

[DeSleutel]

MENSEN KANSEN GROEIEN

magazine



PB - PP | B-10273
BELGIE (N) - BELGIQUE

Het drukken van dit magazine wordt ons gratis aangeboden door drukkerij Die Keure, dit uit sympathie voor de vele donateurs.

Driemaandelijks tijdschrift | Nummer 74 | april, mei, juni 2023

74

Verantwoordelijke uitgever: Damien Versele, Ebergiste de Deynesteestraat 20, 9000 Gent
Ondernemingsnummer: 0406.633.304
P509261 | Afgiftekantoor Gent X

GELIJKENISSEN EN VERSCHILLEN
PER PRODUCTGROEP

Cliëntprofielen nader bekeken

Boetes voor druggebruik? Het helpt niet

Trainingstraject rond drugpreventie

www.desleutel.be

Regionale netwerken



Wie is de cliënt van De Sleutel? In dit magazine openen we met een analyse van onze cijfers. We vertrekken vanuit het voornaamste product dat de cliënt ertoe bracht om een behandeling te starten. Welke gelijkenissen of verschillen merken we op naargelang het product waarmee iemand aanmeldt? Kunnen we m.a.w. spreken over dé zogenaamde “cannabisciënt” of dé “cocainecliënt”? Het is wel te vroeg om te beslissen over de mogelijke lancering van een productgericht aanbod.

Nu we het toch over cijfers hebben... Als we de krantenkoppen mogen geloven wordt onze regio overspoeld met illegale drugs. De vlotte bereikbaarheid van deze middelen maakt veel mensen ongerust. In die omstandigheden is de druk hoog om sancties in te voeren rond middelengebruik. Het verklaart de beslissing van de federale regering om een boete in te voeren gericht naar mensen die cocaïne gebruiken. De Belgische koepelverenigingen, met ook VAD waaronder de Sleutel ressorteert, vinden deze boetes een fout signaal. Deze straffen hebben een averechts effect. De criminalisering is ook een basis voor stigmatisering. Sancties zijn alleen een laatste redmiddel. De nadruk moet liggen op preventie en vroeginterventie en toegankelijke drughulpverlening (zie blz 6). Het is onze opdracht om verder te kijken dan de cijfers en de blik door die morele bril – mensen met een verslaving hebben geen karakter- bij te sturen (lees blz 13).

We hebben verder aandacht voor ons voorbije intensieve training-

straject rond drugpreventie. De professionalisering van drugpreventie in Europa maakte recent een grote sprong. De reden daarvoor is de invoering van een nieuw Europees preventiecurriculum, kortweg EUPC. Dit initiatief heeft als doel een gestandaardiseerd curriculum voor preventietraining in Europa in te voeren en de algemene doeltreffendheid van preventie te verbeteren. Ook De Sleutel investeert hierin.

De Sleutel evolueerde de voorbije jaren van een centraal gestuurde organisatie naar een regionaal netwerk. Deze cultuuromslag laat toe om beter in te spelen op lokale noden en specifieke partnerschappen aan te gaan in functie van aanwezige expertise. In dit nummer brengen we twee voorbeelden van hoe we als organisatie actief zijn in regionale netwerken en/of lokaal samenwerkingsverbanden aangaan.

Hoe kunnen we jongeren in kwetsbare situaties beter bereiken? Voor al zij die weinig verbinding hebben met ouders, school of samenleving... Dankzij een nieuw soort samenwerking tussen jeugdwerkwijzenwerk en drughulpverlening pioniert ons ambulante centrum in Gent met een outreachende vroegbegeleiding via werkvloeruitwisseling. Het resultaat is een methodiek die een verdere uitrol verdient (lees blz 14).

De samenwerking binnen Kruispunt is voor onze afdeling in Mechelen dan weer een voorbeeld van hoe we ons streven naar het opzetten van naadloze cliënttrajecten in de praktijk omzetten. Er bestaat nog steeds een drempel voor wie hulp zoekt voor een verslavingsproblematiek. Door actief te participeren aan eerstelijns-initiatieven zoals het Kruispunt zet De Sleutel in op het wegwerken van drempels naar gespecialiseerde drughulpverlening. (lees blz 8).

Veel leesgenot!
Damien Versele

74 inhoud

3 Cliëntprofielen: gelijkenissen en verschillen per productgroep



6 Boetes voor druggebruik? Het helpt niet



8 Ambulant centrum maakt brug met Kruispunt in Mechelen



10 Terugblik op intensief trainingstraject omtrent drugpreventie



13 Empathie, verbinding en een beter begrip van verslaving



14 Jongeren beter bereiken dankzij outreachende vroegbegeleiding en werkvloeruitwisseling



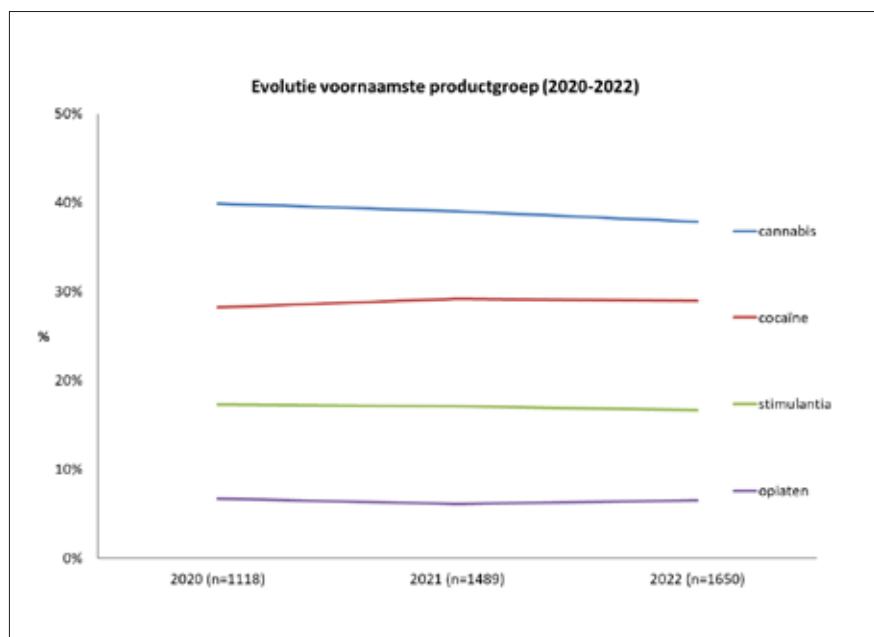
Cliëntprofielen: gelijkenissen en verschillen per productgroep

Bij de start van elke nieuwe behandelperiode wordt – samen met de cliënt – uitvoerig ingegaan op de hulpvraag en worden problemen en verwachtingen in kaart gebracht. Op dat ogenblik wordt ook een “TDI-foto” genomen van de cliënt. TDI staat voor Treatment Demand Indicator en omvat een vaste set van gestandaardiseerde gegevens.

De verzamelde en geanonimiseerde TDI-foto's vormen een “goudmijn” aan gegevens. Ze laten onder meer toe om evoluties in het cliëntenprofiel op het spoor te komen, om verschillen tussen behandelsettings te objectiveren en om De Sleutel te positioneren binnen de verslavingszorg. In deze bijdrage introduceren we een andere invalshoek en vertrekken we vanuit het voornaamste product dat de cliënt ertoe bracht om de huidige behandeling te starten. Met name stellen we de vraag in welke mate de gemiddelde profielen gelijkend dan wel verschillend zijn naargelang het voornaamste product waarmee de cliënt zich aanmeldt.

Voornaamste productgroepen sinds 2020

In bovenstaande grafiek geven we – op basis van de verzamelde TDI-gegevens – weer wat het aandeel cliënten is per productgroep sinds 2020. Enkel de 4 voornaamste productgroepen zijn opgenomen in de grafiek. Productgroepen zoals hallucinogenen, vluchtige snuifmiddelen en hypnotica worden niet vermeld omdat hun aandeel als voornaamste product minimaal is (steeds minder dan 3%). Belangrijk om mee te geven is dat er binnen de stimulantia een onderscheid wordt gemaakt tussen cocaïne enerzijds en andere stimulantia zoals amfetamines en MDMA anderzijds.



In de periode 2020-2022 is cannabis (marihuana en hasj) met gemiddeld 39% dé absolute koploper binnen de populatie van De Sleutel, al is het aandeel cannabis-gerelateerde hulpvragen in deze periode licht gedaald. Na jaren van blijvende groei is de productgroep van cocaïne (inclusief crack) sinds 2020 gestabiliseerd rond 29%. De derde voornaamste groep wordt gevormd door de groep van andere stimulantia (i.e. (meth)amfetamine, MDMA, mefedrone). Ook het aandeel van deze productgroep binnen de populatie van De Sleutel is sinds 2020 stabiel en ligt op 17%. Tot slot is er de productgroep van opiaten (voornamelijk heroïne, maar ook substitutiemiddelen) die na jaren van aanhoudende daling blijft hangen rond 6%.

