeving) en de zorgverlener uitgewerkt en gevolgd.

- *De persoon met een verslavingsprobleem, zijn omgeving en de zorgverlener/zorgvoorziening bepalen samen de zorgmogelijkheden, rekening houdend met de indicatiestelling, in de filosofie van kracht- en herstelgericht werken, en rekening houdend met wat praktisch uitvoerbaar is.*
- *Er wordt gestreefd naar interventies die het minst ingrijpend zijn voor de persoon met een verslavingsprobleem maar die toch de mogelijkheid creëren om te komen tot het hoogst haalbare niveau van levenskwaliteit en welbevinden op de verschillende levensdomeinen.*
- *Het emancipatorisch werken steunt op het geloof in de menselijke verantwoordelijkheidszin en de vaardigheden om zelf beslissingen te nemen. Via werkmethodeken, waarin de patiënten/cliënten worden begeleid in een denkproces, vertrekkende vanuit de eigen hulpbronnen en beperkingen, kunnen gefundeerde keuzes worden gemaakt waardoor de draagkracht en het gevoel van zelfwaarde toenemen. Ontwikkeling van motivatie, identiteit en zelfvertrouwen, en het geven van hoop en perspectief zijn essentiële voorwaarden om herstel mogelijk te maken.*
- *In vergelijking met andere ziektebeelden vraagt een emancipatorische benadering in de verslavingszorg extra inspanningen van de zorgverleners. Een aantal mensen met een verslavingsprobleem hebben immers de 'regie over het eigen leven' verloren, ze zijn letterlijk 'slaaf' geworden van hun afhankelijkheid. Ze ontkennen de problemen, of doen er alles aan om zorg en ondersteuning te mijden. De verslavingszorg is hier van oudsher alert voor. Men dient dan de verschillende hulpbronnen in te schakelen (familie, vrienden, school- of werkomgeving, ...) om ondersteuning te bieden, outreachende zorg aan te bieden of in sommige situaties zelfs over te gaan tot aanklampende zorg.*
- *Ook op dit vlak kunnen ervaringsdeskundigen, zelfhulporganisaties en patiëntenverenigingen een belangrijke meerwaarde bieden.*

7. Beeldvorming rond middelengebruik en verslaving, ook in de hulp- en dienstverlening

Evolutie naar een samenleving, met een hulp- en dienstverlening, die verslaving als een gezondheidsprobleem ziet, de kwetsbaarheid van de verslaafde erkent, en betrokkenheid en ondersteuning creëert t.a.v. mensen met een verslavingsprobleem.

- *Verslaving is geen marginaal fenomeen, het komt veel vaker voor dan men denkt. Bovendien heerst er een uiterst negatieve maatschappelijke beeldvorming rond personen met een verslaving, ook bij vele zorgverleners en hulpdiensten. Mensen met een verslavingsprobleem worden vaak gelabeld als gevaarlijk, onvoorspelbaar en zouden de problemen aan zichzelf te danken hebben.*
- *Deze stigmatisering en het gebrek aan kennis over de oorzaken en mechanismen van verslaving hebben grote gevolgen voor de persoon met een verslavingsprobleem en zijn/haar omgeving. Ze leiden tot maatschappelijke uitsluiting en staan herstel en sociale herintegratie in de weg.*
- *Wanneer de persoon met een verslavingsprobleem dit stigma internaliseert, leidt dit tot gevoelens van waardeloosheid, een sterk verminderd zelfvertrouwen en tot verlies van geloof in zichzelf.*
- *De maatschappelijke tolerantie rond het gebruik van legale middelen (i.e. alcohol, psychoactieve medicatie, ...) veranderen.*
- *De visie van en de beeldvorming bij zorgverleners (in ruime zin) over zorgmethodieken en zorgdoelen in de verslavingszorg bijstellen.*

Doelstellingen in een notendop

Personen met een verslavingsprobleem ...

