

# [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 80 | oktober, november, december 2024

80

Verantwoordelijke uitgever: Chris Sels, Ebergijste de Deynestràat 2C, 9000 Gent  
Ondernemingsnummer: 0406.633.304  
P509261 | Afgiftekantoor Gent X

# 50

jaar  
De Sleutel

TERUGBLIK OP FEESTELIJK  
SYMPOSIUM NAV 50 JAAR DE SLEUTEL

## Ervaringsdeskundigen zorgen voor extra boost

Het cliëntenprofiel anno 2023

Waarom specifieke  
verslavingszorg voor  
minderjarigen?

[www.desleutel.be](http://www.desleutel.be)

# "Verhalen van herstel inspireren"

© Diego Franssen



Het symposium "50 jaar De Sleutel" was méér dan een feestelijke mijlpaal. Het werd een inspirerende namiddag vol boeiende inzichten, maar ook emoties die nog lang blijven nazinderen.

Centraal stond het pakkende theaterstuk *De herintreding van Harry*. Het nam de zaal mee in de complexe realiteit van verslaving, het gevecht van Harry met zichzelf en zijn omgeving. Aangrijpend en ook herkenbaar. Heeft niet iedereen iemand in zijn omgeving die met een verslaving worstelt?

Wat me sterk raakte, was de rol van ervaringsdeskundige Martinio. Hij mocht het slot van het stuk bepalen en deelde daarna wat dit met hem deed. Voor hem was het de tweede keer dat hij het stuk zag. De eerste keer vond hij het eerder grappig, maar deze keer raakte het hem diep en confronteerde het hem met zichzelf.

Het zei zoveel over de lange, grillige weg naar herstel. Een weg waarvan je zelf niet weet wat er nog komt. Dat iemand dan de kracht vindt om zijn emoties op een podium te tonen, is indrukwekkend.

Het theaterstuk sloot naadloos aan bij de presentatie van prof. Niels Mulder. Hij sprak over de noodzaak om geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg beter te integreren. Een enorme uitdaging, zowel in Nederland als België, maar vanuit menselijk oogpunt simpelweg logisch en noodzakelijk.

Uiteindelijk is het altijd de mens die inspireert. Zo deed het symposium me nadenken over het potentieel van persoonlijke getuigenissen voor preventie, de hoofddopdracht van VAD. Hoe kunnen we deze verhalen nog beter benutten?

Voor De Sleutel en de bredere verslavingszorg is het belang van preventie vanzelfsprekend. Jongeren ondersteunen, hen tools geven om een andere weg in te slaan en verslaving te voorkomen, is essentieel. Maar we weten ook: getuigenissen een plaats geven binnen preventie is niet eenvoudig. Verhalen over controleverlies en de zware tol van verslaving blijven ongetwijfeld hangen, maar onderzoek wijst uit dat dit als preventie bij jongeren niet werkt. Het voelt te ver weg van hun leefwereld. Op het volgende feestje lijkt alles namelijk prima te gaan met hun vrienden die gebruiken.

Wat wel werkt, zijn positieve verhalen. De energie van een frisse ochtend na een avond zonder drugs, de betere nachtrust na een maand zonder alcohol. En op de lange termijn: een gezonder leven zonder de schadelijke gevolgen van gebruik. Maar zijn deze positieve verhalen wel voldoende krachtig? Kunnen deze getuigenissen mensen overtuigen om nee te zeggen op het volgende feestje?

Zo blijft de vraag: hoe kunnen we de energie van dit theaterstuk en een getuigenis zoals die van Martinio, inzetten in het begin van het proces, als preventie? Het symposium liet zien hoe groot het potentieel is van een doorleefde getuigenis. Laten we samen verder zoeken naar manieren om verhalen van herstel en de bijhorende emoties een rol te laten spelen in preventie.

Katleen Peleman  
Directeur VAD

## 80 inhoud

- 3 Ervaringsdeskundigen geven extra boost aan "De herintreding van Harry"



- 4 Samenwerking geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: kansen en uitdagingen (Prof. dr. Niels Mulder)



- 8 De toekomst van De Sleutel: een vooruitblik met Koen Oosterlinck



- 10 Waarom specifieke verslavingszorg voor minderjarigen?



- 14 Het cliëntenprofiel anno 2023



- 16 Expo "Ik ben er?!" brengt herstel in beeld en krijgt vervolg



## Voorstelling ter gelegenheid van 50 jaar De Sleutel

# Ervaringsdeskundigen geven extra boost aan “De herintreding van Harry”

Op het feestelijk symposium van 15 oktober kreeg het theaterstuk “De herintreding van Harry” een prominente plaats in het programma. We openden bewust met deze voorstelling over verslaving, herstel, stigma’s en taboes.



“De herintreding van Harry” neemt de toeschouwer mee in het stormachtige leven van Harry. Nadat hij zijn verslaving onder controle kreeg, wil hij gelijkwaardig deelnemen aan de samenleving. Maar dat loopt niet van een leien dakje...

**Els Vanneste:** “We maakten kennis met de voorstelling van het kunstenaarscollectief Coup Cura tijdens een studiebezoek in Nederland. We waren zo onder de indruk van de kracht van de voorstelling dat we hen gevraagd hebben om “De herintreding van Harry” op onze 50<sup>ste</sup> verjaardag te brengen.

**Karin Jessica Jansen** (actrice en medebedenker van het concept): “Tijdens de lange voorbereidingsperiode en het bedenken van het scenario probeerden we de verborgen wereld van verslaving te ontsluiten. Verslaafd zijn bleek eenzaam en omkleed met schuld. Als buitenstaander blijken we sterk geconditioneerd: iemand met een verslaving is een onbetrouwbaar, ruggengraatloos randfiguur. Maar is dat wel zo? Verschillende verhalen waar we tijdens onze research op botsten hebben we

geïntegreerd in de voorstelling en kracht bijgezet via video en muziek”.

De voorstelling confronteert de toeschouwer met vooroordelen en is heel krachtig, ook omdat een ervaringsdeskundige een rol krijgt en mee het toneel opstapt. Aan de voorstelling in Merelbeke participeerde Martinio als ervaringsdeskundige. Hij mocht mee het einde van de voorstelling bepalen, door de vraag te kiezen waarmee het stuk zou eindigen.

**Martinio blikt terug:** “Voor mij is Harry heringetreden op het moment dat hij voor het eerst de stap naar hulp zette. Wanneer ben ikzelf heringetreden? Elke dag opnieuw, elke dag waarop ik beslis om bewust clean te blijven. Je moet ervoor kiezen. Zelf ben ik voor het eerst heringetreden in 2019 toen ik het TG-programma ben gestart. Daarna ben ik heruitgetreden, dan opnieuw heringetreden... en nu sta ik hier op een podium met jullie te praten in dit cultuurhuis met 249 mensen” (applaus). De mensen spreken in de voorstelling over het gevoel van falen, over jaren verloren

zijn, ... “Daar ben ik meest veranderd. Vandaag ben ik oké met mezelf, ik heb vooruitzichten. Ik kan kiezen. Ik heb het nog niet helemaal *under control*. Maar ik ben wel *in charge* van mijn eigen leven” zo besluit Martinio.

### Nabespreking

Na de voorstelling worden nog 4 ervaringsdeskundigen op het podium gevraagd. Welke stigma’s ervaren zij tijdens hun herstelproces. Is het mogelijk om volwaardig deel te nemen aan de samenleving?

Kenny voelt zich nog volop in zijn herstelproces. Hij gebruikte 20 jaar amfetamines en volgt de ambulante behandelgroep in Brugge. “Ik heb 5 jaar niet mogen rijden met mijn motor. De eerste keer dat ik opnieuw de baan op mocht, kwam ik meteen in een verkeerscontrole terecht. Ik ben heel streng gecontroleerd: allerhande testen, met een uitgebreide fouille, ... Je staat in hun computersysteem. Dan moet je kalm blijven en dat ondergaan”, zo zegt Kenny.

Saïd vertelt hoe snel alles lijkt te veranderen als je terug clean bent. “Je wil dan meteen tien stappen vooruit zetten. Terug in de maatschappij staan”. Saïd heeft een dochter van 4 die geplaatst is via pleegzorg. “Als ik haar wil zien, moet ik altijd eerst bellen naar pleegzorg. Soms wordt een verzoek geweigerd. Zoiets haalt je zelfwaarde naar beneden. Het doet veel pijn. Regels zijn nodig maar het voelt ook als een stap terug”.

Lees een uitgebreid verslag van deze nabespreking op de website.

Regisseur Puck van Dijk leidt de nabespreking met (vlnr) Maaïke, Pedro, Kenny en Saïd in goede banen



# Samenwerking geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: kansen en uitdagingen

Op het feestelijk symposium van 15 oktober verwelkomden we als keynote-spreker professor Niels Mulder. Hij is hoogleraar aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

---

Professor Niels Mulder belicht een cruciaal thema voor de toekomst van onze zorgverlening: de nauwere samenwerking tussen de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg. Deze twee zorggebieden zijn vaak nauw verbonden in de praktijk. Maar toch blijft de samenwerking op veel plaat-

sen een uitdaging. Kunnen we leren uit goede praktijken in Nederland? Is er evidentie dat een sterkere integratie de zorg kan versterken en bijdragen aan een efficiënter en meer holistisch zorgsysteem. Prof. Mulder deelt zijn inzichten met ons en we zetten enkele belangrijke vaststellingen op een rij.