TDI-foto per productgroep

Voor elk van deze productgroepen geven we de voornaamste profielgegevens weer op basis van de TDI-gegevens uit de periode 2020-2022. In functie van de leesbaarheid gebruiken we de termen ‘cannabiscliënt’, ‘cocaïnecliënt’, ‘amfetaminecliënt’ en ‘opiaatcliënt’ om te verwijzen naar het voornaamste product waarvoor de betreffende groep cliënten in behandeling komt.

LEGENDE



Geslacht



Leeftijd



Nationaliteit



Actuele* woonsituatie



Actuele* leefsituatie



Samen met kinderen <18 jaar



Opleidingsniveau



Actuele* werksituatie



Verwijzer



Behandelverleden



Andere probleemproducten



Beginleeft. voornaamste product



Gebruiksduur voornaamste prod.



Spuitgedrag

* Actueel=laatste 30 dagen

“Cannabiscliënt” (39% van de cliëntpopulatie)

86% ♂ en 14% ♀



gemiddeld 27 jaar / 17% minderjarigen



96% Belg



90% vaste verblijfplaats, 6% in instelling of gevangenis, 3% op verschillende verblijfplaatsen



38% met ouders, 29% alleen, 21% met partner



20%



55% basisonderwijs, 38% secundair onderwijs en 6% hoger onderwijs of universiteit



33% regelmatige tewerkstelling, 26% student, 22% werkloos, 15% arbeidsongeschikt



26% geen verwijzer, 42% justitie of politie, 13% medisch-psychiatrische sector, 3% revalidatiesector



58% nieuwe instromers, 42% terugkomers



1% opiaten, 13% cocaïne, 10% andere stimulantia



16 jaar



(*nieuwe instromers*): gemiddeld 9,5 jaar



3% ooit gespoten, 0% recent gespoten, 1% ooit naalden of spuiten gedeeld

“Cocainecliënt” (29% van de cliëntpopulatie)

87% ♂ en 13% ♀



gemiddeld 34 jaar / 0,5% minderjarigen



94% Belg



87% vaste verblijfplaats, 6% in instelling of gevangenis, 5% op verschillende verblijfplaatsen



20% met ouders, 35% alleen, 33% met partner



28%



31% basisonderwijs, 53% secundair onderwijs en 13% hoger onderwijs of universiteit



47% regelmatige tewerkstelling, 3% student, 20% werkloos, 25% arbeidsongeschikt



45% geen verwijzer, 18% justitie of politie, 13% medisch-psychiatrische sector, 7% revalidatiesector



41% nieuwe instromers, 59% terugkomers



28% cannabis, 3% opiaten, 11% andere stimulantia



21 jaar



(*nieuwe instromers*): gemiddeld 9,9 jaar



7% ooit gespoten, 2% recent gespoten, 2% ooit naalden of spuiten gedeeld

“Amfetaminecliënt” (17% van de cliëntpopulatie)

77% ♂ en 23% ♀



gemiddeld 34 jaar / 4% minderjarigen



98% Belg



82% vaste verblijfplaats, 10% in instelling of gevangenis, 5% op verschillende verblijfplaatsen



18% met ouders, 41% alleen, 27% met partner



19%



47% basisonderwijs, 42% secundair onderwijs en 9% hoger onderwijs of universiteit



34% regelmatige tewerkstelling, 8% student, 27% werkloos, 28% arbeidsongeschikt



36% geen verwijzer, 29% justitie of politie, 15% medisch-psychiatrische sector, 8% revalidatiesector



34% nieuwe instromers, 66% terugkomers



35% cannabis, 5% opiaten, 18% cocaïne



20 jaar



(*nieuwe instromers*): gemiddeld 9,8 jaar



23% ooit gespoten, 7% recent gespoten, 6% ooit naalden of spuiten gedeeld

“Opiaatcliënt” (6% van de cliëntpopulatie)

84% ♂ en 16% ♀



gemiddeld 38 jaar / 0,4% minderjarigen



91% Belg



73% vaste verblijfplaats, 14% in instelling of gevangenis, 5% op verschillende verblijfplaatsen, 4% op straat



10% met ouders, 46% alleen, 27% met partner



24%



59% basisonderwijs, 34% secundair onderwijs en 5% hoger onderwijs of universiteit



22% regelmatige tewerkstelling, 3% student, 30% werkloos, 37% arbeidsongeschikt



43% geen verwijzer, 22% justitie of politie, 10% medisch-psychiatrische sector, 15% revalidatiesector



14% nieuwe instromers, 86% terugkomers



29% cannabis, 30% cocaïne, 21% andere stimulantia



24 jaar



(*nieuwe instromers*): gemiddeld 10,8 jaar



51% ooit gespoten, 12% recent gespoten, 24% ooit naalden of spuiten gedeeld

Enkele gelijkenissen en verschillen

Een vergelijking van de TDI-profielen tussen de diverse productgroepen legt enkele verschillen en gelijkenissen bloot. We lichten er de voornaamste uit.

Socio-demografisch profiel

Binnen elke productgroep is er een ruime meerderheid aan mannen, maar binnen de amfetaminegroep is het aandeel vrouwen het hoogst. De gemiddelde leeftijd en het aandeel minderjarigen lopen sterk uiteen naargelang het voornaamste product: de gemiddelde cannabiscliënt (27 jaar) is 11 jaar jonger dan de opiaatcliënt (38 jaar). Cocaïne- en amfetaminecliënten bevinden zich tussen beide uitersten in met gemiddeld 34 jaar. De meeste cliënten hebben de Belgische nationaliteit ongeacht het voornaamste product.

Opleidings- en arbeidsprofiel

De scholingsgraad van de cliënten is bij geen enkele van de productgroepen hoog. Toch valt het op dat deze bij de cocaïnecliënt beduidend hoger ligt. Er is voorts een duidelijke samenhang tussen het voornaamste product en de werksituatie. Het aandeel beroepsactieve cliënten is – met bijna de helft – het hoogst bij de cocaïnegroep en – met minder dan een kwart – het laagst bij de opiaatgroep. De jongere cannabisgroep wordt gekenmerkt door het veel hoger aantal studenten, terwijl het hoge aantal arbeidsongeschikte en werkloze cliënten in het oog springt bij de opiaatgroep.

Woon- en leefprofiel

Liefst een kwart van de opiaatcliënten heeft geen vaste verblijfplaats, terwijl dit bij de cocaïne- en cannabiscliënten significant lager ligt. De opiaatcliënt leeft ook meer dan de andere cliënten alleen. Treffend is het hoge aandeel cliënten dat samenwoont met minderjarige kinderen en dit binnen elke productgroep: van 20% bij de cannabiscliënten tot zelfs 28% bij de cocaïnecliënten.

Behandelings- en verslavingsprofiel

De cannabiscliënt blijkt het vaakst verwezen door een justitiële of politie-instansie; tweemaal zoveel als



“
De cannabiscliënt is het vaakst verwezen door justitie of politie.

de opiaatcliënt. Ook met betrekking tot het behandelingsverleden tekent zich enkele duidelijke verschillen af.

Cannabiscliënten zijn – met 58% nieuwe instromers – het vaakst nog niet eerder in behandeling geweest voor een verslavingsprobleem. Voor de andere productgroepen overstijgt het aantal zogenaamde terugkomers steevast het aantal nieuwe instromers. Opiaten vormt daarbij de uitschieter met 6 terugkomers op 7 cliënten.

Cannabiscliënten hebben het vaakst een “geïsoleerd” probleemproduct in die zin dat ze niet zo vaak kampen met andere producten dan hun voornaamste product. Bij de andere cliëntgroepen daarentegen komt er vaker ook een ander probleemproduct op de proppen. Bij één op drie gaat het daarbij om cannabis. Bij de opiaatcliënten komt bovendien ook cocaïne in een derde van de gevallen in het vizier.

Er zijn nauwelijks verschillen tussen de productgroepen qua gemiddelde

gebruiksduur van het voornaamste product. Voor elke groep geldt dat de nieuwe instromers gemiddeld pas 10 jaar na het eerste gebruik in behandeling komen. Naar verwachting is het risico-gedrag dat gepaard gaat met injecteren het hoogst bij de opiaatgroep: de helft heeft ooit gespoten en een kwart deelde ooit spuiten of naalden. Ook bij de amfetaminecliënt is er een aanzienlijk deel dat risicovol injecteergedrag heeft vertoond.

Tot slot

Bovenstaande bijdrage is gebaseerd op een weerspiegeling van de ‘gemiddelde’ profielen en toont duidelijk aan dat de TDI-profielen uiteenlopen naargelang het voornaamste product. Tegelijk moeten we echter op onze hoede zijn voor ongenueanceerde uitspraken gezien er binnen elke productgroep een grote verscheidenheid is.

Volgende vraag komt alvast bovendrijven: doen we er goed aan om een productgericht aanbod te overwegen?

Boetes voor druggebruik? Het helpt niet

Tijdens de nationale veiligheidsraad van 16 februari 2023 besliste de federale regering om mensen die cocaïne gebruiken een boete te geven van 1000 euro. Samen met de Belgische preventie- en hulpverleningssector inzake alcohol en andere drugs vindt ook De Sleutel dit een verkeerd signaal. Deze maatregel gaat in tegen alle wetenschappelijke evidentie rond de aanpak van druggebruik.