1. ... hebben recht op 'zorg op maat' gericht op een verbetering van hun levenskwaliteit en welbevinden op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling (**aangepaste zorg**),
2. ... hebben vlot toegang tot aangepaste zorg (**laagdrempelige toegang**),
3. ... krijgen 'zo dicht mogelijk bij huis' een geïntegreerd en flexibel aanpasbaar zorgtraject, desgevallend over de sectoren heen (**lokaal en regionaal georiënteerde zorg**),
4. ... volgen een behandelingstraject in dialoog en overleg met hun zorgverlener en hun omgeving (**emancipatorisch en participatieve zorg**).

Mensen uit de omgeving van een persoon met een verslavingsprobleem ...

5. ... worden gehoord en geholpen in de verslavingszorg en worden erkend als belangrijke partner in de zorg (**aandacht voor de omgeving**).

Om de behandelingskloof te beperken ...

6. ... worden vroegdetectie en korte interventies op de eerste lijn systematisch toegepast (**vroegdetectie en vroeginterventie**).

De verslavingszorg zet zich ook mee in ...

- 7.... om de beeldvorming in de samenleving en bij andere zorgverleners over verslaving bij te stellen (**beeldvorming over verslaving**).

Principes in een notendop

Een **zorgtraject** in de verslavingszorg ...

1. ... is aangepast aan de noden van de zorgvrager en zijn/haar omgeving (de patiënt/cliënt staat centraal)
2. ... is gericht op verbetering van de levenskwaliteit en op herstel op klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk vlak
3. ... volgt een holistische benadering en is gericht op meerdere levensdomeinen
4. ... staat garant voor continuïteit, is flexibel in de tijd en laat toe om, indien nodig, soepel te schakelen tussen zorgmodules en zorgverleners/zorgvoorzieningen, onder andere via gezamenlijke handelingsplannen. Dit vraagt een vlotte manier om gegevens te delen (met respect voor privacy en geïnformeerde toestemming)
5. ... wordt uitgewerkt in overleg en dialoog met de betrokkenen en hun omgeving
6. ... blijft betaalbaar voor de patiënt/cliënt

De toegepaste **zorgmethodieken** ...

1. ... gaan uit van drie kennisbronnen: wetenschappelijke kennis, gedeelde praktijkkennis van de zorgverleners én ervaringskennis van personen met een verslavingsprobleem en hun omgeving
2. ... bestaan uit kwaliteitsvolle, doeltreffende en kosteneffectieve interventies en sluiten aan op innovatieve vormen van herstelbehandeling

Het **zorgaanbod** voor personen met een verslaving ...

1. ... is voldoende veelzijdig
2. ... is laagdrempelig
3. ... is lokaal en regionaal, gediversifieerd en weldoordacht opgebouwd, en op elkaar afgestemd over de verschillende zorgvoorzieningen en zorgsectoren heen en wordt vanuit een netwerk gedragen
4. ... zet in op vroegdetectie en vroeginterventie
5. ... heeft aandacht voor de omgeving van de persoon met een verslavingsprobleem
6. ... heeft aandacht voor kwetsbare doelgroepen

De **gespecialiseerde verslavingszorg** ...

1. ... stelt specifieke expertise ter beschikking aan andere zorgverleners, zorgvoorzieningen en belendende sectoren (geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp, justitie ...)
2. ... begeleidt patiënten/cliënten met complexe zorgnoden
3. ... werkt een gepast aanbod uit voor specifieke doelgroepen waarvoor gespecialiseerde zorg nodig is
4. ... deelt zijn expertise rond bredere maatschappelijke thema's als beeldvorming over verslaving(szorg), preventie en vermindering van gebruik ...
5. ... houdt de vinger aan de pols van nieuwe verslavingstendenzen
6. ... staat open voor ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten en hun omgeving en is bereid om samen te werken met zelfhulp- en patiëntengroepen

De **samenleving en de overheid**...

