

[DeSleutel] magazine

België-Belgique
P.B.
9099 Gent X
BC10273
Afgiftekantoor
9099 GENT X
P509261

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

32

driemaandelijkse tijdschrift | Nummer 32 | 2012 | oktober - november - december
Verantwoordelijke uitgever: Damiën Versels, Jozef Cuijslainstraat 43a, 9000 Gent
Ond. nummer: 0406.633.304



Dubbeldiagnose in de kijker

Interview met Prof. Geert Dom

www.desleutel.be



[DeSleutel]

MENSEN KANSEN GROEIEN

In dit nummer

- 3 POP maakt cliënten sterker voor arbeidsmarkt
- 6 Hoe werkt onze therapeutische gemeenschap: programma in de kijker
- 7 Dubbeldiagnose: What's in a name?
- 8 Terugblik van een cliënt op het programma
- 9 Interview Prof. Geert Dom
- 13 BFTC-sportdag
- 14 De Sleutel pioniert met outreach
- 16 Het gat in de haag: een voorsmaakje

Damien Versele,
Algemeen Directeur De Sleutel

Met de kerstvakantie voor de deur wens ik eenieder vooreerst een moment van rust en reflectie. Tegelijk wil ik u als lezer van dit De Sleutel-magazine een prettige kerst en de beste wensen voor 2013 overmaken.

We weten dat de komende periode voor onze cliënten altijd heel gevoelig ligt. Opnieuw gezond leren genieten is eigenlijk voor al wie kampt met middelengebruik een moeilijke opdracht. Misschien is het goed om dit ook mee te nemen tijdens ons eigen feestgedruis dat er ongetwijfeld zit aan te komen.

We focussen in dit nummer op de problematiek van dubbeldiagnose: concreet hebben we het dan over personen met een verslavingsprobleem, dit in combinatie met een psychiatrische stoornis.

We doen een poging om dit fenomeen ruimer te kaderen en een plaats te geven binnen onze gezondheidszorg: welke impact heeft dit? Neemt dubbeldiagnose toe en hoe kunnen we daar als maatschappij beter op inspelen? We laten Prof. Geert Dom, expert binnen dit domein, graag aan het woord.

We zetten daarna het programma van onze eigen afdeling die werkt rond dubbeldiagnose in de kijker. De getuigenis van een cliënt die terugblik op zijn periode binnen de therapeutische gemeenschap Gent, vertaalt dit voor ons concreet naar de reële praktijk. Lees ook het korte verslag van de recent door De Sleutel georganiseerde sportdag voor de diverse therapeutische gemeenschappen van ons land. Het enthousiasme waarmee de 150 bewoners en stafleden jaarlijks aan dit verbroederingsevenement deelnemen, spreekt tot de verbeelding.

Ook in 2013 blijven we binnen De Sleutel focussen op de doelgroep van de jongeren. Om minderjarige problematische gebruikers in de hulpverlening te krijgen, is vaak een meer aanklappende aanpak op maat vereist. We verlaten daarom steeds meer de muren van onze centra en gaan de jongere actief opzoeken in het eigen milieu. Gewoon raad geven of doorverwijzen werkt immers onvoldoende bij deze doelgroep. Daarom verlagen we de drempel naar hulp via ons outreach-werk: lees op blz 14 hoe we dit in ons dagcentrum te Gent aanpakken.

Vanuit onze pijler tewerkstelling stellen we graag ons ESF-project voor, waarmee we de voorbije 14 maanden rond Persoonlijk Ontwikkelingsplannen in onze sociale werkplaats hebben gewerkt. Hoe kunnen we de mogelijkheden van de cliënt in onze werkplaatsen in kaart brengen en naar een zo hoog mogelijk arbeidsniveau optillen? Hen sterk maken voor de arbeidsmarkt. We kiezen ervoor onze cliënten te 'empoweren', zodat ze meer kunnen doen met de feedback uit onze observaties.

Op de achterflap vindt u een voorsmaakje van het gloednieuwe preventieprogramma dat we met De Sleutel aan het uitwerken zijn. Het verhaaltje zal kleuters zeker aanspreken. Ik stel u meteen gerust: het woordje drugs komt daar niet in voor. Het voorleesverhaaltje speelt in op de sociale vaardigheid 'kritisch en creatief leren denken'. Voor wie kleine kinderen heeft: we suggereren om eens de proef op de som te nemen.

Tot slot bedanken wij iedereen uitdrukkelijk die De Sleutel in 2012 gesteund heeft. Mede dankzij die ondersteuning of bijdrage slagen wij er als netwerk in om verder te blijven werken aan ons innovatief project: het begeleiden en tewerkstellen van mensen naar een drugvrije maatschappelijke re-integratie.

Dat 2013 voor De Sleutel en voor de volledige drughulpverlening een jaar moge worden waarin er snel duidelijke afspraken kunnen gemaakt worden over de financiering van de sector, nu Vlaanderen hiervoor bevoegd wordt (i.p.v. van de federale overheid).

Aan allen een goede gezondheid gewenst en een voorspoedig 2013.

POP

maakt cliënten sterker voor de arbeidsmarkt

Hoe kunnen we de mogelijkheden van elke medewerker in onze werkplaatsen in kaart brengen met als doel de ontwikkeling naar een zo hoog mogelijk arbeidsniveau? Hen sterk maken voor de arbeidsmarkt. Dat was het opzet van een ESF-project dat zijn eindpunt nadert. De Sleutel zette zwaar in op het eigenaarschap van elke medewerker. “We kozen ervoor onze cliënten te ‘empoweren’, zodat ze meer konden doen met de feedback uit onze observaties”. Een gesprek met Sarah De Meyer, de specialist inzake Competentiebeheer en –ontwikkeling binnen de Sociale Werkplaats De Sleutel.

Sociale Werkplaats De Sleutel rondt eind dit jaar een proefproject af rond het werken met een Persoonlijk Ontwikkelingsplan binnen de sociale economie. Het door ESF goedgekeurde partnership met Manus, 't Rad en De Cirkel stelde zichzelf tot doel om samen 65 POP-trajecten proef te draaien tegen eind 2012. Ook koepelorganisatie SST is partner in dit project.

Hoe werkt een Persoonlijk Ontwikkelingsplan (POP)?

Sarah De Meyer: Het is een instrument dat de medewerker ondersteunt in het nemen van stappen in de richting van de arbeidsmarkt. Drie zaken zijn hierbij essentieel: de cliënt is zelf eigenaar van het plan, de focus ligt op werk en het is arbeidsondersteunend. Dit laatste houdt in dat het POP via acties en doelstellingen opvolgbaar is binnen een duidelijke structuur.

Wat was de aanleiding om op dit thema te focussen?

Sarah De Meyer: De oproep bij het Europees Sociaal Fonds (ESF). Die focus op mens en maatschappij, op groei, is puur wat wij aan het doen waren: een begeleiding op maat bieden, waardoor medewerkers stappen kunnen zetten richting duurzaam werk. We werkten reeds een tiental jaar rond competenties in onze werkplaats, de laatste vijf jaar intens. Toch merkten we dat we relatief weinig vooruitgang boekten waar het gaat om de bewustwording van onze medewerkers. Dankzij dit project is alles in een stroomversnelling geraakt.