Beleidsmakers gaan er van uit dat het opleggen van boetes voor middelengebruik een afschrikwekkend effect heeft. Boetes blijken echter vooral te werken voor mensen die nog niet eerder gebruikten, die verder van druggebruik afstaan en daardoor sowieso al weinig kans hebben om illegale drugs te gaan gebruiken.

Wie al eens cocaïne gebruikt heeft, of wie regelmatig druggebruik in zijn omgeving ziet, staat eerder onverschillig tegenover boetes en sancties rond middelengebruik. Mensen die drugs gebruiken zien druggebruik namelijk niet als deviant, maar als gedrag dat een functie heeft (sociaal, prestatie bevorderend, als copinggedrag of vanuit

noodzaak door afhankelijkheid). Dat zorgt ervoor dat de straffen door hen niet geaccepteerd worden.

Wetenschappelijke publicaties, van o.a. het Europees Monitoringcentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EMCDDA) tonen aan dat er weinig verband is tussen het opleggen van straffen of boetes en de mate van druggebruik in een land. Het komt zelfs regelmatig voor dat landen die minder restrictief zijn een lager gebruik van illegale roesmiddelen laten optekenen¹.

Boetes hebben bovendien averechtse effecten, die ingaan tegen het welzijn en de gezondheid van burgers die

drugs gebruiken. Voor problematische gebruikers die frequent cocaïne nodig hebben, maken boetes de levensomstandigheden veel moeilijker. Zij gaan meer risico's moeten nemen om aan cocaïne te geraken en een hogere drempel ervaren om over hun gebruik te spreken en hulp te gaan zoeken. De boetes gaan hun gebruik niet doen minderen.

Boetes zijn ook discriminerend, omdat ze worden opgelegd aan mensen die in het publieke domein worden tegengehouden. Boetes raken dus vooral daklozen of mensen zonder papieren, en jongeren uit kansarme milieus die vaker rondhangen en gebruiken in de publieke ruimte. Onmiddellijke geldboetes worden bovendien, naargelang de gemeente of het gerechtelijk arrondissement, op uiteenlopende wijze toegepast. Afhankelijk van de plaats waar iemand wordt aangehouden, kan die persoon anders worden behandeld voor identieke feiten, wat in strijd is met het in de grondwet vastgelegde gelijkheidsbeginsel en rechtsonzekerheid teweegbrengt.

Stigmatisering

Ten slotte labelt het bestraffen van druggebruik mensen die gebruiken als criminelen. Die criminalisering is de basis van stigmatisering. Nochtans heeft naar schatting 85 % van de mensen die drugs gebruiken zelf geen fundamentele problemen en veroorzaken ze weinig of geen problemen. Dit proces van stigmatisering werkt opnieuw averchts omdat het mensen



die gebruiken labelt en uitsluit, wat een negatieve impact heeft op hun welzijn en gezondheid.

Samengevat kunnen we stellen dat het bestraffen van drugsbezit en mensen die gebruiken niet bijdraagt tot minder druggebruik, noch tot een hoger welzijn of herstel van verslaving. Daarenboven leidt het tot bijkomende problemen zoals stigmatisering, verarming, uitsluiting en criminalisering. Het zijn in het bijzonder de kwetsbaarste mensen die het makkelijkst in contact komen met ordediensten en daardoor hun al geringe kans op een mooi leven verder beperkt zien worden.

We hebben daarnaast ook gegronde bedenkingen bij het voorstel van verplichte ontwenning als alternatief voor een boete. In een aantal situaties kan een externe verplichting de opstart of het volhouden van hulpverlening ondersteunen, maar verplichte ontwenning als standaardalternatief voor een boete riskeert zijn doel voorbij te schieten. Een deel van de gebruikers die occasioneel cocaïne gebruiken, ervaart weinig nadelige gevolgen van gebruik. Bij hen is 'ontwenning' nog niet aan de orde. Aan die groep begeleide ontwenning aanbieden als alternatief voor boete is geenszins een verantwoordelijke inzet van overheidsmiddelen, noch zal dit enige positieve uitkomst opleveren voor de persoon in kwestie. Bij mensen met een cocaïneverslaving, is de fysieke ontwenning van cocaïne klinisch weinig relevant. Cocaïne geeft immers weinig fysieke ontwenningverschijnselen. De opportuniteit van een begeleide nuchtere periode is vooral dat ingezet kan worden op het ontwikkelen van eigen motivatie, hervalpreventie, alternatieve copingvaardigheden en op het herstel van relaties en psychosociale inschakeling. Aangezien de mentale drang om opnieuw cocaïne te gebruiken lang kan aanhouden, zal deze begeleiding voldoende tijd moeten doorlopen.

Opties in preventie en begeleiding

Er bestaat – in vrijwilligheid – een breed spectrum van opties in preventie en begeleiding. Selectieve preven-

tieprogramma's, vroeginterventie, schadebeperkende initiatieven en laagdrempelige hulpverlening en behandelprogramma's gericht op abstinentie. Deze programma's haken in op de problemen van mensen die drugs gebruiken zonder hen te veroordelen voor hun gebruik.

Door een respectvolle aanpak ontstaat er begrip en connectie, waardoor mensen die drugs gebruiken zich voor advies en ondersteuning kunnen openstellen en hun proces van zelfinzicht en zelfgroei op gang kan komen. Duurzame effecten worden bereikt wanneer mensen vanuit eigen overtuiging en op hun eigen tempo klaar zijn om hun middelengebruik te verminderen of helemaal los te laten.

Wanneer wordt gewerkt met verplichting, zal de moeilijkheid zijn om een systeem op te zetten waarin voor het individu en voor het stadium van de middelengerelateerde problematiek zinvolle interventies worden aangeboden. Hoe dat aanbod wordt gedaan, wie die cliënten opneemt, welke onderdelen van verplichting op korte en lange termijn aanvaardbaar en zinvol zijn, dient grondig te worden uitgezocht. Wanneer iemand struikelt op zijn levenspad, is het niet de rol van de overheid om hem nog dieper in de problemen te duwen. Sancties zijn wezenlijk tegengesteld aan ondersteuning en zorg, en het eerste belet meestal het tweede.

Onze vraag

Ondanks de goede intenties van beleidsmakers om naast de aanbodzijde ook in te zetten op de vraagzijde, vragen wij, op basis van aanbevelingen van de Raad van Europa en de Verenigde Naties, om mensen die drugs gebruiken niet langer te criminaliseren met boetes of andere vormen van straffen. De sector vraagt al lang dat druggebruik wordt beschouwd als een domein van volksgezondheid. Het wordt tijd dat de verschillende overheidsinstanties zich scharen achter de politieke intentie die al tientallen jaren formeel klinkt. Naar aanleiding van parlementaire commissies over dit onderwerp



Boetes maken de levensomstandigheden voor problematische gebruikers veel moeilijker.

stelt het regeringsdiscours sinds het einde van de vorige eeuw dat sancties voor druggebruik in bepaalde gevallen nuttig en noodzakelijk kunnen zijn, maar alleen als laatste redmiddel, wanneer alle andere instrumenten hebben gefaald. Ook in het huidige regeringsakkoord staat dat de nadruk moet liggen op preventie, vroeginterventie en schadebeperking van druggebruik. Toch gooien beleidsmakers hun eigen goede voornemens overboord, wijzen ze mensen die gebruiken met de vinger en geven ze de voorrang aan sancties als eerstelijnsrespons.

De koepelorganisaties vragen daarom:

- terugdraaien beslissing om mensen die illegale drugs gebruiken te beboeten (cfr recente beslissing om cocaïnegebruikers te beboeten).
- rechtzetten historische onderfinanciering van preventie en uitvoeren aanbeveling om meer te investeren in preventie, vroeginterventie en schadebeperking van alcohol- en druggebruik
- aanpassen drugswet zodat alle preventie-, risicobeperkende en hulpverleningsstrategieën (vb drug checking, risicobeperkende gebruikersruimtes, naloxoneverstreking) mogen worden ingezet om de gezondheid en het welzijn van mensen die drugs gebruiken te stabiliseren of te bevorderen.

Deze opinie is een gedeeld standpunt van iDA vzw, die de 3 Belgische koepelverenigingen bundelt (met ook VAD waaronder De Sleutel ressorteert).

- 1 Vergelijking middelengebruik in EU met diverse vormen van drugbeleid kan afgeleid worden uit diverse EMCDDA publicaties (www.emcdda.europa.eu).
- 2 Op onze website kan u de bronnen uitgebreid bekijken.

Ambulant centrum maakt brug met Kruispunt in Mechelen

Het hulpverleningslandschap blijkt voor veel mensen nog te vaak een kluwen. Er bestaat nog steeds een drempel voor mensen die specifiek hulp zoeken voor een verslavingsproblematiek. Door actief te participeren aan eerstelijns-initiatieven zoals het Kruispunt Mechelen-Katelijne zet De Sleutel actief in op het wegwerken van mogelijke drempels naar gespecialiseerde drughulpverlening.

We gaan in gesprek met Dieter Loockx. Dieter is individueel begeleider in ons ambulant centrum in Mechelen en vertegenwoordigt De Sleutel in de samenwerking met Kruispunt in Mechelen-Katelijne.