**Mulder:** “De integratie tussen ‘gewone psychiatrie’ en ‘verslavingspsychiatrie’ is ook in Nederland nog niet helemaal uitgerold zoals zou moeten. Op sommige plaatsen lukt het, op andere plekken wordt de patiënt toch nog te vaak van het een kastje naar de muur gestuurd. Daar willen we iets aan veranderen.”

Mulder legt in zijn betoog al snel de link naar de financiering van de zorgverlening en blikte hierbij ook terug in de tijd. “Er is een periode geweest in Nederland dat verslaving niet gezien werd als een ziekte. Het gevolg was dat instanties uit de gezondheidszorg niet betaalden voor de verslavingszorg. Die middelen kwamen bij ons dan uit andere fondsen (gemeente edm), met alle problemen vandien. Sinds een heel aantal jaren is dat wel goed geregeld. Verslaving wordt bekeken zoals andere psychiatrische aandoeningen. Logisch, er is nu ook veel meer inzicht over hoe we kunnen omgaan met mensen met verslaving en mensen met andere psychiatrische

“

**Prof. Mulder:**  
**Hoe complexer de problematiek, hoe belangrijker het wordt om het geïntegreerd aan te pakken.**



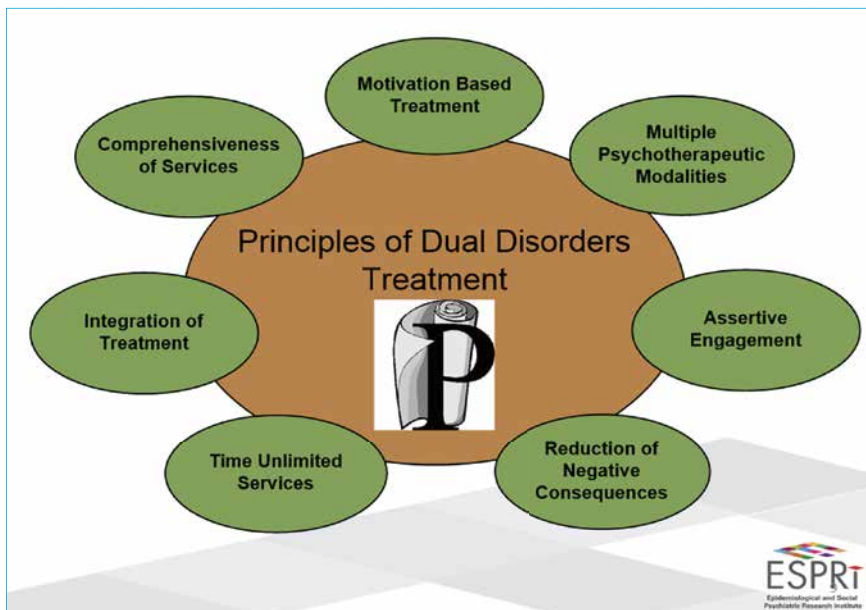
aandoeningen. En dat heeft heel veel voordelen. We weten immers dat er heel wat gemeenschappelijke kenmerken bestaan. Hoe verslaving ontstaat heeft gelijkenissen met kenmerken die we zien als we nagaan hoe andere psychiatrische aandoeningen zoals depressie, psychose, angststoornissen ontstaan. Er is vaak sprake van een samengaan van trauma en genetische factoren, wat leidt tot ‘mental health’ problemen inclusief verslaving”.

Mulder verduidelijkt door te verwijzen naar een onderzoek naar traumatische gebeurtenissen in de kindertijd (Felliti 1998). Dat onderzoek toont aan dat als iemand ellende ervaart tijdens de kindertijd, de kans op allerlei problematieken duidelijk stijgt. Concreet gaat het dan over bijvoorbeeld beginnen roken, meer kans op overgewicht, op depressie, maar ook op middelengebruik in het algemeen en alcoholisme.

“Als we weten dat de risicofactoren die we kennen bij psychiatrische aandoeningen vergelijkbaar zijn met deze bij verslaving, dan moeten we er rekening mee houden dat een heleboel therapieën die we kennen in de gewone GGZ (vb om trauma te behandelen), net zo goed in de verslavingszorg noodzakelijk zijn”, zo stelt Mulder.

Hij verwijst aansluitend naar het Minkov-model (1998), dat gehanteerd wordt om aan te geven in welke mate een methodiek werkt en voor wie. Het model varieert naargelang de ernst van de verslaving en de ernst van de psychiatrische aandoening.

“We weten dat personen die echt kampen met ernstige psychiatrische problemen en ernstig middelen gebruiken best geholpen worden via een geïntegreerde zorg. Concreet denk ik dan aan mensen bijvoorbeeld met een psychose én verslaving, of depressie én alcoholgebruik.” Bovendien weten we dat verslaving net als veel psychiatrische aandoeningen een langdurige behandeling vraagt. Bij mensen met een lichtere, enkelvoudige verslaving is het niet zo duidelijk dat geïntegreerde hulp de beste optie is.



Geïntegreerde zorg betekent dat de verslavingszorg en de psychiatrie/GGZ gezamenlijk in een langdurig behandeltraject aan de slag gaan, samen met de cliënt en de naasten. Mulder: “Als je een behandeling installeert los van elkaar, dan geeft dat veel problemen. Je weet niet wat de ander doet, je kent elkaars successen niet. De verslavingsarts kan medicatie voorschrijven, de GGZ kan medicatie voorschrijven. Het is veel logischer om het samen te doen, toch gebeurt het in de praktijk vaak niet. Ook communiceren tussen beide gebeurt soms wel, af en toe niet”.

Mulder verwijst naar een goede praktijk die ook wetenschappelijk beschreven is in een systematische literatuurstudie uit 2018: de zogenaamde Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT). Dit is uitgebreid beschreven in verschillende handboeken. Toch zijn er critici die zich afvragen of ook voldoende wordt aangetoond of dit beter werkt.

#### Dalend aantal opnamedagen

**Mulder:** “IDDT wordt in Nederland aanbevolen en regelmatig gebruikt bij mensen met dubbel diagnose. Zo gebruiken we het ook op de dubbel diagnose-afdeling waar ikzelf als onderzoeker aan verbonden ben”. Er is nochtans opvallend weinig gedegeen onderzoek voorhanden waar de werkzaamheid van het model wordt

## “ Idealiter wordt een samenwerkingsgroep voorgezeten door de patiënt zelf.

getoetst. “Het is wel veelbelovend dat studies een vermindering aantonen in het aantal opnamedagen. Maar omdat er nog niet zo veel evidentie is, baseert een deel van het verhaal dat ik breng, zich dus ook op common sense: zo moeten we het met elkaar doen.”

Waar bestaat zo’n dubbel diagnose behandeling dan uit? (zie ook afbeelding) Wat zijn belangrijke ingrediënten in deze behandeling? Men houdt rekening met verschillende principes die gecombineerd worden: zo is de behandeling gericht op motivatie verhogen, integreren van verschillende psychotherapeutische modaliteiten (o.a. traumabehandeling) én aanklappend werken, samen met de naaste context. Tevens is het aangewezen om de negatieve consequenties van middelengebruik te proberen voorkomen. “Besef verder dat er geen tijdslimiet is. Dit zijn geen vormen van behandeling die na zes maanden achter de rug zijn. Deze trajecten duren veel langer, je hebt ook vaak te maken met terugval. Tot slot zorg je voor een integratie van



de behandeling binnen psychiatrie en verslavingszorg. De voorkeur gaat naar een behandeling door één team vanuit een instelling. Maar het werkt evengoed vanuit twee instellingen, als je het maar doet op het niveau van de cliënt en zijn naaste”, zo verduidelijkt Mulder.

Mulder wijst erop dat de behandeling in de praktijk bij mensen met ernstige psychiatrische problemen en ernstige verslavingsproblematiek lang niet altijd loopt zoals verwacht. “Als er bijvoorbeeld nog geen remissie is, zien we soms een reëel suicidegevaar. Ook krijgt men bij middelenmisbruik of psychose soms te maken met gewelddadigheid”. Of zien mensen de voorgestelde behandelingen (nog) niet zitten (non-compliance). Dan moeten motiverende technieken mensen verleiden om de behandeling toch aan te gaan. Mulder: “Bij sommige mensen lukt het, bij anderen heeft het meer tijd nodig. Je moet altijd opnieuw blijven proberen. Soms is er sprake van (spoed)opnames. Soms geraken patiënten toch opnieuw aan drugs, belanden ze in de criminaliteit. Maar er is goed nieuws: als je de ingrediënten van IDDT goed neerzet, als je het echt doet zoals het bedoeld is, bijvoorbeeld in een multidisciplinair team, is de kans groter dat het middelengebruik afneemt. Dat is een hoopvolle boodschap.”