Onze grootste tekortkoming – door gebrek aan tijd en middelen - was het afstemmen van onze competenties op wat er rondom ons leeft. En dan heb ik het over de leefwereld van medewerkers, het aanbod van andere sociale werkplaatsen, het beter inspelen op vacatures, een begrijpbare taal hanteren... We merkten bv dat een advies van onze oriëntatiemodule wel gebruikt werd door de verwijzer, maar niet door de cliënt zelf.



Voor de koepel SST (Samenwerkingsverband Sociale Tewerkstelling) was de oproep een opportuniteit om rond het thema competenties en ontwikkeling vooruitgang te boeken. Ze zochten een manier om specifieke knowhow ruimer te verspreiden binnen de sociale economie. Sommige werkplaatsen waren daar nog te veel op adhoc basis mee bezig. De koepel wou bovendien aan de werkplaatsen een duidelijk signaal geven over het belang van POP's in de huidige beleidsevoluties.

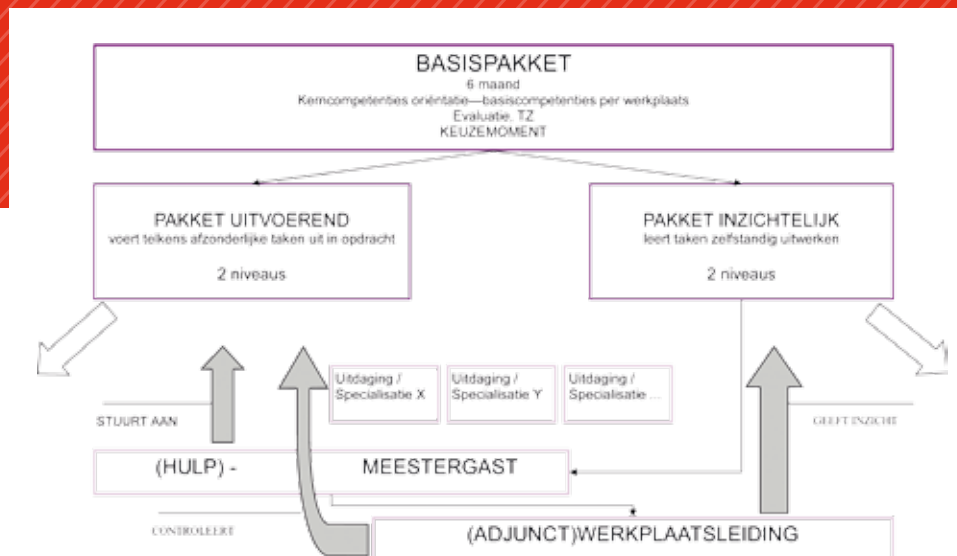
Wat was de doelstelling van dit project?

Sarah De Meyer: Komen tot een POP-concept bruikbaar binnen de sociale economie. De opdracht van ESF was om in een soort labosituatie te experimenteren en onze methodiek te verfijnen. Dankzij dit project konden we 14 maanden proefdraaien met 65 POP-trajecten. Vooraleer we een concept hadden, was er nog heel wat voorbereidend werk: rond kerncompetenties, functieprofielen, bijhorende competentiesets, werk maken van een structuur, systematische opvolging en van een systeem op organisatieniveau (om de hoeveel tijd doen we wat?).

“ Ik kom hier ook om mezelf te ontwikkelen

(quote cliënt)

Een tweede doel was nagaan in hoeverre dit haalbaar was binnen elke participerende werkplaats. Maar het einddoel was natuurlijk: hoe krijgen we de cliënt mee in dit proces, zodanig dat deze zelf zijn persoonlijk ontwikkelingsplan in handen kan nemen? En hoe zorgen we ervoor dat die cliënt zich van het belang hiervan bewust wordt?



Het gaat dus om bewustwording én in eigen handen nemen.

Sarah De Meyer: Dit is minder vanzelfsprekend dan het lijkt. We zijn daarin moeten groeien. Ik herinner me een belangrijk kantelmoment tijdens een intervisie van de omkadering omtrent over observeren. De verwachtingen rond dit nieuwe project waren hoog bij de begeleiders, maar we dreigden ons werk opnieuw op de oude wijze te doen: onze doelgroepmedewerkers observeren, rapporteren, bijsturen. Toch zagen we onvoldoende groei bij deze medewerkers. Uiteindelijk werd het iedereen duidelijk dat we de verantwoordelijkheid niet enkel bij de omkadering konden blijven leggen. We moesten de medewerkers zelf sterker maken, zodat ze iets konden doen met de feedback uit onze observaties.

Die POP is onze tool, het instrument om te gebruiken om tot die doelstellingen te komen. Juist omdat je systematisch dingen gaat bevragen, dingen aanreikt, feedback geeft, evaluaties geeft, ga je mensen meer bewustmaken. “Ik kom hier niet gewoon mijn uren werken”. “Ik kom hier ook om mezelf te ontwikkelen”. Om medewerkers dit effectief in eigen handen te kunnen laten nemen, hebben we een noodzakelijke vertaling gemaakt. Via een begrijpbare taal en het aanbieden van een duidelijke organisatiestructuur. Zo hebben we alle stappen die medewerkers in ploegen bij ons kunnen nemen, uitgewerkt in een pakket en gevisualiseerd in een schema. Alle soorten opdrachten zitten nu onderverdeeld in uitvoerend of inzichtelijk werk. Dat schema wordt zowel gebruikt op evaluaties, op de werkvloer, als op besprekingen.

Wat is de impact van dit POP-verhaal op de ruimere werking van de werkplaats?

Sarah De Meyer: We leggen doelgroepmedewerkers nu duidelijker uit wat ons aanbod is: competenties opbouwen binnen renovatie, groen, industriële, administratie. Aanvankelijk dachten we eraan in een POP ook zaken te zetten die niet met werk te maken hebben, persoonlijke dingen. Maar we wilden geen valse verwachtingen scheppen. Daarom ligt de focus echt op werk. Niet op het realiseren

van iemands droom. Dat moet duidelijk zijn vanaf het eerste moment. We sleutelden ook aan onze werkorganisatie waardoor deze ook voor de medewerker zelf duidelijk is. Zo kozen we bewust voor een indeling in uitvoerend en inzichtelijk werk. Wie gaat voor uitvoerend werk, kiest ervoor om een duidelijk omliggende opdracht te krijgen. Wie het inzichtelijke vraagt, kiest ervoor om veel informatie te krijgen en om zelf mee na te denken over de uitvoering. Bij het eerste (vb graaf een greppel van 5 meter lang en 50 cm diep) focussen we op afwerking, bij het tweede (vb voorzie een aansluiting op de riolering) op aanpak en wijze van samenwerking. En ook belangrijk: dankzij het POP, krijgen onze mensen minstens om de 4 weken feedback om zich te verbeteren. We weten dat onze doelgroep over weinig werkervaring en technische kennis beschikt. Ze hebben heel veel te leren. Op die manier komen we beter tot een groei.