1. ... streven ernaar om het taboe en het stigma rond verslaving te doorbreken, maken verslaving en afhankelijkheid meer bespreekbaar, en zorgen ervoor dat mensen met een verslaving gerespecteerd worden
2. ... zorgen ervoor dat de deskundigheid van zorgverleners (in de ruime zin) ten aanzien van verslavingsproblematieken verhoogt via opleiding en na-opleiding
3. ... voorzien voldoende structurele financiële middelen opdat de verslavingszorg de beoogde doelstellingen kan waarmaken
4. ... bieden ondersteuning op vlak van zorginnovatie
5. ... zorgen voor een coherent en samenhangend overheidsbeleid ten aanzien van de zorg en behandeling voor personen met een verslaving, over de verschillende bevoegdheidsverdelingen (Europees, federaal, regionaal/gewestelijk, gemeentelijk) en bevoegdheidsdomeinen (volksgezondheid, welzijn, gezin, onderwijs, werk ...) heen.

Werven voor de toekomstige verslavingszorg

Zorgcircuits en zorgnetwerken

1. Op patiënt-/cliëntniveau flexibele zorgtrajecten op maat uitbouwen

- *die inspelen op de zorgnoden van de patiënt/cliënt en zijn omgeving,*
- *over alle levensdomeinen heen,*
- *waarin het via eenvoudige procedures mogelijk is om te schakelen tussen zorgmodules, zorgverleners en instellingen.*

2. Op organisatorisch niveau optimaal gebruik maken van bestaande en zich ontwikkelende zorgnetwerken

- *die regionaal georganiseerd zijn en sectoren overschrijden,*
- *die garant staan voor een rationeel en divers aanbod dat de behoeften dekt,*
- *waarin ervaringsdeskundigheid en zelfhulp een plaats krijgt,*
- *en die op een adequate manier aansluiting hebben met belendende sectoren, i.e. justitie, eerste lijn, jeugdhulp, welzijn, ...*

Goede praktijken, deskundigheid, innovatie en wetenschappelijk onderzoek

3. Goede behandel- en zorgpraktijken implementeren

- *op basis van bestaande wetenschappelijke kennis en nieuwe onderzoeksinitiatieven (om de kennis te verbreden en te verdiepen),*
- *gedeelde praktijkkennis van zorgverleners,*
- *en ervaringskennis van patiënten en hun omgeving,*
- *met aandacht voor kwaliteit en kosteneffectiviteit,*
- *waarbij men openstaat voor innovatie.*

4. Verslavingsdeskundigheid bevorderen

- *in de gespecialiseerde verslavingszorg binnen de geestelijke gezondheidszorg,*
- *in de bredere geestelijke gezondheidszorg,*
- *in alle sectoren van de zorg en maatschappelijke dienstverlening,*
- *in belendende sectoren (justitie, werk, onderwijs, eerste lijn, jeugdhulp, wonen ...).*

Geestelijk gezondheidsbeleid

5. Afstemmen van het geestelijk gezondheidsbeleid rond verslaving met andere bevoegdheidsdomeinen ('health in all policies')

- *omdat de oorzaken en de impact van verslaving en verslavingsgedrag zich ook buiten het bevoegdheidsdomein van het Vlaamse ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin situeren,*
- *is een afstemming met andere beleidsdomeinen noodzakelijk (o.a. het federale volksgezondheidsbeleid, justitie, binnenlandse zaken ...).*

6. Op vlak van financiering

- *structurele financiering voorzien voor het vereiste aanbod van effectieve interventies,*
- *vormen van flexibele financiering voorzien voor het uitwerken, testen en implementeren van innovatieve interventies,*
- *waarborgen dat de zorg voor de patiënt/cliënt betaalbaar blijft.*

Ervaringsdeskundigheid

7. De ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten en hun omgeving valoriseren

- *door zelfhulp op te nemen en verder uit te bouwen in de netwerken geestelijke gezondheid(szorg), specifiek voor mensen met een verslavingsprobleem,*
- *ervaringsdeskundigheid een plaats te geven bij het onderzoek naar, de selectie van en het implementeren van goede praktijken,*
- *de ervaringen van patiënten/cliënten en hun omgeving te benutten bij de beoordeling van zorgkwaliteit en van de doeltreffendheid van interventies,*
- *gebruik te maken van deze ervaringskennis bij de bevordering van de deskundigheid van zorgverleners.*