Mulder verwijst naar de FACT-teams<sup>1</sup> die in Nederland op ruime schaal uitgerold zijn en waarbij geïntegreerde behandeling in het model zit; helaas

lukt de implementatie van IDDT nog niet overal. In principe wordt tegelijk ook IPS<sup>2</sup> aangeboden. Dat is dé methode in Nederland om mensen met een ernstige psychische aandoening te helpen bij het verkrijgen en behouden van betaald werk.

### Motivatieparadox

Vervolgens zoomt Mulder in op het fenomeen van de motivatieparadox. Gebrek aan motivatie is immers niet alleen een issue bij verslaving, maar bij meer psychische aandoeningen, vooral wanneer de symptomen ernstig zijn. “Misschien herkent u het: mensen met een ernstige verslaving willen daar niet zo maar van af. Ook bij zeer depressieve mensen is er – door de depressie – weinig hoop op behandeling, ze zijn dan moeilijker te motiveren om behandeling te zoeken.”

Mulder vergelijkt met een herkenbaar voorbeeld. “Iemand zit in de problemen, ervaart stress, functioneert niet meer zoals het hoort, zit veel te piekeren. Op het werk loopt het niet... Zo iemand belandt dan vaak bij de huisarts met de boodschap: ik voel niet goed. Deze zal je misschien verwijzen naar een psycholoog. Na reflectie zal de betrokkene dan meestal gemotiveerd zijn om iets te doen...”

Volgens Mulder zien we iets helemaal anders bij de mensen waar wij in de zorg mee te maken hebben. Als de problemen groter worden, de verslaving ernstiger, de psychose ernstiger, dan daalt vaak het besef dat er iets aan de hand is. Mulder “Integendeel.

Men zegt helemaal geen psychiater nodig te hebben, maar iets anders. Sommigen hebben ook negatieve ervaringen achter de rug (vb opname onder dwang). Ook het denkvermogen vermindert, doordat men soms zo opgeslokt wordt door die depressie of verslaving. De paradox is dus dat hoe ernstiger de aandoening, hoe minder de motivatie. Wat betekent dit dan voor de zorg? We moeten erop af. Hoe ernstiger de problematiek, hoe minder motivatie, hoe meer we als hulpverlener, ervaringsdeskundige of als familie moeite moeten doen om in contact te komen met de mensen die er zo ernstig mee te maken hebben. In zo’n gevallen is meer aanklampende zorg aan de orde.”

In Nederland wordt aanklampende zorg – ook wel assertieve of bemoeizorg genoemd – aangeboden vanuit de gemeente. Dat levert problemen op met de continuïteit van zorg, aangezien vrijwillige zorg en zorg onder dwang door de ggz wordt aangeboden, maar bemoeizorg dus niet. “Als je er echter voor kiest om de bemoeizorg als regulier aanbod vanuit de ggz te installeren voorkom je de discontinuïteit van zorg.” Op die manier proberen ze in Nederland de lacune op te vullen tussen vrijwillige behandeling en behandeling onder dwang.

### Samenwerkgroepen

**Mulder:** “Bij dergelijke assertieve zorg probeer je de patiënt te verleiden om zorg te accepteren. Naasten zijn daar idealiter - als co-begeleider of als mantelzorger - heel dicht bij betrokken. In de praktijk kan zo’n traject natuurlijk ingewikkeld zijn en zal het resultaat afhangen van hoe de hulpverlener daarmee omgaat. Mulder doet daarom een pleidooi om sterke netwerken rond de patiënt op te zetten. “Ontwikkel samenwerkgroepen rond de patiënt en gebruik daarbovenop CRA en contingency management in functie van de motivatie.”

Hij verduidelijkt met een voorbeeld: “Als iemand voor een intake of hulp bij de GGZ aanklopt bekijken we welk netwerk die patiënt heeft. Vervolgens

wordt aan die patiënt gevraagd, wie hij of zij belangrijk vindt om mee na te denken rond het hersteltraject, om te assisteren tijdens de behandeling (de broer, vriend/buurvrouw,...). Als de patiënt het wil wordt deze naaste dan structureel verder betrokken in de verdere behandelstappen. Op die manier geraken informele personen uit het netwerk samen met de formele behandelaars (vb verpleegkundige, psycholoog en iemand rond schuldbemiddeling) erg betrokken”.

In de loop van de behandeling komt zo'n samenwerkingsgroep regelmatig samen om de voortgang van alle lopende issues te bespreken. Zijn er minder schulden, is het middelengebruik verminderd, slaat de medicatie aan?

**Mulder:** “De betrokken mensen uit de context kunnen in zo'n overleg zaken delen en daarop inpikken. Bijvoorbeeld door te vertellen wat er als vrije tijdsbesteding gebeurt (samen leuke dingen, gaan wandelen). Op die manier kan alle informatie worden samengelegd en kan men veel beter nieuwe doelen formuleren.”

Mulder wijst erop dat het belangrijk is om continuïteit van zorg te creëren. Individuele mensen kunnen wisselen. Als één van de behandelaars klaar is, dan gaat die weg, de rest blijft. Maar er kunnen evengoed nieuwe mensen bij betrokken worden. En als het niet zo goed gaat (vb terugval in verslavingsgedrag), dan kan het netwerk dergelijk voorval met elkaar proberen op te vangen. Op die manier creëer je een veerkrachtig netwerk. “Als mensen betekenisvolle rollen opnemen, als de naasten en de patiënt elkaar beter kennen, ook in de behandeling, zal je ook meer vooruitgang boeken. Iemand die mee op de hoogte is, die weet wat er speelt, kan daar op inspelen en daar ook een rol in opnemen (vb met een naaste praten over een terugval is makkelijker omdat je over dat onderwerp reeds gepraat hebt in die samenwerkingsgroep). Maar het is ook praktisch van belang. Bijvoorbeeld omdat iemand weet waar je in nood terecht kan (bereiken contactpersonen) en weet wie de behandelaars

zijn. Je bouwt m.a.w. in het netwerk relaties op die je in goede en slechte tijden kan contacteren, waardoor je gezamenlijk tot een oplossing kan komen”, zo stelt Mulder. Idealiter wordt zo'n samenwerkingsgroep voorgezeten door de patiënt zelf. Mulder: “Hij krijgt dus zelf het stuur in handen op zo'n overleg. We spreken dan niet meer ‘over’ de patiënt maar er wordt ‘met’ de patiënt overlegd. In de praktijk streven we hiernaar. In een aantal regio's gebeurt het nu al, maar het is voorlopig nog op kleine schaal”.

Onderzoek bij mensen met een ernstige psychiatrische problematiek wijst trouwens uit dat werken in dergelijke samenwerkingsgroep ook leidt tot betere effecten in vergelijking met enkel casussen waarbij FACT-begeleiding wordt aangeboden enkel bestaande uit multidisciplinaire zorg. Mulder: “Als er ook een samenwerkingsgroep rondom de patiënt aanwezig is, dan leidt dit tot meer empowerment bij de patiënten. We merken ook een positief effect op de kwaliteit van leven en op functioneren in vergelijking met trajecten waarbij we deze samenwerkingsmethode niet hanteerden (alleen FACT).”

### Conclusie

Geïntegreerde dubbele diagnose behandeling is, zeker als verslaving en psychiatrische problemen wat erger worden, de beste keuze. Dit kunnen we zeggen op basis van praktische argumenten en beperkt onderzoek. Het werkt voor patiënten en naasten beter als je niet telkens van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Hoe complexer de problematiek, hoe belangrijker het wordt om het geïntegreerd aan te pakken.

Verslaving is geen exclusie criterium meer bij comorbiditeit als er sprake is van een comorbide stoornis (vb psychose en depressie). Op veel plekken gebeurt het al.

“Weet dus dat de zorg geleidelijk aan steeds verder verbetert als je geïntegreerd gaat werken, zeker voor mensen met ernstige casuïstiek. Bij

enkelvoudige verslaving (vb enkel alcohol of amfetamines, gokken), hoef je niet perse geïntegreerd te werken. Daar volstaat een monodisciplinaire aanpak. Als het ingewikkelder wordt – en allerlei problemen tegelijk voorkomen – is het aangeraden om geïntegreerd te werken, dan is samenwerking op het niveau van de patiënt nodig. Verslavingszorg en GGZ kan mekaar treffen, samen optrekken in de behandeling. Dan heb je eigenlijk bijna een IDDT-team op het niveau van de patiënt”.

- 1 Flexible ACT (FACT) is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. FACT biedt behandeling en begeleiding aan alle mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in een bepaalde wijk of regio - <https://ccaf.nl/wat-is-flexible-act/>
- 2 Individuele Plaatsing en Steun (IPS). Methodiek waarbij de IPS-trajectbegeleider helpt met werk zoeken, vinden en behouden. (<https://www.werkenmetips.nl/wat-is-ips/>)

Prof. Dr. C.L. Mulder is psychiater bij de Parnassiagroep, bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg bij het Erasmus MC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Prof. Mulder werkt als psychiater in de acute psychiatrie en doet onderzoek en publiceert op het gebied van de acute psychiatrie, (preventie van) verplichte zorg, (F)ACT, herstelprocessen en netwerkzorg.