Welke resultaten konden jullie bereiken?

Sarah De Meyer: Ten eerste is die vertaling bij al onze partners een feit. Er zijn nu duidelijke bewoordingen om met medewerkers te praten. We spreken dezelfde taal. Verder kunnen alle participerende partners nu een heel duidelijk – ook visueel - aanbod geven aan medewerkers die starten. Elk pakte dit op zijn manier aan. Wij hebben dit aanbod ook voorgesteld aan elke individuele medewerker. We geven bv duidelijk aan dat het mogelijk is om door te stromen van arbeider naar hulpmeestergast, van hulpmeestergast naar meester, ... We bekeken samen: waar zie je jezelf in het schema? Nu medewerkers beter zien waar ze zich bevinden, weten ze ook wat te doen, als ze vooruit willen. Zo krijgen ze de juiste informatie en weten ze beter welke keuzemogelijkheden er zijn als een stap afgewerkt is. Het mooiste wat we gerealiseerd hebben, is echter dat medewerkers nu zelf hun POP komen bespreken op de teamvergadering. Er wordt dus niet meer over hen gepraat, zonder dat ze er bij zijn. Ze leren op die manier zelf onderhandelen, plannen en keuzes maken... Dit is voorlopig enkel in SW De Sleutel in Gent zo ingevoerd. En dat gaat almaar makkelijker. Het is de bedoeling dat we dit op korte termijn ook in onze werkplaats in Antwerpen invoeren.



“ Klanten willen waar voor hun geld ”

Creëerde het project een meerwaarde voor werkgevers, in termen van doorstroming naar de arbeidsmarkt?

Sarah De Meyer: Onze opdrachtgevers willen immers waar voor hun geld. De gekozen opdeling tussen inzichtelijk en uitvoerend werk is voor hen duidelijk. Tegelijk is het voor ons een hulpmiddel waardoor we relatief goed de uitvoering van een opdracht kunnen garanderen. Kiezen ze voor iemand die wil meedenken of iemand die opvolging vraagt maar heel punctueel werkt? Ze weten meteen welk vlees ze in de kuip hebben. Sommigen zeggen: ze moeten niets kunnen, we zullen ze zelf wel opleiden... Wij leggen altijd al veel nadruk op attitudes. En dit kunnen we nu beter garanderen. Als medewerkers gaan solliciteren kunnen ze dit nu zelf ook meer in de verf zetten. Ze kennen zichzelf eigenlijk beter. Naar uitstroom biedt dit dus zeker perspectieven.

Hoe kijk je terug op de weg die hiervoor bewandeld werd?

Sarah De Meyer: Achteraf merken we dat we voldoende tijd moeten nemen voor zo'n proces, voor het installeren van zo'n vernieuwde manier van werken. Tijd voor herhaling, tijd om te luisteren, opnieuw gaan luisteren, uitlegen. En dat blijft ook een continu gebeuren. Dat heeft ook te maken met de spanning tussen het inhoudelijke werk en het operationele doel van onze werkplaats. Mensen moeten op persoonlijk vlak vooruit geraken maar uiteindelijk moet de werkplaats financieel ronddraaien. Dat botst soms. Hoe duidelijker de vraag en het aanbod, hoe makkelijker het is om overeenstemming te vinden. Het was een lange weg met veel overleg, aanpassen, uitproberen en nog eens aanpassen, ... Uiteindelijk leidt het wel tot een makkelijk hanteerbare tool zowel voor begeleiden van medewerkers als voor werkplaatsleiders.

Wat nu?

Sarah De Meyer: Nu gaan we hetzelfde systeem toepassen voor onze omkadering. De eerste stappen zijn al gezet. Interne doorstrommogelijkheden hadden we van bij de aanvang meegenomen. Het hoogste niveau van competenties van hulpmeestergast-meestergast, zien we als instapniveau voor de omkadering. Dit gaan we

voor alle functies binnen de werkplaats van De Sleutel zo verder ontwikkelen. Verder willen we het POP-verhaal ook inbedden in onze werkplaats te Antwerpen.

Het oorspronkelijke opzet was toch ook om mee te zijn in het beleidsmatige verhaal?

Sarah De Meyer: We wilden inderdaad die trein niet missen en participeren aan de totstandkoming van "het POP-concept voor de sociale economie". Tegelijk werd vanuit de VDAB en SERV verder geschreven aan het Competentieverhaal. Vacatures dien(d)en in functie van competenties te worden herschreven. En er is het maatwerkdecreet (instroom-doorstroom). Intussen is ons POP-verhaal afgerond en sluit onze tool perfect aan bij wat de arbeidsmarkt vraagt. Op korte termijn zal de VDAB "een" POP integreren in 'Mijn loopbaan'. Hoe dat er zal uitzien, blijft onduidelijk... Er is dringend nood aan transparantie.

Hoe maken we nu werk van de implementatie van ons POP-concept, onze goede praktijk?

Sarah De Meyer: We ontwikkelden een tool die elke organisatie kan gebruiken. Elke werkplaats kan - afhankelijk van hoe ver ze staan - hiermee aan de slag. In ons eindproduct, dat we op onze studiedag eind januari voorstellen, voorzien we 3 opties: afhankelijk van de inbreng van de medewerker en de organisatie zelf. Het versterken van de medewerker zelf wordt telkens groter. Zo biedt onze zogenaamde "Houtskelet-formule" een overzicht van de minimaal noodzakelijke gegevens die een organisatie in staat stelt om een gerichte opvolging te doen op basis van competentieprofielen, met ruimte voor inbreng van de medewerkers. Maar als de VDAB straks zegt dat de POP volledig in handen van de medewerker zelf ligt, dan bieden we onze meest uitgebouwde "Sleutel op de deur" formule aan. Daarin zit empowerment maximaal ingebed - met focus op leren omgaan met feedback, doelstellingen maken, leren,... Tussen die twee ligt onze "Casco-versie" - met focus o.m. op hoe keuzes aanbieden, tot groei stimuleren. Organisaties met interesse of te weinig expertise, kunnen bij ons ondersteuning krijgen. We voorzien een vormingsaanbod rond POP.

Er komt een gezamenlijke studiedag voor de ESF-projecten die rond POP hebben gewerkt.

Sarah De Meyer: Op ons initiatief. We komen echt als sociale economie naar buiten. Elk project legt een eigen accent, of het nu vanuit een sociale of beschutte werkplaats komt of vanuit een leerwerkbedrijf. Onze boodschap: dat zijn verschillende soorten organisaties, maar het POP is voor allen werkbaar, we kunnen er veel mensen mee bereiken.