Kruispunt heeft als doel de toegang tot betaalbare en kwaliteitsvolle psychosociale zorg voor cliënten verbeteren. Vanwaar onze betrokkenheid bij dit eerstelijnsinitiatief?

Dieter: Het Kruispunt-initiatief in Mechelen werd vorig jaar in juli opgestart. Het concept zelf bestond al in Antwerpen. Concreet is het de bedoeling om een gemeenschappelijk onthaal te creëren voor een lokaal gebied (zie kader) waar verschillende partners samen geïntegreerde zorg aanbieden om doorstroming naar 0-de, eerste, tweede en derde lijn te faciliteren. De samenwerking moet ervoor zorgen dat cliënten zich gemakkelijker kunnen oriënteren in het hulpverleningslandschap. Dat is vaak nog een obstakel. Er bestaan heel veel verschillende types hulpverlening en voor veel mensen is het niet duidelijk: voor wat kan ik bij wie terecht? Hoe kom ik daar mee in contact, hoe werkt dat juist? Verder staat ook vroegdetectie en indicatiestelling hoog op onze agenda.

Bij Kruispunt kan je gewoon binnenlopen?

Dieter: Klopt. Er is er een permanentie, waar mensen hun uitleg kunnen doen. Ze komen met hun hulpvraag in een team terecht dat actief is op de drie lijnen. De opdracht van de Kruispunt-medewerkers is om een inschatting te maken op basis van een

aantal gesprekken (verhelderend, oriënterend,...) om dan naar de juiste partner te kunnen doorverwijzen. Indien nodig kunnen we een kortdurend traject opstarten voor eerstelijns psychosociale ondersteuning¹.

Eerstelijnszone: wat?

Vlaanderen is ingedeeld in 59 eerstelijnszones (ELZ). Aanbieders wisselen er kennis en informatie met elkaar uit en stemmen de werking op elkaar af. Zij kijken ook naar de lokale zorg- en welzijnsneden om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Een ELZ is actief binnen een geografisch afgebakend gebied en wordt aangestuurd door een zorgraad.

Eerste lijn: rechtstreeks toegankelijke lokale basiszorg (vb huisarts, thuisverpleging).

Tweede lijn: gespecialiseerde zorg na verwijzing van huisarts (vb dermatoloog, cardioloog) en de ambulante drughulpverlening.

Derde lijn: gespecialiseerde zorg in ziekenhuis of revalidatiecentrum (vb Detox- en Oriëntatiecentrum of therapeutische gemeenschap), gespecialiseerde ingrepen, ...

De nulde lijn: vb mantelzorg, crisiscentra, de zelfmoordlijn, ...

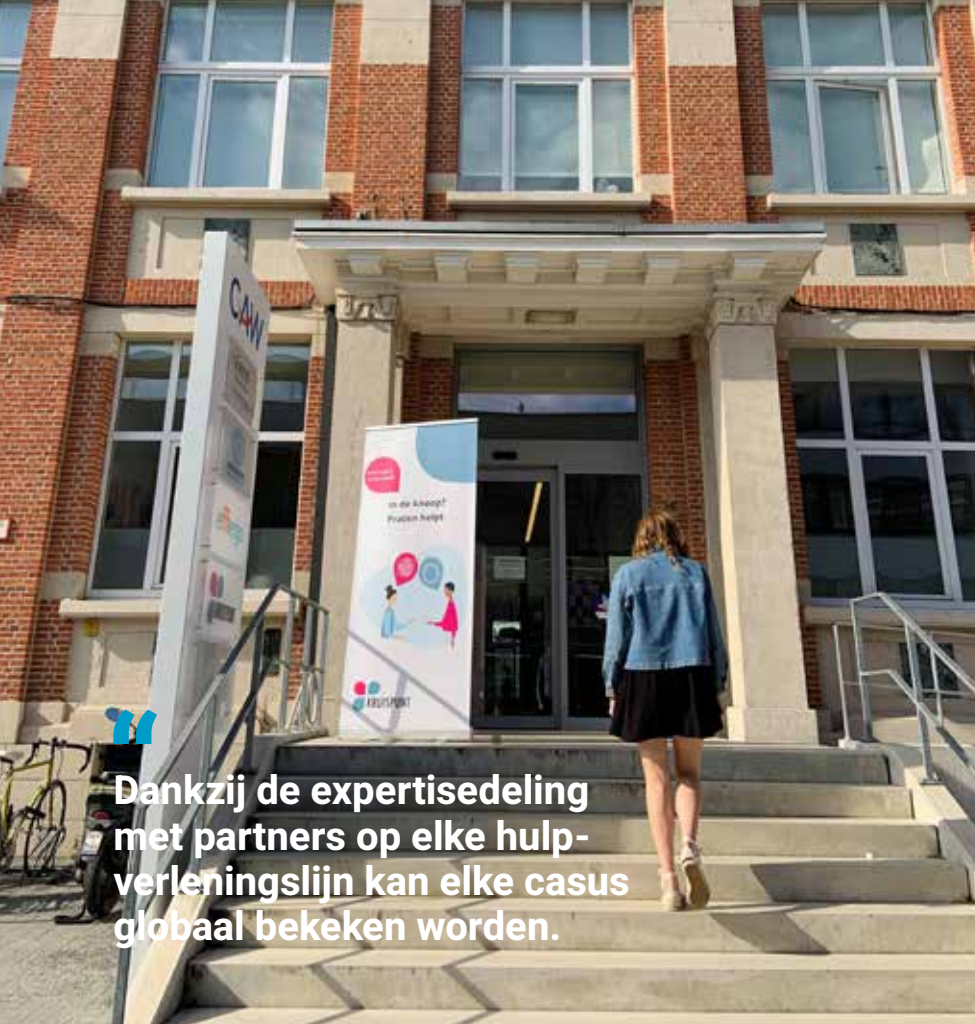
Bij Kruispunt Mechelen-Katelijne zijn verschillende partners betrokken: hoe loopt de samenwerking praktisch?

Dieter: De aanmelding kan telefo-

nisch, via mail of door langs te komen tijdens de openingsuren (op di en vrij). We zitten fysiek in het gebouw van partner CAW (ook JAC participeert). Naast De Sleutel is verder ook CGG De Pont vertegenwoordigd, o.m. via Connect (outreachwerk). Het kernteam wordt versterkt door twee eerstelijnspsychologen. Samen staan we in voor de permanentie en het onthaal en zijn we betrokken bij het wekelijkse casusoverleg. Elke partner brengt de eigen expertise binnen in het netwerk. Zo worden de trajecten met een verslavingsproblematiek aan mij toevertrouwd. Na een eerste screening wordt ingeschat welke collega het meest aangewezen is voor een eerste gesprek. In de praktijk zien we aanmeldingen zowel door de persoon zelf als via een verwijzer. Verwijzers weten immers zelf ook niet altijd goed waarheen met een hulpvraag.

Je had het daarnet over geïntegreerde zorg: wat bedoel je daarmee?

Dieter: We willen met alle partners rond één bepaalde cliënt nog beter samenwerken. Doel is te komen tot een geïntegreerde hulp, waardoor partners vlotter kunnen afstemmen over het traject van één welbepaalde hulpvrager. Op die manier kan je makkelijker een warme overdracht doen als een cliënt van de ene instantie doorstroomt naar de andere. Je kan er tegelijk voor zorgen dat het traject efficiënter verloopt, rekening houdende met elke expertise. Zo voorkomen we dat cliënten telkens opnieuw hun verhaal moeten doen, dat er gepingpong wordt tussen verschillende organisaties. Wie bij Kruispunt aan-



Dankzij de expertisedeling met partners op elke hulpverleningslijn kan elke casus globaal bekeken worden.

meldt, komt meteen op de juiste plaats terecht en weet wat te verwachten. Kruispunt fungeert dus als toegangspoort, waarna men kan doorstromen naar de best passende langdurige hulp en ondersteuning.

Belang van netwerken

Voor Dieter is de participatie binnen het Kruispunt een deel van de job. Hij is daarnaast actief als netwerker en individueel begeleider in het ambulancentrum.

Dieter: Ik neem een soort ambassadeursrol op mij om de werking van ons centrum beter bekend maken en in de ruimere regio te introduceren. We zetten extra in op goede samenwerkingen met andere lokale partners. Zo participeer ik aan evenementen, ben ik aanwezig op externe vergaderingen waar onze expertise vanuit De Sleutel een meerwaarde kan zijn. Een voorbeeld is de zorgraad die de ELZ aanstuurt. Op dat forum worden de verschillende thema's en projecten besproken. Strikt gezien is dat bedoeld voor eerstelijnsaanbieders. Ons ambulancentrum situeert zich op de

tweede lijn. Toch is het interessant om daar aanwezig te zijn. Hetzelfde geldt voor de Netwerktafels. Daar ligt de focus meer op maatschappelijk werk, minder op geestelijke gezondheid. Er zitten ook andere partners aan tafel. Vooral mensen van OCMW, GTB, van team wonen van CAW. Daar worden casussen besproken van heel kwetsbare personen vanuit iets bredere maatschappelijke context (thema wonen, werk,...). Vermits er vaak bij hen eerst heel wat hulp nodig is, blijven andere noden - psychiatrische zorg, comorbiditeit, hervalpreventie – nog wat ondergesneeuwd. Ook dan is het goed om daarbij aanwezig te zijn.