### Voornaamste bronnen

(raadpleeg [www.desleutel.be](http://www.desleutel.be) voor de powerpoint met extra bronnenmateriaal)

Geïntegreerd behandelen van patiënten met dubbele diagnose met IDDT: systematische literatuurstudie, A. Neven, C.L. Mulder e.a, Tijdschrift voor Psychiatrie, 2018

Van bemoeizorg naar assertieve behandeling als regulier aanbod vanuit de ggz, C.L. Mulder, A. Liégois, ea., Tijdschrift voor Psychiatrie, maart 2021

Effectiveness of Resource Groups for improving empowerment, quality of life, and functioning of People with severe mental illness, C. Tjaden, C.L. Mulder ea., Jama Psychiatry, oktober 2021

# De toekomst van De Sleutel

## (eindbeschouwing op symposium door Koen Oosterlinck)

Op het feestelijk symposium bracht Koen Oosterlinck, dagelijks bestuurder bij de Organisatie Broeders van Liefde, een eindbeschouwing. Wat brengt de toekomst voor De Sleutel?

Vijftig jaar geleden sloegen een aantal **pioniers** de hand aan de ploeg. In Mendonk startten ze op een kleine boerderij een therapeutische gemeenschap voor mensen met een drugverslaving.

Af en toe krijgen we nog de vraag waarom de **Broeders van Liefde begin jaren '90** De Sleutel hebben opgenomen in hun groep. Die reden is niet ver te zoeken. In de missie van de groep Broeders van Liefde formuleren we het als volgt: "Aan buitengewone vragen schenken we bijzondere aandacht. Telkens zoeken we naar passende antwoorden op concrete uitdagingen." Mensen met een verslaving vonden in die tijd moeilijk toegang tot passende hulp. Het zorgsysteem van toen schoot voor hen tekort. Bijgevolg

dreigde maatschappelijke uitsluiting voor hen.

De Sleutel wilde dit voorkomen of remediëren met hun specifieke behandel- en ondersteuningsprogramma's. De moeilijke (reglementaire en financiële) omstandigheden bedreigden de levensvatbaarheid van die programma's. In de groep Broeders van Liefde zocht en vond De Sleutel ca. 35 jaar geleden een structuur waarin ze het voor onze samenleving bijzonder relevante werk verder kon zetten. Vanuit onze passie voor mensen en onze droom dat iedere mens tot bloei kan komen hebben de Broeders van Liefde toen gekozen voor deze groep mensen en voor zij die hen begeleiden. Dit blijft de reden waarom we hier in de toekomst verder in willen doorgaan.

We leven in een sterk veranderende wereld en de toekomst zal er voor De Sleutel ook anders uitzien. Een tijdje geleden kozen we er immers voor de afdelingen van De Sleutel niet meer als een eigen netwerk binnen de verslavingszorg te organiseren, maar ze te integreren in drie grotere zorggroepen binnen onze organisatie, m.n. Zorggroep Guislain (Gent), Zorggroep Multiversum (Boechout) en het P.C. Sint-Amandus (Beernem). Deze integratie houdt voor de cliënten en voor de medewerkers van De Sleutel meerdere opportuniteiten in.

### 1° opportuniteit: versterking regionale inbedding verslavingszorg in het zorglandschap.

- We versterken de verbinding en samenwerking met de andere zorgactoren in de regio waar de afdeling gelegen is.
- Zo kan het zorgaanbod van de verslavingszorg meer genieten van de faciliterende rol die de netwerken GGZ opnemen, zowel voor volwassenen als voor kinderen en jongeren.

### 2° opportuniteit: de zorgcontinuïteit voor mensen met verslaving verbeteren

- Aangezien veel cliënten van De Sleutel ook bijkomende psychische problemen of stoornissen hebben, is een goede integratie in de GGZ duidelijk een meerwaarde. Daar is de nodige expertise aanwezig.
- Samenwerking was reeds mogelijk, maar de inbedding in een grotere zorggroep zal de zorg in De Sleutel – waar nodig – nog nauwer laten aansluiten op de zorg in de

*Koen Oosterlinck: "De rijkdom van de ervaringsdeskundigheid is al vele jaren manifest aanwezig binnen de werking van De Sleutel en willen we ook elders nog versterken".*



nog ruimere externe zorgnetwerken en samenwerkingsverbanden. Helemaal nieuw is dit niet. Reeds jarenlang werkt De Sleutel hieraan, en met succes. De “zorgwijzer De Sleutel” die vijf jaar geleden werd geïntroduceerd sprak ook al heel duidelijk over de ambitie van “een zorgproces rond en met de cliënt binnen een context van verregaande multidisciplinaire en transmurale samenwerking.”, alsook van “de naadloze continuïteit van transmurale zorgprocessen die deskundig, op maat en in gecoördineerde modules worden aangeboden.”

- Ook in de nieuwe constellatie willen we het ambulante werken versterken, o.a. in combinatie met outreachende en mobiele teams GGZ. Op die manier verhogen we voor de meest kwetsbare mensen met een verslaving de toegang tot zorg en voorkomen we dat hun situatie op vlak van gezondheid en sociale participatie verder achteruitgaat.
- Verder trachten we de zorgcontinuïteit te verbeteren door een betere aansluiting bij de crisiszorgpaden in de GGZ-netwerken (nog deels in wording) en door vlottere cliënt-overdrachten tussen de verschillende actoren die instaan voor de geïntegreerde en integrale zorg op maat voor de cliënten.

### 3e opportuniteit: wederzijdse expertise-uitwisseling tussen verslavingszorg en GGZ – ook de GGZ vindt baat bij de integratie

- Enerzijds: veel personen in behandeling in de psychiatrie omwille van een psychiatrische stoornis kampen ook met een verslavingsprobleem (1 op 3!). Door de inbedding van De Sleutel in de zorggroepen willen we de specifieke expertise vanuit de verslavingszorg ook aanspreken om de andere behandelprogramma's te verrijken.
- Anderzijds: zoals reeds gezegd kampen ook veel cliënten van De Sleutel met ernstige psychische problemen of psychiatrische stoornissen. Als onderdeel van de Zorggroep zullen zij de in het PZ aanwezige expertise beter kunnen benutten. Zo kan bv. ruimer ingezet worden op alterna-

tieve, non-verbale therapieën door samenwerking.

- Het is voor de verslavingszorg een opportuniteit om hun kennis en visie nog verder aan te scherpen en binnen te brengen binnen de zorggroepen en breder binnen de betrokken GGZ-netwerken. GGZ en verslavingszorg zien we niet als concurrerende domeinen – zoals het ooit wel is geweest en af en toe nog eens de kop dreigt op te steken – maar als verbonden domeinen die elkaar nodig hebben en versterken.
- Via intensievere samenwerking – zowel in cliënttrajecten als gemeenschappelijk georganiseerde vorming – willen we de expertise inzake verslaving verder ontwikkelen. Ik verwijs bv. naar de conceptnota over de verslavingszorg van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin in 2016. Daarin staat: “De noodzakelijke deskundigheidsbevordering binnen de verslavingszorg en de belendende sectoren kan niet alleen via evidence based kennis gerealiseerd worden, maar zeker ook via de ruime ervaringsdeskundigheid van wie het zelf meemaakte als gebruiker of omgeving”. De rijkdom van de ervaringsdeskundigheid is al vele jaren manifest aanwezig binnen de werking van De Sleutel en willen we ook elders nog versterken.
- We streven naar de best gepaste zorg voor patiënten met dubbele diagnose: de expertisedeling en intervisie rond goede GGZ en goede verslavingszorg zal binnen de drie zorggroepen leiden tot een betere indicatiestelling waar de cliënt en de zorgverleners rond de cliënt achter kunnen staan en zo samen tot de beste resultaten qua zorg en kwaliteit van leven voor de cliënt kunnen komen.

### 4e opportuniteit: ondersteuning van de zorg

- De geografische spreiding van het aanbod in De Sleutel vormde in het verleden een handicap in het effectief en efficiënt organiseren van de ondersteunende diensten. De inbedding in een regionaal georganiseerde zorggroep brengt op dit

vlak schaalvoordelen. Dit houdt dan weer minder overheadkosten in op niveau van De Sleutel waardoor er meer middelen zijn voor de kernprocessen, m.n. de zorg en de personeelszorg. Dit schept ruimte voor het verder ontwikkelen van klinisch leiderschap en de kwaliteit van zorg in de verslavingsafdelingen. Een nabije en beter omkaderde administratieve en logistieke ondersteuning zal hiertoe bijdragen.

- Natuurlijk willen we in de beoogde verandering ook komen tot een betere zorginfrastructuur. De kwetsbaarheid van het financieringsmodel van De Sleutel, de zogeheten conventies, stelden De Sleutel vooralsnog niet in staat voldoende te investeren in moderne functionele en goed onderhouden gebouwen. Gelukkig heeft de Vlaamse overheid onlangs voor de conventies nieuwe perspectieven gecreëerd. Om op dit domein effectief stappen vooruit te zetten is het een voordeel die investeringen binnen een grotere structuur te realiseren.