Hoe werkt onze Therapeutische Gemeenschap voor Dubbel Diagnose? Programma in de kijker

6

Heel wat mensen die een verslavingsproblematiek hebben met daarnaast een psychiatrische problematiek, vinden niet zo snel gepaste hulp. Mensen die in de Therapeutische Gemeenschap (TG) voor dubbel diagnose terechtkomen, hebben dan ook vaak een lange lijdensweg achter de rug. Velen zitten al heel wat jaren in het druggebruik, met kortere of iets langere opnames, afgewisseld met ambulante zorg. De meeste cliënten binnen deze TG worden doorverwezen door crisiscentra binnen de drughulpverlening, maar ook de psychiatrische ziekenhuizen verwijzen door. Want naast de verslaving heeft iedere cliënt een psychiatrisch probleem.

Om ooit terug de draad te kunnen opnemen in de samenleving, is er een lange weg te gaan. De problemen situeren zich immers op verschillende domeinen. Na het programma leven cliënten zelfstandig; eventueel met ondersteuning op een of meerdere vlakken. De ene zoekt ondersteuning in omgaan met geld, de ander heeft misschien wat hulp nodig bij arbeid, nog anderen zullen bij een vertrouwenspersoon te rade gaan in functie van psychische stabiliteit.

Om zelfstandig (of met ondersteuning) in het leven te staan, moet je heel wat vaardigheden hebben. Om werk of dagbesteding te vinden (en te houden) moet je een bepaalde structuur hebben: je moet op tijd uit je bed geraken, je moet kunnen omgaan met een overste. Om nieuwe mensen te leren kennen, die geen drugs gebruiken, heb je best een open houding. Om op zoek te gaan naar een hobby die je leuk vindt, is het goed geen schrik te hebben. Agressie helpt nooit. Het is altijd meegenomen dat je jezelf wat kent en voelt wanneer je te veel hooi op je vork genomen hebt, wanneer je psychische klachten opspelen, wanneer het even te veel is en je gas moet terugnemen. We verwachten al deze zaken van mensen met een kwetsbaarheid: mensen die in het verleden drugs gebruikten voor deze dingen. Mensen die ervoor kiezen om geen drugs meer te gebruiken maar er soms nog heel veel zin in hebben.

Stappen zetten richting maatschappij

In de TG voor dubbel diagnose worden de eerste stappen gezet naar het leven terug in de maatschappij. De groep cliënten heeft een belangrijke rol in de vooruitgang van eenieder. Een TG is gebaseerd op het zelfhulpconcept: de cliënten bieden elkaar steun en geven elkaar tips om dicht bij een leven zonder drugs te komen. Het programma verloopt in fases, waarbij in elke fase meer verantwoordelijkheid wordt gegeven. Stap voor stap leert men terug voor zichzelf te zorgen en voor de ander.

In de *eerste fase* van het programma starten we met de essentiële zaken zoals terug een dag- en nachtritme installeren. Als je jaren verslaafd bent geweest, is dikwijls bijna alle structuur uit je leven verdwenen. Iedereen staat op een vast uur op. Voor jezelf zorgen is belangrijk. Je leert maar terug eigenwaarde kennen als je je verzorgt. Een belangrijk punt waaraan gewerkt wordt in de eerste fase, is het gedrag. In functie van werk of dagbesteding of in functie van nieuwe contacten is het bijvoorbeeld beter geen agressief gedrag te stellen, maar wel te laten zien wie je bent en waar je voor staat.

In de *tweede fase* krijgen de cliënten al heel wat meer verantwoordelijkheid, voor de nieuwe bewoner of bijvoorbeeld voor de hele keukenploeg. Daarnaast wordt er tijd genomen om de meer emotionele thema's uit het heden en/of verleden te doorwerken in groepen en individuele therapie. Er wordt aandacht besteed aan de functie van het gebruik en welke de hoge risicosituaties zijn in de hervulpreventie.

De *derde fase* staat in het teken van de toekomst. Er wordt op weekend gegaan en men volgt een arbeidstraining. Er wordt gekozen voor een nieuwe hobby en men gaat voor het eerst naar een vereniging buiten de TG. Er wordt kennis gemaakt met nieuwe hulpverleners die hen verder gaan begeleiden na de TG. Tot slot maakt men de overgang naar het *tussenhuis*.

Doorheen alle fases is het belangrijk dat de psychiatrische kant opgevolgd wordt. We bieden een groepsprogramma aan maar sommige mensen hebben nood aan individuele accenten. Er zijn cliënten die wat meer rust nodig hebben en andere juist wat meer actie. Iedereen gaat regelmatig op consultatie bij de psychiater. En er wordt psycho-educatie gegeven zodat cliënten meer zicht krijgen op de eigen problematiek.

Familie en werk

Familie wordt van bij de start betrokken. Er worden familieavonden georganiseerd om informatie over het programma en psycho-educatie te geven en om van gedachten te wisselen. Daarnaast vinden er gesprekken plaats tussen de familieleden. Er is soms heel wat gebeurd in gezinnen met een verslaafde en herstel vraagt heel wat tijd. Niet altijd is contact nog mogelijk, laat staan herstel.

In functie van werk hebben we nauwe banden met de sociale werkplaats De Sleutel. Cliënten volgen de oriëntatiemodule omdat niet altijd duidelijk is wat iemand aankan op vlak van arbeid. Op die manier wordt het duidelijk wanneer iemand ondersteuning nodig heeft. Soms is het al heel lang geleden dat men gewerkt heeft of was dit van heel korte duur. Samen met de arbeidstrajectbegeleider

Een Therapeutische Gemeenschap voor Dubbel Diagnose: what's in a name?

7

Nummer 32 / 2012



wordt een toekomstplan uitgewerkt, dit kan zowel een arbeidstraject als een opleiding inhouden.

Wat na het programma?

Na het programma in de TG volgt het tussenhuis. Dit om de overgang te maken naar meer zelfstandigheid. De TG is de school, het tussenhuis de stage. In het tussenhuis wonen een viertal cliënten die uit de TG komen. Het is de bedoeling dat ze een dagbesteding en hobby's hebben. Er is nog heel wat ondersteuning aanwezig: naast de begeleiders van het tussenhuis heb je de arbeidstraject-begeleider, de therapeut in het dagcentrum De Sleutel, de psychiater en sommigen worden voor andere deelgebieden nog opgevolgd door bv. een maatschappelijk werkster van het OCMW. Er is m.a.w. een heel netwerk van hulpverlening aanwezig.

Tijdens deze periode bouwt men verder de toekomst uit. Afhankelijk van de problematiek van de cliënt zal dit met weinig of meer ondersteuning zijn. Sommige cliënten gaan zonder ondersteuning verder, andere houden een netwerk rondom zich.

Contact :

Therapeutische Gemeenschap Dubbel Diagnose Gent
Jozef Guislainstraat 43 a
9000 Gent
T. 09 342 88 01
Mail tgg.info@fracarita.org

Een behandeling in Therapeutische Gemeenschap (TG) voor Dubbel Diagnose: het lijkt de evidentie en eenvoud zelve. Maar is alles wel wat het lijkt?