Kan je voor elke hulpvraag terecht bij Kruispunt?

Dieter: We richten ons tot iedereen vanaf 16 jaar of ouder die psychische of psychosociale moeilijkheden ervaart. De focus ligt dus specifiek op het mentale welzijn, op geestelijke gezondheidszorg. Het hele spectrum van de drie lijnen komt van bod: van de kleine eerstelijnsvraag tot een meer serieuze problematiek. Depressie, angst, suïcide, eetstoornissen,... Concreet kan het gaan om iemand die drempels ervaart

in het zoeken naar werk omdat ze heel timide is. Of een jongere met vermoeden van autisme met problemen thuis. Of iemand met een zware psychiatrische historiek die al gekend is bij mensen uit verschillende settings... Maar evengoed een lichte hulpvraag, waarbij we dan een kort traject inplannen bij de eerstelijnspsycholoog.

In principe komen de vragen die met verslaving te maken hebben bij mij terecht. Voorlopig zijn de meeste vragen alcohol-gerelateerd. Maar ik werk ook met andere profielen. Op ons wekelijks casuoverleg overlopen we telkens de verschillende trajecten. In principe bespreken we dan voornamelijk Kruispunt-casussen. Echter, het kunnen ook heel specifieke casussen zijn, op vraag van een van de partnerorganisatie of omdat men op zoek is naar meer expertise. Deze morgen bespreken we bijvoorbeeld een casus vanuit CLB, met een problematiek op één van de scholen. Om de 2 weken wordt dit casuoverleg nog aangevuld met mensen van de sociale dienst PAAZ AZ St. Maarten, het mobiel crisisteam Emergo (UPC Duffel). Ook externen kunnen ad hoc aansluiten. Eigenlijk kunnen zelfs scholen bij ons een vraag stellen, bijvoorbeeld een internaat met vermoeden van druggebruik.

Wat zijn de troeven van Kruispunt?

Dieter: Voor de hulpvrager is de meerwaarde dat je binnenstapt waar meteen alle mogelijke partners uit de regio betrokken zijn. Je moet dus zelf niet op pad gaan om de juiste zorg te zoeken. Voor kwetsbare personen is het niet evident om op eigen houtje bij een organisatie aan te kloppen, dat kost heel wat energie. Bij Kruispunt wordt dat voor hen gedaan. En, dankzij expertisedeling met partners van op elke hulpverleningslijn kan de casus globaal bekeken worden. Bovendien hebben we een aanbod voor de hulpverlener zelf. Hier wordt nog relatief weinig gebruik van gemaakt. Wie dus bij een casus twijfelt over de soort doorverwijzing, kan bij Kruispunt advies vragen.

1 Er werken 2 eerstelijnspsychologen (ELP) binnen het team. Zij werken onder de conventie, die een kort traject aanbieden; 4 of 11 euro (verhoogde tegemoetkoming, of soms gratis)

Een terugblik op een intensief trainingstraject omtrent drugpreventie.

De professionalisering van drugpreventie in Europa ging nooit zo snel. Dat is voor mensen buiten de sector niet of nauwelijks voelbaar, maar de aandachtige preventieprofessional merkt het. De reden daarvoor is hoofdzakelijk het Europees preventiecurriculum, kortweg EUPC. Dit initiatief heeft als doel een gestandaardiseerd curriculum voor preventietraining in Europa in te voeren, en de algemene doeltreffendheid van preventie te verbeteren. Preventiewerker Giovanni Laleman rondde in maart 2023 zijn opleiding bij het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EMCDDA) af. Hij is nu national EUPC-trainer. In deze bijdrage geeft hij meer uitleg over het curriculum, blikt hij terug op zijn ervaring en maakt de brug naar De Sleutel.

EUPC: wat?

Het EUPC is speciaal ontworpen om preventiekennis bij te brengen over de meest doeltreffende, op feiten en wetenschap gebaseerde preventieve interventies en benaderingen. Het is in zijn huidige vorm niet gericht op eerstelijns werkers, maar zal binnenkort ook voor hen beschikbaar zijn. Het Frontline Politea project van HoGent wil het immers toegankelijk maken voor onder andere leerkrachten en politiemensen. De huidige doelgroep bestaat uit preventiespecialisten en bepaalde beleidsmakers of -beïnvloeders. EUPC is het resultaat van een adaptatie van het Amerikaanse Universal Prevention Curriculum (UPC). In het project dat aan het EUPC voorafging (UPC-Adapt) werden elf partners uit negen landen betrokken. Het EMCDDA was hier één van. Centraal in het EUPC staat het handboek, dat in 2020 in het Nederlands beschikbaar werd. Het geeft een uitgebreid overzicht van meer dan twintig jaar preventieonderzoek en de toepassing ervan in de preventiepraktijk. Het handboek is tevens een naslagwerk bij de EUPC-trainingen. Wie de training volgt herkent snel de hoofdstukken uit het handboek. Het Europees implementatiemodel is simpel, maar effectief: een kortdurende behapbare opleiding met een cascademodel van trainers en train-

ners van trainers. Ondertussen zijn bijna 70 mensen uit een 20-tal landen opgeleid. Zij verzorgen, grotendeels in eigen land, de EUPC-trainingen.

Leertraject

Om *national trainer* te worden moest ik eerst een tweedaagse basisopleiding, verzorgd door geaccrediteerde nationale EUPC-trainers, volgen. Deze ging in september 2022 door te Brussel bij de VAD, het Vlaams expertisecentrum voor alcohol en andere drugs. Daarna volgde een zes maand durend gevorderd online traject. Hiervoor ontwikkelde het EMCDDA het online trainingsplatform genaamd PLATO.

Als trainer diende ik vijf modules te volgen, telkens rond één of meerdere thema's of settings. Module 1 bestond uit de settings familie en school en het thema menselijke ontwikkeling. Module 2 betrof de setting werk en pleitbezorging voor preventie. Module 3 uit gemeenschapsgerichte preventie en het selecteren van effectieve interventies. Module 4 ging dieper in op omgevingsgerichte preventie en media. Module 5 stond stil bij monitoring en evaluatie. Elke module bestond uit het volgen van webinars, het lezen van artikelen en het uitvoeren van opdrachten. Dit traject werd aangevuld met een vijfdaagse trainer of trainer (kortweg ToT) bij het EMCDDA in Lis-



E-learning ruimte van PLATO





De nieuwe lichting trainers

sabon. De bedoeling van de ToT is om de opgedane kennis te integreren maar ook om ze meteen in de praktijk om te zetten. We werden opgesplitst in duo's en moesten elk een module geven. Ik kreeg pleitbezorging toebedeeld, één van de modules op dag drie. Het was de eerste keer dat werd gekozen voor deze formule van backteaching, waardoor ze echt aansporen om je de inhoud eigen te maken en eigen voorbeelden toe te voegen uit je eigen land en ervaring. Het is ook meteen een stevige test om je trainingsvaardigheden af te toetsen, want tijdens elke module werden er kaarten met karakters uitgedeeld. Als je een kaartje kreeg moest je je gedurende de uiteenzetting van je collega's overeenkomstig gedragen met dit karakter. Bijgevolg kreeg je tijdens je sessie geregeld kritische vragen voorgeschoteld en werd je presentatie relatief vaak onderbroken. Het is een manier om te kijken welke argumenten je gebruikt om opmerkingen vanuit diverse hoeken snel te beantwoorden zonder daarbij de groep, timing en inhoud van de module uit het oog te verliezen. Elke module werd voorzien van een metareflectie en persoonlijke feedback. Het geheel maakte de trainingsweek intensief, maar leerrijk. In september 2023 geef ik voor het eerst (een deel van) de EUPC-training op VAD.

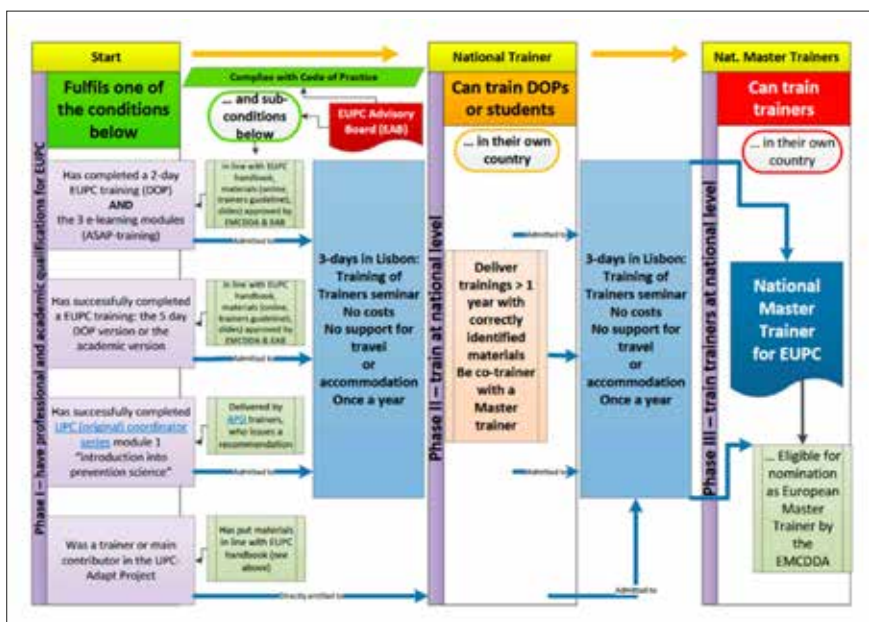
Kwaliteitscontrole staat hoog op de agenda bij de inrichters van de opleiding. In principe kan ik nu nog twee extra fases doorlopen: die van

National Master Trainer en European Master Trainer. Met de eerste kan je EUPC-trainers trainen (en dus niet enkel reguliere deelnemers van de eerste tweedaagse). De tweede biedt de mogelijkheid internationaal EUPC-cursussen te verzorgen en op die manier meer rechtstreeks de EMCDDA te vertegenwoordigen.