Wat 50 jaar geleden ontkiemde en doorheen de voorbije 50 jaar een mooie struik werd, zal verder leven en zelf leven blijven geven aan mensen met een verslaving. Dit alles weliswaar geënt op een andere sterke stam.

Ik rond graag af met een dankwoord aan de medewerkers van De Sleutel. Ik wens hen het beste voor de toekomst. Enkel hun inzet, expertise en liefde voor de mensen met een verslaving en voor hun omgeving kunnen de vele mooie ambities en plannen doen slagen. Afsluiten doe ik met een citaat van Christina Aguilera: “Succes verandert je niet, het verandert de mensen rondom je”. En het is ons toch om die mensen rond ons te doen !

# Waarom specifieke verslavingszorg voor minderjarigen?

Waarom is een gespecialiseerde minderjarigenwerking nodig, te onderscheiden van een volwassenenwerking waarbinnen nu soms ook minderjarigen met verslavingsproblemen worden begeleid? Welke zijn de verschillen dan precies? Joris Cracco argumenteert vanuit jarenlange expertise.

De verslavingszorg heeft binnen de Geestelijke Gezondheidszorg altijd een wat aparte plaats en traditie ingenomen. Binnen deze sector werkt het RKJ al sinds zijn oprichting uitsluitend met minderjarigen. Dit is vrij uniek. Enkel de collega's van Pathways in Tienen bieden een gelijkwaardig residentieel programma. Als bewijs voor de versnippering van onze gezondheidszorg hebben deze twee voorzieningen, niettegenstaande een vrij gelijklopende visie en werking, totaal verschillende bevoegde overheden en erkenningsmodaliteiten.

## Argumentatie vanuit de ontwikkelingspsychologie en neuropsychologie

De leeftijd waarop we meerderjarig worden is er niet zomaar toevallig gekomen. En hoewel er uiteraard veel individuele variatie bestaat, kunnen we stellen dat ongeveer op 18 jaar de overstap gemaakt wordt van de adolescentie naar de jongvolwassenheid. De ontwikkelingspsychologie leert ons dat de adolescentie een cruciale leeftijdsfase is. De adolescent heeft een hele reeks ontwikkelingstaken op te nemen. We weten ook dat, als deze ontwikkelingstaken niet tijdig tot een goed einde gebracht worden, het achteraf quasi onmogelijk is om dit nog recht te trekken. De adolescent meet zich een eigen identiteit aan, de seksualiteit komt tot ontwikkeling, we integreren normen en waarden, zoeken een evenwicht tussen individualiteit en maatschappelijke verbondenheid, we creëren een gevoel van zelfwaarde, zingeving en een toekomstperspectief... Het zijn allemaal

cruciale zaken om zich later als volwassene te kunnen ontplooiën en zich te integreren in onze samenleving.

Dit gaat samen met een gigantische ontwikkeling van het centraal zenuwstelsel. De verschillende functies worden beter gedifferentieerd, waarbij de hogere cognitieve vaardigheden performanter worden en beter afgestemd op het geheugen, de emoties, de motoriek enz... Het formeel operationeel denken installeert zich en als laatste stap zien we de ontwikkeling van de prefrontale cortex en de daarmee gepaard gaande executieve functies. We weten ondertussen dat het gebruik van psychoactieve middelen ook op deze ontwikkeling een enorme en quasi onomkeerbare impact heeft.

Wat zijn de implicaties hiervan voor de behandeling? Middelenmisbruik is een stoornis die al deze ontwikkelingstaken stopzet of erger nog: ze corrupteert. Zo zien we in het RKJ soms adolescenten die al een normen- en waardenpatroon integreren dat meer strookt met het criminele milieu dan met een verantwoord burgerschap. Ik denk bijvoorbeeld ook aan minderjarigen die onder invloed seksueel misbruikt worden of die hun seksualiteit inzetten om aan drugs te komen. Eenmaal een dergelijk patroon is geïnstalleerd en de jongere zich met deze rol heeft geïdentificeerd, wordt het bijzonder moeilijk en vaak zelfs onmogelijk om dit nog om te keren.

Ieder behandelprogramma moet hier vanaf de start van de behandeling rekening mee houden. Dit kan enkel als



**Minderjarigen die middelen misbruiken zijn vaak niet gemotiveerd om hulp te aanvaarden. Ze ervaren ook nog heel weinig nadelen.**

je veel ruimer denkt en werkt dan enkel rond het middelenmisbruik. Een volwassene kun je vragen om tijdelijk zijn of haar leven "on hold" te zetten, en zich volledig te concentreren op het ziektebeeld en de impact ervan op de verschillende levensdomeinen. Bij een minderjarige moeten al deze levensdomeinen nog vorm krijgen en dit kan enkel binnen een pedagogisch kader. Er is een wereld van verschil tussen een functie die al verworven is en nadien wordt aangetast en een functie waarvan de vorming nog niet tot ontwikkeling is gekomen. Bij een adolescent in behandeling vraag je dat hij een wiel vervangt terwijl hij fietst, bij een volwassene kun je de fiets even aan de kant zetten en dan het wiel vervangen. De negatieve impact van middelenmisbruik op de psychologische en neurologische ontwikkeling is dus groter en complexer naarmate het middelenmisbruik vroeger start en langer duurt. Daarenboven is het verschil niet alleen kwantitatief, de aard van de schade is anders en legt een hypotheek op de volledige persoonlijkheidsontwikke-

ling. Daarom is het ook belangrijk om snel en voldoende daadkrachtig in te grijpen. Ook als de minderjarige dit nog niet ziet zitten. Bij een volwassene houd je rekening met de keuzes die hij maakt en kan een zeker uitstel in de meest gepaste behandeling soms gerechtvaardigd zijn. Maar als opvoedingsverantwoordelijke ben je mee verantwoordelijk voor het gedrag van de minderjarige. Uitstel kan (en zal ook vaak) onherstelbare schade tot gevolg hebben.

### Het landschap van de hulpverlening

Omdat minderjarigen nog volop in ontwikkeling zijn, is het traject-denken nog belangrijker dan bij volwassenen. De ontwikkeling van een minderjarige verloopt immers snel en in een traject kunnen de betrokkenen elkaar snel opvolgen of aanvullen. Zeker als het moeilijk gaat, kunnen heel veel partners betrokken worden: verschillende scholen, bijzondere jeugdzorg, CLB, GGZ, huisarts, consulenten enz... Bij het steeds maar doorverwijzen verliest men veel tijd en uit de vorige paragraaf weten we hoe belangrijk tijd is. Gezinnen en jongeren moeten steeds opnieuw hun verhaal vertellen en komen niet zelden in hun traject in contact met tientallen hulpverleners, waardoor het opbouwen van een gezonde hechting steeds moeilijker wordt.

Verder is co-morbiditeit de regel en niet de uitzondering (co-morbiditeit is het samen voorkomen van verschillende stoornissen zoals bv verslaving en psychose). Er bestaat niet zoiets als een primaire verslaving bij minderjarigen. De impact van het verslavingsprobleem is namelijk zodanig groot dat de volledige ontwikkeling in het gedrang komt; en dit net in een ontwikkelingsfase die ook in normale omstandigheden wordt gekenmerkt door turbulentie en onevenwichten.

Dit noodzaakt een multimodale en trajectmatige aanpak, waarbij heel veel aandacht gaat naar het activeren en terug opbouwen van een ondersteuningsnetwerk. We kunnen het ons niet veroorloven om ons te be-

perken tot het verslavingsprobleem alleen. De volledige psychische en sociale ontwikkeling komt aan bod en de impact hiervan op het sociale netwerk. Om dit te realiseren hebben we als behandelsetting een grondige kennis nodig van de integrale jeugdzorg en de wijze waarop hulpverlening voor deze doelgroep is georganiseerd. Deze is fundamenteel anders dan bij volwassenen. Deze kennis behelst niet enkel wie wat aanbiedt, maar ook het inzicht vanuit welke kaders er gewerkt wordt en waarom deze zorg anders is. Zo heeft de integrale jeugdzorg bijvoorbeeld het denken in een eerste- tweede- en derde lijnszorg volledig verlaten.

Het is niet evident om rond deze kleine doelgroep een multidisciplinair team op te bouwen dat een grondige kennis en inzicht heeft in de organisatie van de jeugdzorg, de evoluties die daar lopende zijn en de finesses in de verschillen in aanpak van de diverse aanbieders. Toch is dit essentieel als je de overstap wil maken van “een patiënt met een stoornis die we behandelen” naar het “opbouwen van een traject in een netwerk”.