In de TG voor Dubbel Diagnose van De Sleutel te Gent worden enkel mannen opgenomen (van doorgaans boven de 17 jaar). Er is een maximum capaciteit van 18 personen. Aan die langdurige opname (gemiddeld 18 maanden) zijn strikte voorwaarden verbonden. Allereerst moet de patiënt afhankelijk zijn aan illegale drugs, hypnotica, sedativa of anxiolytica. Uitzonderlijk kan ook een opname doorgaan als het verslavingsprobleem hoofdzakelijk alcohol betreft. Daarbovenop moet minstens een ernstige bipolaire affectieve stoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis aanwezig zijn (één as-I majeure psychopathologische stoornis). Bij een tweede subgroep van patiënten is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis, een stemmingsstoornis, een angststoornis of een dissociatieve stoornis. De kleinste subgroep wordt gevormd door de patiënten zonder manifeste dubbeldiagnose, die al minstens twee keer zijn opgenomen in een andere revalidatieafdeling. Echter, bij deze laatste groep ligt de directe aanpak wel eens aan de basis van een voortijdig afbreken van de behandeling door de patiënt.

Waarom is het nu zo essentieel oog te hebben voor een dubbele problematiek?

Omdat de beide aandoeningen niet los van elkaar bij dezelfde patiënt aanwezig zijn, ze beïnvloeden elkaar namelijk heel sterk en wel bijzonder negatief. Deze wederzijdse impact uit zich tijdens het beloop van de problematiek, tijdens de behandeling en bepaalt mede de prognose. De symptomen zijn ernstiger, er is meer therapieontrouw en de kans op terugval is groter. Om een behandeling te doen slagen, moeten beide aandoeningen dan ook gediagnosticeerd worden en de ernst er van ingeschat.

Twee problematieken, dus twee behandelingen ?

Moet de patiënt dan eerst de ene therapie afronden vóór aler aan de slag te gaan met het tweede probleem? En speelt de volgorde dan een rol? Of moet het gelijktijdig? Binnen onze TG wordt gekozen voor een gelijktijdige aanpak, met dien verstande dat tijdens een behandelperiode accenten (kunnen) verschuiven. Het is immers absurd van een zwaar depressieve patiënt dezelfde coöperatie, inzet, aanwezigheid,... te verwachten als van een patiënt bij wie de depressieve symptomatologie onder controle is gebracht. Vanuit TG voor Dubbel Diagnose wordt dan ook geopteerd voor een tailormade aanpak, die onderhevig is aan permanente evaluatie en bijsturing.

Dr. M. Raveel

Terugblik op het programma door de bril van de cliënt

8

Een cliënt vertelt zelf hoe hij de tijd in de Therapeutische Gemeenschap Gent (TGG) heeft beleefd. Een terugblik net voor hij de stap zet, om echt op eigen kracht alleen verder te gaan.

Ik heb 3,5 maand in het Crisiscentrum verbleven. Een heel lastige tijd. Ik moest met methadon afbouwen. Ze zeiden dat ik naar de TGG moest gaan, dat was mijn advies.

In TGG werd ik in de groep gegooid. Dat was helemaal niet op het gemak. Toch voor mij niet. Ik was 1 dag van de methadon af. De eerste paar maanden waren voor mij heel zwaar.

Het TG-programma zit goed in elkaar. Het is een uitvergroete realiteit. Het is niet zwart/wit, het is grijs zoals buiten. In TG kom je veel dingen tegen die ik nu ook al tegen gekomen ben. Er is veel druk om je mond te leren open doen, dat is goed want we zijn een kwetsbare groep.

Het programma is streng, dat is goed. Wij (verslaafden) draaien en keren ons toch om onze eigen zin te krijgen. 16 à 20 maanden zijn nodig om tot jezelf te komen, je komt in TG tot je hoogtepunt van je capaciteiten.

30 % van de tijd waren schone tijden, 70 % waren zwaar. Ik ben blij dat ik me kwaad heb mogen maken, dat was voor mij heel belangrijk.

De mooie momenten waren als we iets met elkaar deelden, als we echt iets voor elkaar betekenden.

Rond mijn zoontje kende ik veel frustraties. Ik dacht dat jullie dat wel eventjes in orde gingen brengen, maar zo werkt dat niet. Misschien maar goed ook, nu ben ik blij dat het anders is gelopen.

Ik vind het ongelooflijk dat ik een gitaar heb mogen kopen, en dat ik ook zoveel mocht spelen. Dat was enorm belangrijk voor mij.

Chapeau voor iedereen die daar werkt. M, A, B, F en E zijn heel capabele mensen. F is de eerste die me geleerd heeft om met mijn depressie om te gaan: dat mijn emmer vol zit en zo... Ik zal die tijd niet rap vergeten, het is daar wel wat geweest.

De overgang naar het tussenhuis was tijdens de eerste 5 maanden moeilijk. Ik was *over stressed*, voelde me moe, overspannen. Ik ben niet goed gestart in het Tussenhuis: ik heb mijn mond weer niet opgedaan.

Het is belangrijk dat je iets te doen hebt.

Ik heb hier in tussenhuis gebotst. Het programma is het beste zoals het NU is. Urine testen zijn belangrijk, maar de ruimte krijgen om een fout te mogen maken is ook



Lees ook enkele reflecties van bewoners na hun succeservaring tijdens de bergtocht door de Pyreneeën op www.desleutel.be

belangrijk. Wij lopen al eens tegen een muur. In het tussenhuis heb ik me 50% goed gevoeld en 50% slecht gevoeld. Het is pure luxe. Ik heb dat naar waarde geschat. Ik heb veel gevloekt dat ik de bus moest pakken, maar *that's life*.

Ik wil iedereen bedanken voor de zware tijden. Het heeft me sterker gemaakt. Ik denk dat ik de eerste maanden in het tussenhuis een depressie had... en als ik depressief ben dan zwijg ik.

Als ik straks alleen ga wonen, dat gaat ook wat zijn. Daarom ga ik naar de bijeenkomsten van de N.A. ⁽¹⁾, naar de Sociale Werkplaats.

De parapente ⁽²⁾ heeft de ommekeer teweeggebracht voor mij. Dat is echt kicken. De contacten buiten TG en het tussenhuis zijn inspirerend en het zijn sympathieke mensen.

In het tussenhuis pas ik de dingen toe die ik geleerd hebt tijdens mijn tijd in TG, zoals opkomen voor mezelf. Het tussenhuis is voor mij de ruimte om wat ik geleerd heb in TG toe te passen in mijn eigen leven, met vallen en opstaan. Maar nu pas komt het, als ik alleen leef.

Dankzij het programma leerde ik op een bepaalde manier naar dingen kijken, niet alleen naar het negatieve, ook naar de goede dingen. **TGG = pure luxe.**

Jullie zijn een bedrijf dat mensen een kans geeft, mensen van een kwetsbare groep. Chapeau!

Ik ben een dankbare verslaafde.