Lessons learned

Op de vraag van één van de deelnemers wat nu eigenlijk de bedoeling is van EUPC zei Gregor Burkart, hoofd preventie bij EMCDDA en co-begeleider van het geheel, het volgende: "Het moet de deelnemers minstens

verward achterlaten". Dat is, naast de vele inhoudelijke zaken, eigenlijk het impliciete doel van de cursus. Het moet mensen aan het denken zetten en tegen heilige huisjes schoppen. Veel van de zaken die we in de trainingen voorschotelen aan participanten is contra-intuïtief omdat ze het anders zijn aangeleerd. Een EUPC-trainer gaat radicaal voor op feiten gebaseerde drugpreventie. Hij of zij is daardoor vaak de luis in de pels, wat weerbarstig of tegendraads. Immers, veel van wat binnen preventie gebeurt is gebaseerd op achterhaalde overtuigingen, persoonlijke gevoelens of praktisch opportunisme. Daar staat EUPC niet voor. Een EUPC-trainer is onderlegd in het in vraag stellen van zaken die door anderen snel aangenomen worden. Hij of zij vraagt zich af of die aannames wel kloppen en zich (minstens) baseren op principes van kwaliteitsvolle drugpreventie. Ik illustreer met enkele voorbeelden. Vaak wordt individuele kwetsbaarheid aangehaald om niet in te zetten op preventie, maar kwaliteitsvolle preventie kan biologische kwetsbaarheid overstijgen. Onderzoek leert dat persoonlijkheidskenmerken je levenspad niet noodzakelijk hoeven te bepalen. Dat is erg hoopvol. Al enkele jaren wordt er gedweept met het IJslandse preventie-model *, terwijl het in essentie niets nieuws is maar de concrete en strikte



De EUPC-programmastructuur

toepassing van enkele bekende omgevingsgerichte preventieprincipes. Het is maar de vraag of de effecten in die specifieke IJslandse samenleving vertaalbaar zijn naar andere gemeenschappen. Op de opmerking dat drugs onder jongeren genormaliseerd zijn, gaat de EUPC-trainer de volgende vragen stellen: “Zijn drugs normaal, overal en altijd?” “Zijn alle middelen (op dezelfde manier) genormaliseerd en bij alle jongeren?” “Op welke determinanten baseer je je daarvoor?” Veel, dus niet alles, van de theoretische basis in de opleiding is terug te vinden in de theorie van gepland gedrag.

Toepassing binnen De Sleutel

Ik beseft dat de preventie-aanpak van De Sleutel te sterk vertrekt vanuit een instructieve insteek. Leerkrachten kunnen heus wel een handleiding lezen en aan de slag gaan met een interventie. Vaak ontbreekt het hen echter aan kennis van de onderliggende principes en het belang van bepaalde oefeningen. Daar willen we voortaan meer op gaan inzetten. Leerkrachten meer duiden wat er achter onze methodieken schuilgaat, lijkt me cruciaal. Dat bevordert onder andere kwaliteitsvolle implementatie, en daar draait het tenslotte om.

Ook binnen De Sleutel nemen we effectieve interventies over uit andere landen of contexten. Binnenkort vertalen we een Nederlands programma voor selectieve preventie, “Take it personal” naar het Vlaamse buitengewoon onderwijs. Eerder adapteerden we de nieuwe methodiek voor de late adolescentie “In Charge”. EUPC leert ons hier een belangrijke grondregel: “Voorzie in training om de deskundigheid te veranderen voordat je de interventie verandert.” De “Take it personal” methodiek is op casestudies gebaseerd en dus niet bevoegd effectief. Trouw blijven aan de programmastructuur bij innovatieve adaptatieprojecten is desondanks een belangrijke reflex. De EUPC-getrainde preventieprofessional grijpt terug naar de Europese kwaliteitsnormen voor drugpreventie, de zogenaamde EDPQS Toolkit. Dit stelt o.a. het vol-

gende principe voorop: we willen niet schaden. Dat je in het adaptatiewerk immers snel onbedoelde negatieve effecten genereert is ons recent duidelijk geworden bij “In Charge”. Evaluatie wees uit dat de laatste les – les 4 van het originele programma – leerlingen bleek aan te zetten tot gebruik. De les werd bijgevolg afgevoerd. Als je gestandaardiseerde effectieve programma’s wijzigt, moet je goed weten wat je wijzigt en welke gevolgen deze wijziging kan genereren. Unplugged, een evidence based programma dat we in De Sleutel al lang aanbieden, is dus niet zomaar aanpasbaar hoewel de huidige onderwijsrealiteit van ‘meer doen in minder tijd en met minder mensen’ dit wel lijkt aan te geven. Daarom experimenteerden we de voorbije jaren met aanpassingen van de methodiek, maar dat is allerminst vanzelfsprekend. Unplugged-lessen clusteren teneinde de drempel voor implementatie te verlagen laat een EUPC-getrainde preventiewerker gefrustreerd achter. Je weet eigenlijk niet meer wat je aan het doen bent. En het roept ethische vragen op. Het is dus zinvoller na te denken over de implementatiestructuur dan de kernonderdelen van een programma te wijzigen. Om dat even concreet maken: leerkrachten ontlasten door, bijvoorbeeld via hogescholen, in Unplugged getrainde studenten in te zetten om het programma uit te voeren in de klas.

Besluit

De aanpak van drugpreventie varieert van strategieën die gericht zijn op de samenleving als geheel (omgevingsgerichte en universele preventie) tot maatregelen die gericht zijn op risicogroepen en -personen (selectieve en geïndiceerde preventie). De belangrijkste uitdagingen zijn het afstemmen van deze verschillende strategieën op doelgroepen en contexten. We moeten er ook voor zorgen dat deze strategieën op feiten zijn gebaseerd en een voldoende groot bereik onder de bevolking hebben. De tendens die ik vaststelde doorheen mijn trainingsweek is het soortgelijke gewicht van omgevingsgerichte preventie. “Goede

drugpreventie 2.0 is onzichtbaar”, dixit Gregor Burkart. Zijn pleidooi is: 1. minder druginformatie, 2. meer gestandaardiseerde programma’s en 3. meer onbewuste gedragsbeïnvloeding via de omgeving waarin mensen zich bevinden.

Ethiek en pleitbezorging nemen een zeer belangrijke plaats in, hoewel deze het nadeel hebben van minder afgelijnd en voorschrijvend te zijn. Het hoofdstuk omtrent pleitbezorging beslaat slechts 4 pagina’s in het Nederlandstalige 150 pagina’s tellende handboek. De EUPC-trainingen versnellen voelbaar de verspreiding van evidence based preventie. Het moet eerst en vooral enkele hardnekkige (en soms schadelijke) preventiepraktijken uit de wereld helpen. Bijkomend moet het ruimte bieden voor meer effectieve interventies. In een context waarin we ondertussen al aardig wat weten over wat wél werkt (of op zijn minst niet schadelijk is) zijn onethische preventiepraktijken onbegrijpelijk en compleet overbodig.

Bronnen

https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en

<https://onderzoek.hogent.be/projecten/frontline-politeia-take-prevention-science-training-to-the-substance-use-and-crime-prevention-frontline/>

https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination_en

* Het IJslandse preventiemodel is een gemeenschapsgerichte aanpak gebaseerd op wetenschappelijke inzichten om middelengebruik door jongeren te voorkomen en hun welbevinden te verbeteren.

Empathie, verbinding en een beter begrip van verslaving ...

Hoe we kijken naar verslaving speelt een rol in hoe we een antwoord bieden in de hulpverlening. Niet zolang geleden was de gangbare kijk er eentje door de morele bril. Mensen met een verslaving willen gewoon niet stoppen, tonen geen karakter. Vandaag gaan steeds meer stemmen op om verslaving te zien als iets wat tussen mensen staat. Zoals Johan Hari het zegt in de Tedtalk: “Het tegenovergestelde van verslaving is niet nuchterheid, maar wel verbinding.”

Gabor Maté heeft aan deze zienswijze een belangrijke bijdrage geleverd. In zijn boek “*Hongerige Geesten, de psychologie van verslaving*”^{*} richt hij zich op het begrijpen van oorzaken van verslaving en andere geestelijke gezondheidsproblemen. Hij onderzoekt er de relatie tussen verslaving en trauma, en stelt dat verslaving niet simpelweg een ziekte is maar eerder een poging van de geest om met pijnlijke ervaringen om te gaan.