### De juridische realiteit

Niet alleen de zorg is totaal anders georganiseerd, ook de juridische context is -gelukkig maar- fundamenteel

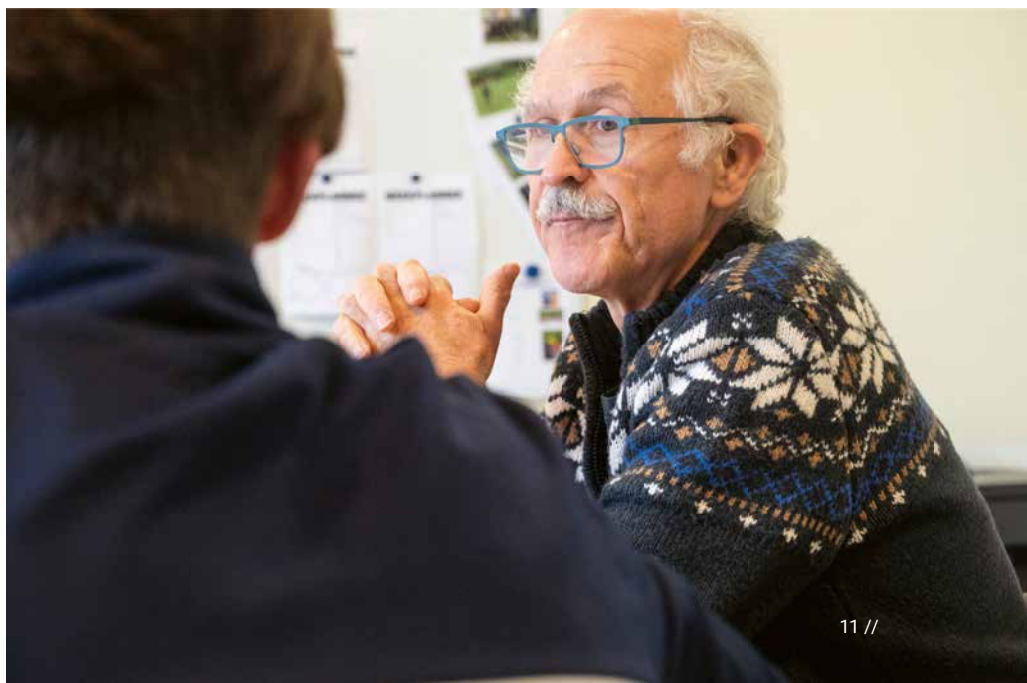
verschillend. De jeugdrechtsbank staat niet los van de hulpverlening maar is er via de gemandateerde voorzieningen structureel mee verbonden. Dit biedt extra mogelijkheden die expertise vergt om volledig te kunnen benutten.

Dit vergt een andere kijk op o.a. de toepassing van het beroepsgeheim. Met onze doelgroep is het bijvoorbeeld niet ongewoon dat we in overleg met een Ondersteuningscentrum jeugdzorg (OCJ) mee doorverwijzen naar een jeugdrechtsbank. Wat bij meerderjarigen wellicht ondenkbaar zou zijn. De externe motivatie is vaak het enige houvast dat je in het begin van een behandelingstraject hebt om op verder te werken. Uiteraard is het essentieel dat je de ouders intensief in het traject betrekt. Deze twee aspecten werken we verder uit.

### Motivatie

Als een volwassene een ziekte heeft en hij weigert het advies van de hulpverlening, dan is dit zijn verantwoordelijkheid. De hulpverlening zal natuurlijk motiverend werken en duidelijk het advies motiveren, maar als de cliënt bij zijn standpunt blijft; kan de therapeut hoogstens beslissen om de therapie niet meer verder te zetten, wegens niet adequaat. De vraag kan gesteld worden of dit in de GGZ wel

*Joris Cracco: “Bij minderjarigen loop je meer risico dat onherstelbare schade optreedt als niet snel de meest adequate maatregelen worden ingezet”.*





gepast is dan wel of het te weinig gebeurt, maar dit valt buiten het bestek van dit artikel.

Bij minderjarigen ligt dit anders. De minderjarige heeft zeker recht op maximale inspraak. Maar anderzijds blijven volwassenen (in principe de ouders) mee verantwoordelijk voor zijn gedrag. En vanuit deze positie hebben ze ook recht op informatie die noodzakelijk is om deze verantwoordelijkheid te kunnen opnemen. Dit alles beperkt de keuzevrijheid van de minderjarige, en dit al zeker in situaties waarbij hij keuzes maakt die zijn fysieke of psychische integriteit compromitteren. In deze gevallen kan (soms ook moet) worden doorverwezen naar een gemandateerde voorziening.

Minderjarigen die middelen misbruiken zijn heel vaak niet gemotiveerd om hulp te aanvaarden. Ze hebben nog steeds al de voordelen van hun gebruik en ervaren nog heel weinig nadelen. Onder meer omdat er vrijwel steeds opvoedingsverantwoordelijken zijn die voor hen blijven zorgen. Het enige nadeel dat ze ondervinden is vaak dat hun omgeving daar moeilijk over doet. En dit is dan ook wat we moeten doen als de minderjarige niet bereid is om de gepaste zorg te aanvaarden. Uiteraard investeer je intensief op intrinsiek motivatie. Motiverende gespreksvoering is een welgekende techniek in de drughulpverlening. Maar de klok tikt snel en de schade die aangericht wordt bij middelenmisbruik is zeer groot. Als therapeut zijn we ervan doordrongen

dat we moeten vertrekken van de vraag van de cliënt. Maar de cliënt is hier niet alleen de minderjarige en wij zijn mee verantwoordelijk. Dit wordt wel eens over het hoofd gezien. Dit brengt ons naadloos tot de volgende paragraaf.

### De contextuele werking

Het is duidelijk dat je met deze doelgroep steeds werkt met een cliëntsysteem en dat het noodzakelijk is om de context mee in het bad te trekken. Dit gaat dus veel verder dan het “betrekken” van de context. Er is geen andere optie. De context zien we best zo ruim mogelijk: uiteraard de ouders (als deze nog aanwezig zijn), maar ook iedereen die kan meewerken om een gezond netwerk rond de jongere op te bouwen en/of te verstevigen. Ook de jeugdrechtsbank: die kan de rol vervullen van het maatschappelijk geweten en zo ruimte creëren voor de ouders en de therapeuten om interventies op te zetten vanuit een rol van “betrokken bezorgdheid”. Behandeling is meer dan het leren stoppen met het gebruiken van drugs, het is de adolescent helpen om opnieuw zijn leven op te bouwen en vooralsnog al zijn ontwikkelingstaken tot een goed einde te brengen. Maar “it takes a village to raise a child” en de (ortho) pedagogische invalshoek is hier minstens even belangrijk als de therapeutische.

Deze uitgebreide contextuele werking biedt niet alleen extra mogelijkheden tot verandering. Ze werkt ook motiverend, want hier worden meestal de eerste hulpvragen van de jongere ontdekt: bijvoorbeeld “mijn ouders vertrouwen me niet meer” biedt de mogelijkheid om de betekenis hierachter te zoeken en een band op te bouwen, om openingen te vinden en om in wederkerigheid het behandelingstraject op te starten. Dit is geen schending van de vertrouwensband. Integendeel: het biedt net mogelijkheden om die band op te bouwen. Ook in de ogen van de minderjarige is het vanzelfsprekend dat ouders intensief betrokken worden. Je betreft ouders evenmin omdat je denkt dat ze het

verkeerd hebben aangepakt, maar net omdat ze de meeste sleutels in handen hebben om verandering teweeg te brengen. Als therapeut heb je kennis van het verslavingsproces, maar als ouder heb je kennis van je kind. Trouwens ook de ouders hebben vaak heel veel nood aan ondersteuning en een nieuw toekomstperspectief.

Ook hier is specifieke expertise noodzakelijk. Op een dergelijke manier samenwerken met ouders maakt het behandelingsproces bijzonder intensief en complex. En het beroepsgeheim? Het beroepsgeheim gooien we natuurlijk niet overboord maar we gaan vanuit een meervoudige betrokkenheid samen aan de slag. Wat je samen kunt bespreken, hoeft trouwens al niet meer door het beroepsgeheim “toegedekt” te worden en de ervaring om samen dingen te (leren) bespreken wekt vertrouwen en is op zich al een leerproces. Het vergt jaren om de expertise te ontwikkelen om te weten wat, wanneer en hoe iets bespreekbaar kan gemaakt worden, en de ondersteuning van een ervaren multidisciplinair team is een absolute noodzaak om die expertise te ontwikkelen, in te zetten, te onderhouden en te ondersteunen. Opnieuw: “it takes a village to raise a child”.

### De sociale fragiliteit

Ten slotte wil ik wijzen op de kwetsbaarheid van jongeren en de gevaren waarmee ze worden geconfronteerd bij middelenmisbruik. Ze hebben nog weinig ervaring over hoe de wereld in

elkaar zit, maar zijn wel geneigd om risico's uit te testen en zullen vlugger impulsief reageren op nieuwe ervaringen. Onmiskenbaar zullen ze echter in contact komen met criminele milieus, die vaak heel veel opportuniteiten zien in het rekruteren van minderjarigen. Bijvoorbeeld voor koerierdiensten of om een voorraad te stockeren in hun slaapkamer. Meisjes lopen dan weer meer risico om seksueel misbruikt te worden. Onder invloed verlegt men snel zijn grenzen en ook daar wordt vaak misbruik van gemaakt. De minderjarige verwerft status en leeft in de veronderstelling dat hij het gebruik gratis krijgt. De jongere gaat zich identificeren met het gedrag dat hij stelt. Eenmaal men in het net gevangen zit, is het niet eenvoudig om er weer uit te geraken en neemt de kans om traumatische ervaringen op te doen snel toe.