⁽¹⁾ NA: Narcotics Anonymous of anonieme verslaafden

⁽²⁾ Soort zweefvliegsport

Prof. Geert Dom: "We moeten investeren in trajectwerking, tewerkstelling en aangepaste woonvormen"



Schizofrenie? Psychoses? Hebben psychiatrische patiënten voldoende toegang tot een goede verslavingszorg... Een poging om de problematiek van dubbeldiagnose ruimer te kaderen en een plaats te geven binnen onze gezondheidszorg: welke impact heeft dit? Neemt dit toe en hoe kunnen we daar als maatschappij beter op inspelen? We maakten een afspraak met Prof. Geert Dom, expert inzake dubbeldiagnose.

Prof. Geert Dom ⁽¹⁾ is reeds 20 jaar een autoriteit inzake verslavingszorg, was tot voor kort hoofddocent aan de Universiteit in Nijmegen en is momenteel verbonden aan CAPRI ⁽²⁾, het psychiatrisch onderzoekscentrum van de Universiteit Antwerpen. Prof. Dom werkt als hoofdgeneesheer in het psychiatrisch centrum van de Broeders Alexianen in Boechout. Als verslavingsarts ziet hij dagelijks nog heel wat patiënten. Ruim de helft van de patiënten van dit psychiatrisch ziekenhuis heeft ook een verslavingsprobleem. 'Concreet hebben we hier in Boechout een ontwenningafdeling van 40 bedden, een dubbel diagnose afdeling, een afdeling voor verslaving en depressie, een Korsakov-afdeling,...', zo start Prof. Dom zijn betoog.

Wat verstaat u onder dubbeldiagnose?

Prof. Dom: Het in één patiënt samengaan van een verslavingsprobleem én een psychiatrische stoornis.

Wordt die benaming ook in de algemene geneeskunde gebruikt?

Prof. Dom: Co-morbiditeit is het samengaan van verschillende ziektes. Het is geen exclusiviteit van verslaving, we zien het ook in de algemene geneeskunde. Bepaalde aandoeningen gaan nu eenmaal vaker samen met andere. De vraag is hoe pak je dit aan? Veroorzaakt het ene het andere of omgekeerd? Beïnvloedt het één het ander negatief...

Het domein van de psychiatrie wordt in elk geval sterk gekenmerkt door veel co-morbiditeit: de overlap angst – depressie is heel groot, de overlap persoonlijkheidsstoornis – angst – depressies – stemmingsstoornissen is groot, idem voor de overlap adhd – stemmingstoornissen. Eigenlijk is co-morbiditeit niets speciaals. In de psychiatrie is het eerder regel dan uitzondering.

Welke belangrijke psychiatrische ziektebeelden vindt u zoal terug als we spreken over dubbeldiagnose? Schizofrenie is wellicht meest gekend,...

Prof. Dom: Vanuit welke populatie vertrek je? Neem je een staal van de bevolking of bekijk je dit in functie van behandelsetting... We hebben recent een review afgerond waarbij de co-morbiditeit tussen schizofrenie en verslaving werd onderzocht. Heel veel patiënten die lijden aan schizofrenie gaan op een bepaald moment in hun leven ook verslavingsproblemen kennen. Zo zal 80 tot 90 % verslaafd zijn aan tabak, ongeveer de helft zal lifetime (ooit in zijn leven) te maken krijgen met een periode van alcohol- of drugverslaving. Als we kijken naar de groep mensen met persoonlijkheidsstoornissen dan zien we dat 80 % van de mensen met de diagnose van antisociale persoonlijkheidsstoornis ooit in het leven een verslavingsprobleem kennen. Hetzelfde geldt voor ongeveer de helft van de patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Ook al gaat het hier over een bepaalde episode in het leven, toch is dit veel. Belangrijker - vanuit behandelooipunt - vind ik de current co-morbiditeit. Dit zijn de actuele problemen waarmee de patiënt worstelt bij zijn aanmelding. Bij schizofrenie is de current co-morbiditeit dan eerder 25% : d.w.z. dat een kwart van de patiënten met schizofrenie op dit moment ook te kampen heeft met een verslavingsprobleem.

Hoe vaak komt dubbeldiagnose bij ons voor?

Prof. Dom: Vlaanderen heeft heel weinig goede cijfers. Een betrouwbare inschatting maken is heel moeilijk. Dat heeft vooral te maken met het gebrek aan een uniform registratiesysteem. We hebben geen traditie van goed psychiatrisch epidemiologisch onderzoek. Uitgaande van onderzoek in het buitenland, weten we dat bij mensen met een verslavingsprobleem een verhoging voorkomt van wat we internaliserende psychiatrische stoornissen noemen. Dit zijn stoornissen zoals depressie of angststoornissen. Deze komen ongeveer dubbel zoveel voor bij patiënten met een verslavingsprobleem (in vgl met normale populatie). Als we kijken naar de cluster van de externaliserende psychiatrische stoornissen (nvdr: oorzaken worden buiten de eigen persoon gelegd om ze te verklaren), komen we op veel hogere cijfers: bij de helft van de patiënten met een verslavingsprobleem zien we ook een co-morbiditeit op adhd, persoonlijkheidsstoornis, antisociale stoornissen,... Tot slot bekijken we de psychotische

cluster. Vanuit verslavingsoogpunt blijkt ongeveer 10 % van de patiënten psychotisch. Dat zijn ruwweg enkele cijfers ter oriëntering. Samenvattend, heel veel mensen die in behandeling zijn voor een verslaving hebben co-morbiditeit. Meer dan de helft van wie bij ons in de psychiatrie en bij jullie in de verslavingszorg aanklopt.

Gaat de bipolaire stoornis en de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis ook niet vaak samen met verslaving?

Prof. Dom: Klopt. De bipolaire stoornis gaat heel vaak samen met verslavingsproblemen. We schatten dat ongeveer de helft van deze patiënten ooit in het leven te maken zal hebben met een vorm van verslavingsprobleem. De meeste van deze mensen komen echter vaak terecht in het psychiatrische circuit... Onder collega's, ook in Nederland, discussiëren we daar vaak over: hoe organiseer je die hulp, die zorg inzake co-morbiditeit, nu best? Moeten we nu echt voor deze verschillende soorten patiënten, allemaal specifieke dubbeldiagnose programma's gaan ontwikkelen? Of moeten we ervoor zorgen dat de competentie om ermee om te gaan aanwezig is binnen alle zorgverleningen? We weten immers dat dit soort co-morbiditeit overal te vinden is. Mijn conclusie: we zouden best evolveren naar een situatie waarin verslavingszorg en psychiatrie heel nauw samenwerkt. De competentie om ermee om te gaan moet breed uitgesmeerd worden. De specifieke units of programma's voor de dubbele problematiek zouden volgens mij enkel mogen gereserveerd worden voor mensen met de meest uitgesproken co-morbiditeit.

“ **Het is bewezen dat je met een geïntegreerde aanpak betere resultaten boekt** ”

Dubbeldiagnose vraagt een geïntegreerde behandeling. Welke voordelen ziet u in deze goede praktijk?