In de uitgave voel je de warmte waarmee Maté kijkt naar personen met een verslaving. Hij deelt eigen ervaringen met verslavingsgedrag. Hierdoor haalt hij verslaving uit het verdomhoekje en tilt hij ze naar een algemeen menselijk gedragspatroon. Hij omschrijft zowel de diepgaande kern van mensen in verslaving, die zorgzaam en oprecht in het leven staan, als de ruwe en harde mentaliteit in het drugsmilieu. De anekdotiek maakt zowel de pijn als de kracht bijna voelbaar. Hij betoogt dat verslaving vaak voortkomt uit een gebrek aan verbinding, van doel in het leven. Hij stelt dat het behandelen van verslaving daarom meer omvat dan alleen het bestrijden van de fysieke symptomen van de ziekte.

Reflecties

Hoewel het boek over het algemeen goed ontvangen is, toch enkele kritische reflecties:

- Sommigen vinden dat Maté te ver gaat in zijn generalisaties over verslaving en trauma. Hoewel trau-

ma en stress belangrijke factoren kunnen zijn bij verslaving, betekent dit niet dat elke verslaafde persoon een trauma heeft meegemaakt. Er kunnen meerdere factoren aan de grondslag liggen.

- Maté legt veel nadruk op de rol van stress en trauma. Hierdoor wordt de rol van biologische factoren onderschat. Verslaving heeft zowel psychologische als biologische componenten. Het negeren van biologische factoren kan een vertekend beeld geven.
- Hij baseert zich vooral op anekdotisch bewijs en te weinig op empirisch onderzoek. Er is meer onderzoek nodig om de theorieën te bevestigen en te ondersteunen.
- Hij pleit voor een holistische benadering, waarbij de nadruk ligt op het genezen van het trauma en het opbouwen van verbinding en doel in het leven. Hoewel dit zeker belangrijke elementen zijn van een effectieve behandeling van verslaving, is het voor sommige mensen niet voldoende en kan medicatie of andere medische behandeling nodig zijn.

Enkele positieve aspecten:

- Maté presenteert een holistische benadering. Hij legt de nadruk op de emotionele, psychologische, sociale en spirituele factoren die bijdragen aan verslaving. Er is dus meer nodig dan alleen het bestrijden van de fysieke symptomen, zoals het werken aan herstellen van verbinding en betekenis in het leven.
- Hij benadrukt dat verslaving voort-

komt uit pijnlijke ervaringen en dat het belangrijk is om de onderliggende oorzaken aan te pakken i.p.v. alleen de symptomen te behandelen. Door deze benadering maakt Maté lezers bewust van het belang van compassie en empathie.

- Hij gebruikt voorbeelden uit de eigen praktijk om zijn argumenten te illustreren. Deze aanpak helpt om de concepten aan een breed publiek uit te leggen. Lezers begrijpen wat verslaving inhoudt en hoe ze kan worden behandeld.
- Maté doet in “*Hongerige Geesten*” een oproep tot verandering in de manier waarop we omgaan met verslaving. Hij benadrukt het belang van preventie, het aanpakken van de onderliggende oorzaken van verslaving en het bieden van behandelingen die zich richten op verbinding en het vinden van een doel in het leven. Hij biedt zo hoop en inspiratie aan mensen die met verslaving en geestelijke gezondheidsproblemen te maken hebben.

* In 2008 verschenen als “*In the Realm of Hungry Ghosts: Close encounters with Addiction*”. De Nederlandse vertaling kwam uit in 2010 en werd heruitgebracht in 2022 bij uitgeverij AnkhHermes.



Ambulant centrum Gent speelt in op nood

Jongeren beter bereiken dankzij outreachende vroegbegeleiding en werkvloeruitwisseling

Komen tot een betere samenwerking tussen drughulpverlening en jeugdwelzijnswerk door gebruik te maken van outreachende vroegbegeleiding via werkvloeruitwisseling... Het ambulant centrum Gent pionierde actief met deze methodiek in een aantal Gentse wijken. Zo liep er een project in samenwerking met de vzw Jong in Ledeberg in de wijken Vogelhoek, Moskou. Een soortgelijk project loopt in de wijk Brugsepoort in samenwerking met de vzw Averroes.

De projecten zijn mogelijk dankzij middelen uit het Sociaal Innovatiefonds. De dienst Welzijn en gelijke kansen van Stad Gent speelde met een oproep in op de noden zoals beschreven in het Drugbeleidsplan van de stad. Daarin stond dat extra aandacht diende te gaan naar jongeren in kwetsbare situaties die vooral te vinden zijn in de openbare ruimtes (parken) en die weinig verbinding hebben met ouders, school of de samenleving tout court.

We gaan in gesprek met één van de outreachers Eline Daans (29). Ze was aan de slag in Ledeberg. In de wijk Brugsepoort loopt het project nog steeds. Het zijn wijken waar veel jongeren met een migratieachtergrond wonen. Het gaat om een kwetsbare doelgroep, de problemen die zij ervaren zijn vaak complexer.

Outreachende vroegbegeleiding via werkvloeruitwisseling... dat is een hele mond vol. Wat houdt dat juist in en hoe ben je in dat project gerold?

Eline: Kort gezegd willen we de drempels tussen het jeugdwelzijnswerk en de verslavingszorg kleiner maken. Zelf heb ik altijd met jongeren gewerkt. Zo werkte ik op de dienst outreachend werk van stad Gent. Verder deed ik ervaring op als mobiel jeugdwerker bij vzw Jong. Toen men het project kwam voorstellen op ons team, vond ik het meteen heel interessant. Zodra er een plekje vrijkwam heb ik me – mede omdat ik ervaringsdeskundig ben – meteen kandidaat gesteld.

Hoe werk je die drempels tussen die twee sectoren weg?

Eline: Ik draai als medewerker van De Sleutel deeltijds mee in de werking van de vzw Jong. Zo krijg ik toegang tot de

Doelstelling in een notendop

- Nabije en snelle hulp inzake midde-
langegebruik en -verslaving bij jongeren met kwetsbare achtergrond. Nabij via aanwezigheid in werking jeugdwelzijnswerk en de leefwereldcontext van de jongere. Snel vanuit expertise van de drughulpverlener met nadruk op vroegtijdige detectie en motivering tot (stappen naar) gedragsverandering. Eerste hulpverlening wordt van hieruit opgestart.
- Betere aansluiting en samenwerking tussen drughulpverlening en jeugd-
welzijnswerk (zowel op casusniveau als op organisatieniveau).

leefwereld van deze jongeren. Concreet ben ik aanwezig in het jeugdhuis en ben ik aanspreekbaar op de pleintjes en op straat. Ik ben voor hen als het ware het gezicht van De Sleutel. Een concreet doel definiëren is moeilijk. Dat is voor elke jongere anders. Algemeen is het wel zo dat we merken dat jongeren vaak een verkeerd beeld hebben van De Sleutel. Ze hoorden wellicht verhalen van mensen die in opname waren of onder voorwaarden in behandeling. Vaak denken ze dat ze enkel bij ons terecht kunnen als ze volledig abtinent zijn of willen worden. Ze kennen met andere woorden het ambulante drughulpaanbod te weinig. Heel wat van die gasten zitten in de fase van “gebruik is tof”. Sommigen willen wel minderen met gebruik.



Een andere drempel was de spreidstand tussen de uren van het jeugdwerk en de drughulpverlening.

Eline: Om hieraan tegemoet te komen kreeg ik een uitzondering om tot 22 u te werken, zodat ik langer in het jeugdhuis aanwezig kon zijn op vrijdag. Later op de avond outreachend werken, als jongeren beginnen uit te gaan, is niet aangewezen. Meestal zijn ze dan al wat onder invloed en in feest sfeer. Dan kan je geen goed gesprek meer aanknopen.

De beginperiode van het project heeft geleerd dat het thema drugs aanbren- gen bij jongeren toch een specifieke knowhow vereist. De aanpak van de reguliere hulpverlening werkt daar niet. Een fact sheet met QR-codes in het jeugdhuis of een minivorming rond psychose had weinig impact. Een basisopleiding outreachend werken zorgde er wel voor dat de medewerkers op de projecten een kader rond het vindplaatsgericht werken aan- gereikt kregen. Gezien er vaak met moslimjongeren gewerkt wordt, is het ook belangrijk om cultuursensitief te werken. Rechtstreeks naar een hulpverlener stappen is voor deze jon- geren nog minder vanzelfsprekend. Dankzij de verstevigde samenwerking met de jongerenorganisaties in de wijken hebben ze vandaag via deze omweg – vb door een vraag te stellen of een probleem te signaleren aan de coach van de sportclub – toch vlotter toegang tot de drughulpverlening. Ook het overbruggen van de verschil- len in de organisatiecultuur tussen beide sectoren vroeg tijd. Maar de voorstelling bij veldwerkers van diver- se instanties (jeugdstraathoekwerk, jeugdrechtbank, politie, WGC, ...) resulteerde er wel in dat de mensen van De Sleutel vandaag meer aange- sproken worden op hun expertise. Toch is het niet evident om een harde output aan te tonen.