### Besluit

In de GGZ is het al lang een evidentie dat de zorg voor minderjarigen fundamenteel verschilt dan die voor volwassenen. We beschouwen de minderjarige niet meer als een kleine volwassene. Daar is nagenoeg iedereen het over eens. Het verschil is echter veel groter dan soms wel eens gedacht wordt. En dit geldt natuurlijk ook -en misschien zelfs nog meer- voor de drughulpverlening; waar de traditie en de expertise vooral gericht zijn op volwassenen.

De belangrijkste verschillen zijn de risico's die minderjarigen lopen en de onherstelbare schade die kan optre-

den als we niet snel de meest adequate maatregelen inzetten. Dit “ingrijpen” tegen de wens van de minderjarige zelf stoot vaak op weerstand bij hulpverleners die doordrongen zijn van het ingaan op de wens van de cliënt. De therapeutische bril is hier niet voldoende en moet aangevuld worden met het perspectief van de pedagogiek.

Dit alles vergt tijd om expertise te ontwikkelen en het vraagt competenties die anders liggen dan bij een volwassenenwerking en die ook nooit in één persoon zullen gevonden worden. Het multidisciplinair team is ruimer en wordt anders samengesteld. Co-morbiditeit is de regel: er zijn steeds bijkomende psychische, sociale, en ontwikkelingsproblemen. De context wordt steeds in het therapeutisch traject geïntegreerd. Deze complexiteit vergt een ervaring en expertise die niet door één enkele persoon kan opgenomen worden. Een goed op elkaar afgestemd multidisciplinair team, met voldoende ondersteuning voor ieder lid, is cruciaal.

Dit team werkt binnen de integrale jeugdzorg waar sterk de nadruk ligt op continuïteit en waar een knip in het traject zoveel mogelijk vermeden wordt. Doorverwijzen vermijden we best zoveel mogelijk. Als het toch noodzakelijk is, bereiden we een verwijzing goed voor om die zorgvuldig uit te voeren en om de minderjarige en zijn gezin hierin maximaal te begeleiden. Waar mogelijk verloopt dit proces uiteraard vrijwillig. Maar wanneer de fysieke en/of psychische integriteit van de minderjarige in het gedrag komt, wordt er via de gemandateerde voorzieningen ingegrepen. Als hulpverlener en als context zijn we mee verantwoordelijk voor de keuzes die de minderjarige maakt.



# Het cliëntenprofiel anno 2023

Voor personen die bij De Sleutel aankloppen met een vraag naar behandeling wordt een zorgdossier bijgehouden. Dit gebeurt in functie van een aangepaste behandeling of zorg, op maat van de hulpvraag en het profiel van de cliënt. Tegelijk worden enkele specifieke cliëntgegevens verzameld om te voldoen aan het TDI-protocol. Hier treden epidemiologische doeleinden op de voorgrond.

In onderstaand artikel gaan we – aan de hand van dat protocol – dieper in op de cliëntcohort van 2023; dit zijn de cliënten die in 2023 een behandeling zijn gestart in De Sleutel. We schetsen het profiel, staan stil bij relevante verschillen tussen de types van centra (ambulant, detox en oriëntatie, langdurige opname in TG en residentieel kortdurend jongerenprogramma RKJ) en vergelijken de cohort van 2023 met voorgaande jaren om aldus enkele evoluties doorheen de tijd te ontwaren (2018-2023).

De TDI of Treatment Demand Indicator is een minimum-set van gestandaardiseerde gegevens die bevraagd worden in het kader van een eerste face-to-face contact binnen een nieuw gestarte behandeling. In 2023 werden in De Sleutel aldus TDI-gegevens verzameld bij een cohort van 1801 cliënten. Onderstaande gegevens zijn gebaseerd op deze cohort van 2023 en bevatten niet de gegevens van cliënten die hun behandeling al eerder waren gestart.

## Geslacht, leeftijd en nationaliteit

Quasi vier op vijf cliënten (met name 79%) die in 2023 bij De Sleutel van start gingen met een behandeling zijn mannen. In vergelijking met voorgaande jaren merken we een daling van het aandeel mannen gezien dit voor de cliëntcohorten 2018-2022 steeds tussen 82% en 86% lag. Tussen de centra van De Sleutel is er voorts een duidelijk verschil: het Detox- en Oriëntatiecentrum (DOC) en de Therapeutische Gemeenschappen

(TG's) hebben een nog meer uitgesproken 'mannelijk' profiel (telkens 87% in 2023) dan de ambulante centra en het jongerenprogramma RKJ (resp. 78% en 69%).

Ruim een kwart van de cliënten (26%) is jonger dan 25. De gemiddelde leeftijd van de cliënt stijgt traag, maar gestaag verder: van bijna 30 jaar in 2018 tot bijna 32 jaar in 2023. In het DOC en de TG's is de cliënt die een behandeling start gemiddeld iets ouder (respectievelijk 34 en 36j in 2023), terwijl het RKJ per definitie de jongste cliënten in behandeling heeft (gemiddeld 16j). In de ambulante centra is de gemiddelde cliënt bijna 32 jaar bij de start van de behandeling. Van alle nieuw gestarte cliënten in 2023 heeft 94% de Belgische nationaliteit. Van de niet-Belgen draagt 3% een EU-nationaliteit en eveneens 3% de nationaliteit van een land buiten de EU. In de periode 2018-2023 is deze nationaliteitsverdeling vrij stabiel.

## Doorverwijzende instantie en behandelverleden

Het aandeel cliënten dat in 2023 op eigen initiatief naar De Sleutel komt, bedraagt 38%, terwijl 9% hiertoe werd aangezet door familie of vrienden. Binnen de verwezen cliënten zijn de justitiële verwijzingen met 27% het talrijkst in De Sleutel. Doorverwijzingen door andere zorgverleners scoren veel lager in 2023: 6% vanuit de drughulpverlening, 6% uit welzijnsvoorzieningen, 5% vanwege ziekenhuizen, en 4% door huisartsen.

Tussen de centra van de Sleutel treden behoorlijke verschillen op: het aandeel verwijzingen vanuit de drughulpverlening is veel groter in het DOC en de TG's (resp. 21% en 34%) dan in de ambulante centra (4%), terwijl het omgekeerde geldt voor de verwijzingen door justitie (15% in DOC en 11% in TG versus 29% ambulant).

Belangrijk en relevant is het onderscheid tussen nieuwe cliënten (nieuwkomers of instromers) en cliënten die reeds eerder in behandeling zijn geweest (terugkomers). In 2023 behoort 42% van zij die een behandeling zijn gestart in De Sleutel tot de nieuwkomers of instromers; dit houdt in dat ze nog niet eerder in behandeling zijn geweest voor problemen in verband met middelengebruik. Sinds 2018 (met 45% nieuwkomers) tekent zich een beperkte en geleidelijke afname af van het aandeel nieuwkomers en toename van het aandeel terugkomers. Ook hier zijn er grote verschillen tussen de centra onderling. De ambulante centra en het RKJ bereiken in 2023 voor bijna de helft (resp. 46% en 45%) nieuwkomers terwijl in de TG's en het DOC veeleer 'gekende' cliënten opnieuw in behandeling ko-



**In het Detox & Oriëntatiecentrum blijft cocaine anno 2023 het meest gebruikte product (40%)**

men (met respectievelijk 'slechts' 9% en 19% nieuwkomers). Dit betekent dat er weinig of geen eerste behandelingen voorkomen in deze centra.

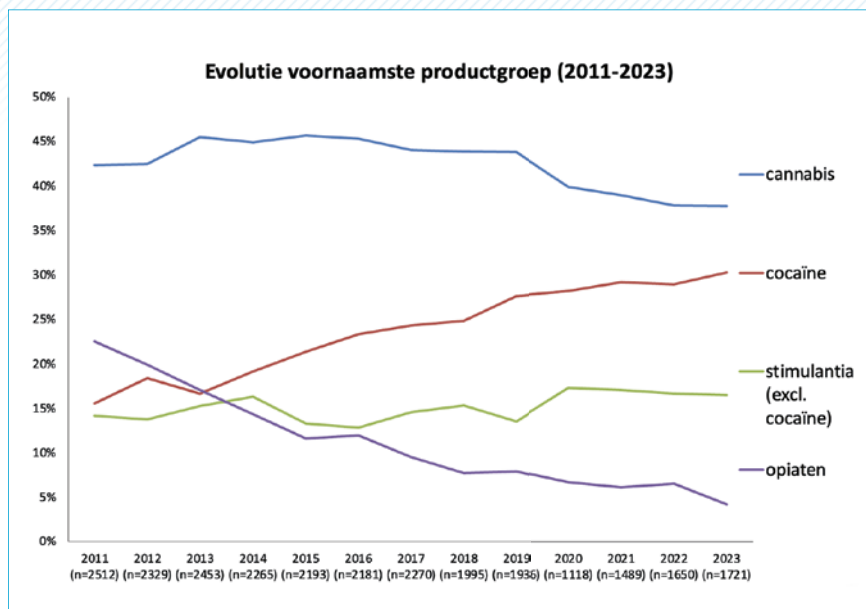
### Opleidingsniveau en arbeidssituatie

Veertig procent van de cliëntcohort in 2023 behaalde niet meer dan een diploma lager onderwijs, terwijl 12% hoger onderwijs heeft afgewerkt. Dit betekent dat 4 op 10 cliënten het secundair onderwijs niet met succes heeft afgerond. In het DOC en de TG's is het opleidingsniveau lager dan in de ambulante centra. In de periode 2018-2023 is het opleidingsniveau van de cliëntcohorten geleidelijk gestegen: van 7% hoger onderwijs in 2018 naar 12% in 2023.