Prof. Dom: Het voordeel is dat men de verschillende problemen gelijktijdig of op zijn minst geïntegreerd tracht aan te pakken zodat patiënten niet tussen wal en schip terechtkomen. Vaak komen ze ergens binnen met een psychiatrische stoornis en ze worden daarvoor behandeld. Na een tijd blijkt er ook een verslavingsprobleem en dan worden ze naar de verslavingszorg verwezen. En daar komt dan na een tijd die psychiatrische stoornis naar de voorgrond... Het is beter om dat wat samen te houden. Onderzoek toont aan dat een geïntegreerde behandeling

echt een meerwaarde kan hebben. Als je de verslavingsproblematiek bij een psychiatrische patiënt aanpakt, merken we een verbetering inzake middelenmisbruik maar ook wat betreft hun psychische evolutie. Dat kan soms al met redelijk minimale interventies. Zoals via een groepscognitief gedragstherapeutisch programma controle proberen te krijgen over de verslaving. En omgekeerd ook met interventies in de verslavingszorg gericht op mogelijk bijkomende psychische co-morbiditeit. Vroeger bestond de goede praktijk erin om vooral die ene stoornis te behandelen. Vandaag weten we dat als we de verschillende aspecten samen bekijken dat de outcome verhoogt, dat we betere resultaten boeken. En die geïntegreerde aanpak zou overal mogelijk moeten zijn. Alleen de graad en de intensiteit van de integratie zou voor een selecte groep zeer uitgesproken moeten zijn. Omdat men types behandeling uit twee vakdomeinen moet integreren is het wel een veel intensievere zorg. Je gaat meer moeten aanbieden. Vergelijk het met een patiënt met een lever en –pancreasprobleem. Ook daar weet men dat als je enkel het één behandelt, je de prognose van het andere verslechtert...

Dat is dan nog iets anders dan parallel, dat is de twee naast elkaar behandelen?

Pof. Dom: Ja en neen. Een aantal zaken kunnen parallel. Maar dan bij voorkeur meer voor de groep van de 'licht' psychiatrische stoornissen. Hoe zwaarder de problematiek (meer 'multiple'), hoe beter het is om de behandeling te integreren, in één hand, in één team te houden. Op die manier kan men er veel meer vat op hebben.

Een behandelteam dient dus competenties in huis te hebben voor de aanpak van zowel de verslaving als de psychiatrische stoornis?

Prof. Dom: In gradaties natuurlijk. Het moeten niet allemaal specialisten zijn. Als het echter in één team aanwezig is, kan men voor beide problemen beter aandacht hebben.

Maatwerk dus.

Prof. Dom: De zorg op maat is in principe de doelstelling van elke behandelvorm. Dat conflicteert echter vaak met de middelen waarover men beschikt. Dat blijft een delicate evenwichtsoefening. In Nederland beschikken teams die werken met deze groep patiënten over dubbel zoveel personeel.

En heeft zo'n aanpak ook impact op de resultaten?

Prof. Dom: Gezien we op dit moment geen outcome monitoring ⁽²⁾ doen, kan ik daar niets over zeggen. Dat blijft een grote tekortkoming. Ik pleit voor het implementeren van dit soort onderzoek in de zorg zodat we een duidelijker antwoord kunnen geven op de vraag of hetgeen we doen ook effectief is op een aantal levensdomeinen?



Hoe verklaart u dubbeldiagnose? Is er eerst een verslavingsprobleem of een psychiatrisch probleem. Of lokt het ene het andere uit?

Prof. Dom: Mensen worden geboren, groeien op. De combinatie van genetica, opvoeding of opgroeiomstandigheden zadelt iemand op met een aantal kwetsbaarheden of juist sterke kanten. Hoe meer uitgesproken die kwetsbaarheden zijn, hoe vatbaarder je bent voor én psychiatrische problemen én verslavingsproblemen. We hebben hier bijvoorbeeld zelf onderzoek naar gedaan en hebben nagaan of er verschillen zijn tussen patiënten met co-morbiditeit en patiënten met enkel een verslavingsprobleem, op het niveau van hun executief-cognitief (planningsvaardigheden, impuls controle, besluitvorming) functioneren. We vonden dat patiënten met co-morbiditeit veel meer uitgesproken dysfuncties hadden op deze neuro-cognitieve maten. Co-morbiditeit is dus volgens deze piste eigenlijk de klinische vertaling van de intensiteit van intrinsieke onderliggende kwetsbaarheid.

Een andere piste houdt rekening met de maatschappij waarin we leven, een omgeving waar genotsmiddelen zeer voorhanden zijn. In vergelijking met vele jaren geleden is de toegankelijkheid veel groter. Dus ook die mensen met een psychiatrische stoornis komen gemakkelijker in contact met die middelen. We weten dan ook dat – gezien hun kwetsbaarheid – eens ze ermee in contact komen, ze ook sneller controle daarover verliezen. Eigenlijk gaan die twee hand in hand.

Is dubbeldiagnose een toenemend probleem?

Prof. Dom: Gezien we slecht meten.. We don't know... Maatschappelijk bekeken neemt druggebruik niet toe, integendeel. Tendensen geven duidelijk aan dat tabaksgebruik wat afneemt, behalve bij psychiatrische patiënten. Je ziet dus een zekere concentratie bij psychisch kwetsbare mensen. Ik vrees dat dit ook bij drugs en alcohol zo is. Zie ik een toename?

We moeten daar heel voorzichtig mee blijven. Het is beter uit te gaan van de situatie zoals ze nu is. Hoewel met al die nieuwe soorten drugs...

En is de verhoogde THC in cannabis geen gevaar voor jongeren?

Prof. Dom: Cannabisgebruik op zich stabiliseert. Maar cannabis is inderdaad een probleemdrug omdat het psychotische symptomen kan veroorzaken, soms blijvend (schizofrenie). Ik heb weinig argumenten om te zeggen dat dit soort problemen als gevolg van cannabis echt significant toeneemt. Gelukkig maar. We zien wel het aantal zorgvragen hiervoor toenemen. Er zijn nu eenmaal veel dubbeldiagnose patiënten en er is groeiende bewustwording rond co-morbiditeit.

Wat is uw visie op het werken met trajecten bij patiënten met dubbeldiagnose?

Prof. Dom: Ja... In 2000 was ik expert bij het opstellen van de drugsnota van minister Aelvoet. Concreet ging dit over de vraag of we pilootprojecten moesten opstarten rond dubbeldiagnose. Ik heb toen negatief advies gegeven over de opstart van 2 dergelijke projecten. Mijn advies was: als je geld investeert, doe het dan niet in een unit maar doe het in een zorgtraject: dan heb je én bedden, én een nachtbehandeling, ambulante, outreach,... in één hand. Het is een anekdote, maar ik bedoel dat je met dit soort patiënten quasi verplicht bent om in een zorgtraject te werken, zeer flexibel,... Het traject is er toen niet gekomen.

Wat hebben de gesubsidieerde pilootprojecten rond dubbeldiagnose gericht op verslaving en schizofrenie ons geleerd?