Eline: In de praktijk merk je dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een jongere tijd vergt. Outrea- chend werken rendeert minder op de korte termijn. Hen naar de hulpverle- ning krijgen is een doel op de langere termijn. Om dat vertrouwen te winnen



moesten ze me eerst leren kennen. Vandaar dat ik vaak deelneem aan activiteiten die worden georganiseerd vanuit het jeugdhuis (vb op uitstap naar Jumpsy in Dok Noord). Of ben ik ge- woon aanspreekbaar als ze in het jeugd- huis op de playstation aan het spelen zijn. Verder doe ik mijn toer doorheen de buurt. Ik ga regelmatig samen op pad met de outreacher van vzw Jong. Ik ben aanwezig op de verschillende pleintjes waar veel jongeren komen. We kennen de plekken waar jongeren rondhangen en weten waar er gebruikt wordt. Soms krijgen we signalen van politie rond problemen: "Ga daar eens kijken".

Hoe pak je zo'n gesprek aan?

Eline: Door je heel laagdrempelig op te stellen en die gasten met genoeg respect te behandelen. Pas dan krijg je respect terug. Je moet je zo goed mogelijk integreren in hun leefwereld. De eerste gesprekken dienen vooral om elkaar te leren kennen. Je hebt het dan nog niet echt over gebruik. Dat vertrouwen is er nog niet voldoende voor. Als ze dan toevallig een joint aan het roken zijn, dan kan het daar na verloop van tijd wel over gaan. In de praktijk helpt het natuurlijk dat ik zelf ervaringsdeskundige ben. Door vanuit mijn ervaring tijdens gesprek- ken bepaalde zaken te benoemen, kan ik dingen in beweging zetten, iets teweegbrengen. Mijn outreachend werk is bedoeld om mezelf bekend te maken en het vertrouwen te probe- ren winnen bij die jongeren. Dat ze op zijn minst weten, De Sleutel is een

instantie waar ik terecht kan, zodra die hulpvraag opkomt.

Ze zijn meestal zelf niet op zoek naar hulp, ze ervaren nog geen probleem?

Eline: Klopt. Maar als je er dieper op ingaat voel je wel dat sommigen er af en toe toch beginnen aan te denken. Gebruiken is tof maar ze zien ook wel nadelen. Soms kennen jongeren De Sleutel omdat ze vroeger vanuit justitie verwezen zijn. Dan gebeurt het wel dat we tijdens een gesprek samen beslissen om te bellen naar hun GAM-begeleider* om opnieuw op gesprek te gaan. Als het wenselijk is, ga ik de eerste keer mee op gesprek. Verder volg ik hun traject op vanuit de zijlijn. Ik herinner aan hun afspraak of ik stuur een bericht om te vragen hoe het was.

Merk je dat de methodiek vruchten afwerpt?

Eline: Toch wel. Eenmaal de vertrou- wensrelatie er is kunnen we mensen na een aantal gesprekken vaak over- tuigen om een hulpverleningstraject op te starten. Het is dan wel goed dat ik dat traject kan ondersteunen. Soms is dat aanklampend, soms speel ik een rol door iemand die was afgehaakt opnieuw actie te laten ondernemen. Vaak zijn het kleine maar heel belang- rijke stappen. Ik krijg nu ook doorver- wijzingen van de trajectbegeleider van vzw Jong. Die persoon is het eerste aanspreekpunt voor de jongeren en heeft een goed zicht op netwerken en de sociale kaart. Maar door mijn

aanwezigheid en onze activiteiten bv workshops rond drugs is het vertrouwen sterk gegroeid. Ik ben ook vlot aanspreekbaar via allerlei sociale mediakanalen. Ze kunnen me sturen en bereiken op Facebook, Instagram, en ook Tik Tok. We hebben gaandeweg ons project wel moeten bijsturen. Dat psycho-educatieve aanbod zat aanvankelijk niet in onze focus (zie ook kader). Nu organiseren we zelfs een aparte workshop over drugs, gericht op meisjes van de jongerenwerking. We hebben geleerd dat we meer kunnen realiseren als we ons richten tot de meisjes tussen de 13 en 18 jaar in een aparte groep. We konden veel meer diepgang creëren. Op aangeven van vzw Jong hebben we ons ook op de kinderverwerking (8 tot 12j) gericht met een educatief project rond vapes en drugs. Het was een preventieve sessie waarbij we wezen op de gevaren gebonden aan gebruik. Zo brengen we

niet alleen expertise binnen bij onze partner. Door het gesprek aan te gaan kregen ook de begeleiders van vzw Jong een zicht op de kennis van drugs, dingen waar extra kan worden op ingezet. Aansluitend hebben we dan ook een workshop gemaakt op maat van de jeugdwerkers.

Is het de bedoeling om deze methodiek ook in andere wijken uit te rollen?

Eline: Wat we gedaan hebben, bestond voordien niet. We hebben nu een stevig uitgewerkte basis. Ik denk inderdaad dat een verdere uitrol waardevol zou zijn. Maar het zal in elke andere wijk zoeken blijven, en dat is eigen aan outreach. Telkens opnieuw moet je onderzoeken waar de noden liggen. En dat zal afhankelijk zijn van het van sociaal weefsel, van de beschikbare partners.

* GAM: gerechtelijke alternatieve maatregelen

Workshops niet alleen gericht op jongeren

In deze outreachprojecten kreeg het psycho-educatieve luik gaandeweg meer aandacht. Zo organiseert men in elke wijk een workshop gericht op jongeren. Zo'n sessie – waar ook de begeleiders van de partners aan deelnamen - bevatte niet alleen productinformatie, ook een stellingenspel (vragen naar standpunten rond drugs), gekoppeld aan het MMM-model, verschillende vragen rond verslaving (wat weten ze allemaal, hoe gaan ze ermee om). Men voorziet tevens een luik over de eigen ervaringen rond middelengebruik. Op die manier creëren we een opening om daar met de begeleiding over te praten. Op het einde van de sessie is er verder een rollenspel (vb wat is beste manier om een vriend met een verslaving te helpen, om ermee te praten). Dergelijke vorming heeft als doel om de jongeren kennis en inzicht bij te brengen. Het helpt tevens om het vertrouwen van de jongeren in de werking van De Sleutel te laten groeien. Aansluitend bij zo'n vormingsaanbod konden jongeren ook kennismaken met een ervaringsdeskundige.

Context

Tijdens de beginperiode (in corona) pakte het project in de wijk Brugsepoort (met vzw Averroes als partner) uit met een online 'awareness' aanbod rond het thema drugpreventie en verslaving, gericht op al wie betrokken is bij de opvoeding en de ontwikkeling van jongeren (familie, vrienden, kennissen, opvoeders, leerkrachten, ouders). Dit aanbod werd gaandeweg verfijnd. Het doel is om de context te bereiken en hen inzicht doen verwerven in de verslavingsproblematiek en expertise delen in een open dialoog. Tijdens de sessie wordt stevast het hulpverleningsaanbod van het ambulancentrum De Sleutel toegelicht en kan men aansluitend via een vertrouwenspersoon bij de partner een individueel begeleidingstraject aanvragen tijdens een zitdag in het jeugdhuis Bijenkorf of de sportclub.

Ambulant centrum Antwerpen (ACA)

Dambruggestraat 78-80
2060 Antwerpen

T 03 233 99 14 | F 03 225 10 24

E info.aca@desleutel.broedersvanliefde.be

Ambulant centrum Brugge (ACB)

Barrièrestraat 4
8200 Brugge

T 050 40 77 70

E info.acb@desleutel.broedersvanliefde.be

Ambulant centrum Mechelen (ACM)

F. De Merodestraat 20
2800 Mechelen

T 015 20 09 64

E info.acm@desleutel.broedersvanliefde.be

Ambulant centrum Gent (ACG)

Jozef Guislainstraat 43c
9000 Gent

T 09 234 38 33

E info.acg@desleutel.broedersvanliefde.be

Detox- en oriëntatiecentrum (DOC)

Botestraat 102
9032 Wondelgem

T 09 231 54 45

E info.doc@desleutel.broedersvanliefde.be

Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (TGM)

Hundelgemsesteenweg 1
9820 Merelbeke

T 09 253 44 40

E info.tgm@desleutel.broedersvanliefde.be

Therapeutische Gemeenschap Gent (TGG)

Jozef Guislainstraat 43a
9000 Gent

T 09 216 61 90

E info.tgg@desleutel.broedersvanliefde.be

Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma

Zuidmoerstraat 165
9900 Eeklo

T 09 377 25 26

E info.rkj@desleutel.broedersvanliefde.be

Preventiedienst

Ebergiste de Deynestraat 2 C
9000 Gent

T 09 231 57 48

E preventie@desleutel.be

Directie & centrale diensten

Ebergiste de Deynestraat 2 C
9000 Gent

T 09 210 87 10

E info@desleutel.broedersvanliefde.be

 **Broeders van Liefde**
ONDERWIJS EN ZORG

De Sleutel is een onderdeel van
vzw Organisatie der Broeders van Liefde,
Stropstraat 119, Gent