Ruim één op drie cliënten die een behandeling startten in 2023 (36%) is regulier tewerkgesteld, terwijl 26% arbeidsongeschikt en 21% werkloos is. In vergelijking met voorgaande jaren zijn er enkele verschuivingen: het aandeel tewerkgestelden onder de cliënten is toegenomen (van 32% in 2018 naar 36% in 2023) net zoals het aandeel arbeidsongeschikten (van 20% naar 26%), terwijl het omgekeerde geldt voor de groep van werklozen (van 28% in 2018 naar 21% in 2023). In de ambulante centra (41%) is het aandeel tewerkgestelden in de 2023-cohort hoger dan in het DOC (12%) en de TG's (3%). Eén op acht (12%) in 2023 is student. Het RKJ scoort hier uiteraard het hoogst (93% scholieren) terwijl het aandeel studenten in het DOC en de TG's beperkt is tot respectievelijk 1% en 0%.

### Voornaamste drug en spuitgedrag

Naast bovenstaande socio-demografische variabelen peilt de TDI ook naar een aantal druggerelateerde kenmerken; met name het voornaamste product dat aan de basis ligt van de vraag naar behandeling en het spuitgedrag zijn uiterst relevante gegevens. Met betrekking tot het voornaamste product stellen we vast dat cannabis met 38% de koploper vormt binnen de 2023-cohort van De Sleutel. Zoals blijkt uit bovenstaande grafiek steeg



het aandeel cannabisgerelateerde hulpvragen tot 2013 om daarna enkele jaren stabiel te blijven en vanaf 2020 te dalen. De productgroep van opiaten (voornamelijk heroïne) is binnen de cliëntenpopulatie in vrije val. In 2011 vormde opiaten nog de tweede voornaamste productgroep met 23%. Sinds 2014 zijn opiaten weggezakt naar de vierde plaats met 'amper' 4% in 2023. Zowel cocaïne als stimulantia (resp. 30% en 17% in 2023) zijn sinds 2014 belangrijker geworden dan de groep van opiaten. Vanaf 2014 wint cocaïne stelselmatig en tot op vandaag verder terrein, terwijl andere stimulantia (voornamelijk amfetamines) binnen elk van de cohorten schommelt tussen 14% en 17%.

Behalve deze algemene evoluties stellen we vast dat de productprofielen sterk uiteenlopen naargelang het type centrum. De ambulante centra worden gekenmerkt door een sterk vertegenwoordigd 'cannabiscliënteel' (41% in 2023), terwijl de andere productgroepen op respectabele afstand volgen (30% cocaïne, 16% stimulantia en 3% opiaten). Bij het RKJ is het belang van cannabis als belangrijkste product nog groter (69%), terwijl stimulantia 28% uitmaakt in het RKJ. Het DOC-plaatje wijkt hier zeer sterk van af: cocaïne blijft anno 2023 de absolute koploper met 40%, terwijl opiaten verder terrein verliest (van 19% in 2018 naar 10% in 2023). Stimulantia en cannabis (resp. 16% en 14% in 2023) zijn min of meer even belangrijk als productgroep in het DOC. Ook in de TG's zijn opiaten verder

weggezakt (18% in 2023), terwijl het belang van cocaïne toeneemt (30%) en stimulantia (23%) eveneens vrij hoog scoort. Het aandeel 'cannabiscliënteel' blijft met 8% zeer laag in de TG's.

De gemiddelde leeftijd van de aan groeiende cocaïne groep is in de periode 2018-2023 gestegen met 4 jaar tot gemiddeld bijna 35 jaar. Voor de productgroepen opiaten en cannabis merken we een beperktere stijging, nl. met 2 jaar (opiaten: gemiddeld 39 jaar en cannabis: 28 jaar). De gemiddelde leeftijd van de 'stimulantiacliënten' bleef in 2023 stabiel op 33 jaar. De 'cannabiscliënten' zijn vaker cliënten die voor het eerst in behandeling komen (56% nieuwkomers of instromers), terwijl dit voor de andere productgroepen niet geldt (39% voor cocaïne, 37% voor andere stimulantia en slechts 6% voor opiaten).

10% van de cliëntcohort in 2023 heeft ooit drugs geïnjecteerd, waarvan bijna een kwart dit ook in de afgelopen 30 dagen heeft gedaan (2% recente spuiters). Het aandeel injecteerdors is in de periode 2018-2023 gaandeweg gedaald (van 14% in 2018 tot 10% in 2023). Het dalend belang van opiaten is hier ongetwijfeld niet vreemd aan. Ook hier zijn er duidelijke verschillen tussen de types centra. Binnen de ambulante centra is het aantal spuiters (7% ooit en 1% recent) veel kleiner, terwijl het DOC met 24% ooit- en 9% recente injecteerdors veel hoger scoort. In de TG's heeft 42% van de cliënten ooit gespoten terwijl het RKJ met 0% ooit-spuiter het laagst scoort.

# Expo "Ik ben er?!" brengt herstel in beeld en krijgt vervolg

Ter gelegenheid van 50 jaar De Sleutel nodigden we zowel cliënten als medewerkers uit om op een creatieve manier expressie te geven aan de weg die ze samen en individueel gaan in het omgaan met verslaving. Deze oproep resulteerde in de expo "Ik ben er?!" én een unieke catalogus. De tentoonstelling gekoppeld aan het feestelijk symposium van 15 oktober werd fel gesmaakt en krijgt dan ook een vervolg (van 16/3 tem 11/5) in PC Sint Amandus te Beernem en later ook in Museum dr. Guislain. Hou onze sociale media in de gaten voor meer details.

De titel van de expo "Ik ben er?!" roept vragen en reflectie op over de aanwezigheid en het bestaan van een cliënt of medewerker binnen de context van verslaving. Het heeft verschillende lagen van betekenis. Voor veel cliënten in de verslavingszorg kan er een gevoel zijn van vervreemding van hun eigen identiteit. De vraag kan duiden op de zoektocht naar wie ze zijn, los van hun verslaving. Het kan ook een verlangen zijn naar erkenning en begrip.

"Ik ben er?!" vraagt om aandacht en bevestiging, zowel van zichzelf als van anderen. De vraag kan ook een teken zijn van hoop en de wens om verder te gaan. Het geeft aan dat de persoon aanwezig is, ondanks de strijd die hij/zij doormaakt. Het houdt tevens in dat onze medewerkers er zijn voor de cliënten, met de nodige kritische zelfreflectie over de zorg die ze verlenen. Deze gelaagdheid maakt de titel krachtig en uitnodigend voor gesprekken over herstel, identiteit en de menselijke ervaring.

De tentoongestelde werken bieden een unieke blik op de kracht en veerkracht van cliënten in de verslavingszorg. Het is een eer om hun verhalen en creaties te delen, die niet alleen hun persoonlijke reis weerspiegelen, maar ook de hoop en de mogelijkheden die ontstaan na een periode van persoonlijke strijd. Meer vind je op [www.desleutel.be](http://www.desleutel.be).

De catalogus zal ook verkrijgbaar zijn op de vervolgexpo's



#### 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](mailto:info.aca@desleutel.broedersvanliefde.be)

#### Ambulant centrum Brugge (ACB)

Barrièrestraat 4  
8200 Brugge

T 050 40 77 70

E [info.acb@desleutel.broedersvanliefde.be](mailto: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](mailto: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](mailto:info.acg@desleutel.broedersvanliefde.be)

#### Detox- en oriëntatiecentrum (DOC)

Botestraat 102  
9032 Wondelgem

T 09 231 54 45

E [info.doc@desleutel.broedersvanliefde.be](mailto:info.doc@desleutel.broedersvanliefde.be)

#### Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (TGM)

Hundelgemsesteenweg 1  
9820 Merelbeke

T 09 253 44 40

E [info.tgm@desleutel.broedersvanliefde.be](mailto: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](mailto:info.tgg@desleutel.broedersvanliefde.be)

#### Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma

Zuidmoerstraat 165  
9900 Eeklo

T 09 377 25 26

E [info.rkj@desleutel.broedersvanliefde.be](mailto:info.rkj@desleutel.broedersvanliefde.be)

#### Preventiedienst

Ebergiste de Deynestraat 2 C  
9000 Gent

T 09 231 57 48

E [preventie@desleutel.be](mailto:preventie@desleutel.be)

#### Directie & centrale diensten

Ebergiste de Deynestraat 2 C  
9000 Gent

T 09 210 87 10

E [info@desleutel.broedersvanliefde.be](mailto: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