Prof. Dom: Dat onderzoek is rond en de evaluatie toont aan dat de geïntegreerde behandeling duidelijk een meerwaarde

is wat betreft klinische outcome. Maar wat maakt deze pilootprogramma's zo bijzonder? Enerzijds de integratie van competenties en anderzijds de quasi verdubbeling van de personeelsleden (ongeveer zoals in Nederland). Belangrijk is tot slot ook dat daar trajectwerking ontstaat. En dankzij die trajectwerking zien we dat de winst die geboekt wordt, ook effectief omgezet wordt in winst op lange termijn.

Zijn er ook geen andere prangende probleemgebieden buiten schizofrenie? Is er m.a.w. voldoende aanbod rond dubbeldiagnose?

Prof. Dom: Het aanbod is ruim onvoldoende. Er zijn slechts een klein aantal therapeutische gemeenschappen met dit aanbod. Meer en meer psychiatrische ziekenhuizen openen nu wel een afdeling voor dubbeldiagnose. Maar exacte cijfers zijn niet beschikbaar. Die projecten zijn dus maar een druppel op een hete plaat. Het gaat immers over niet meer dan 2 maal 10 bedden voor België. Wetende dat minimaal de helft van de patiënten die in de verslavingszorg is opgenomen, een psychiatrische co-morbiditeit heeft.

“40 % van de patiënten opgenomen in de psychiatrie heeft ook verslavingsproblemen”

Daar moeten we verder mee aan de slag. Als ik zeg dat tot 40 % van de patiënten die opgenomen zijn voor een psychiatrische behandeling verslavingsproblemen hebben, dan denk ik dat daar nog te weinig voor gebeurt. We staan aan het begin van een omslag: hoe kun je die brede velden helpen naar het ontwikkelen van een meer geïntegreerd behandelaanbod, naar meer trajectontplooiing. Elke psychiatrische patiënt heeft het recht om als het nodig is toegang te hebben tot een stukje goede verslavingszorg. Nu is dit niet zo. Soms komt men er gewoon niet. Dat is mijn grootste zorg. Het kan beter vooral op het vlak van trajectzorg en ambulante zorg. Een verbeterpunt ligt ook op niveau van integratie van verslavingswerk en psychiatrie en naar woonst en werk toe.

Dat laatste brengt ons ook bij de vermaatschappelijking van de zorg. Dankzij projecten in het kader van art 107 is dit een actueel thema. Wat zal mogelijk het gevolg zijn voor patiënten dubbeldiagnose?

Prof. Dom: Het principe van werken met ambulante teams via community treatment – op basis van Act-F-Act methodologieën⁽³⁾ – is zeer goed voor deze doelgroep. Het is een opportuniteit als die behandelteams hiervoor openstaan.

Het gaat per definitie immers om zorgbehoevende complexe multiprobleem-patiënten.

Dreigt er geen gemis aan structuur als ze in de eigen omgeving geholpen worden?

Prof. Dom: Vandaar ook mijn punt rond woonst en werk. Onderzoek toont duidelijk aan dat het hebben van goede en betalende tewerkstelling belangrijk is met oog op verder herstel. Er gaat heel veel geld naar ziekenhuizen, in ontwenning. Het maatschappelijk draagvlak van woonst en werk is echter even bepalend. Vlaanderen moet dringend inzetten op begeleide woonst en aangepast werk. De arbeidscontext voor mensen met psychische problemen ligt vandaag heel moeilijk. We zitten nog in een te gestigmatiseerd kader. We moeten creatiever durven denken en komen tot een win win. Zowel voor de social profit, de non-profit en de gewone economie. De Sleutel doet daar baanbrekend werk. Ik denk dat er in beschutte werkplaatsen ook nog veel mogelijkheden zijn.

Welke toekomstige trends ziet u naar behandeling?

Prof. Dom: We moeten naar één mental health. Er is dringend nood aan een verregaande integratie: maak verslavingszorg zeer bereikbaar binnen psychiatrie. En omgekeerd: maak psychiatrische zorg zeer bereikbaar binnen het verslavingsaanbod. Verder is er nood aan een veel betere registratie van de outcome en aan onderzoek om helderder te zien waar bijsturing nodig is. We moeten ook meer investeren in trajectvorming, extra investeren in tewerkstelling en in aangepaste beschutte woonvormen. En naar de farmaceutische sector toe: opnieuw onderzoek gaan doen en deze keer wel patiënten meenemen met dubbeldiagnose. Zorg ook dat competenties in die richting groeien. Vandaag komt dit thema in basisopleidingen van artsen en verpleging extreem weinig aan bod. Alle zorgsectoren krijgen er mee te maken. En ter afsluiting een tip: Vlaanderen zou toch ook best eens een kijkje nemen bij onze noorderburen. Daar hebben ze een Landelijk Expertisecentrum rond dubbeldiagnose⁽⁴⁾. Misschien moeten we dit hier ook opstarten of aansluiten zodat die expertise kan gebundeld worden.

⁽¹⁾ CAPRI: Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute

⁽²⁾ http://www.psychiatrienet.nl/links/4054_Routine_Outcome_Monitoring_ROM

Routine Outcome Monitoring (ROM) houdt in dat de toestand van patiënten in kaart wordt gebracht met behulp van gestandaardiseerde instrumenten. ROM vindt plaats in het kader van de evaluatie van behandelingen en kan leiden tot effectievere behandelingen (Lambert, 2007; Drukker et al. 2010).

⁽³⁾ <http://www.f-act.be/>

⁽⁴⁾ www.ledd.nl

BFTC- sportdag 2012...

“Veel gelachen en gesport ”

Jaarlijks ontmoeten de cliënten van diverse Belgische therapeutische gemeenschappen (TG) elkaar op een unieke sportdag. Dit jaar was het de beurt aan onze TG Dubbel Diagnose Gent om dit BFTC-gebeuren ⁽¹⁾ te organiseren. Op deze sportdag ontmoetten zo'n 150 bewoners en stafleden van de therapeutische gemeenschappen van De Spiegel, Hautes Fagnes, Tremplines, Katharsis, OPZ Rekem, De Kiem, TGG en TGM elkaar in een ontspannen en sportieve sfeer.

Als locatie voor de organisatie van deze heuse olympiade en het begeerde voetbaltornooi op 26 september - er zit een tikkeltje gezonde en sportieve competitiegeest onder deze 8 therapeutische gemeenschappen - werd gekozen voor het recreatiedomein de Blaarmeersen. Naast de sportieve prestaties was er uiteraard ook tijd voor ontmoeting, verbroedering en vooral gezellig samenzijn.

Hoewel de weergoden ons bij de openingstoespraak niet meteen gunstig gezind waren, de regen viel met bakken uit de lucht, klaarde het bij aanvang van de activiteiten wonderwel op en bleef het de rest van de dag droog. Het werd zelfs zonnig. De weergoden waren niet ten onrechte gecharmeerd door zoveel enthousiasme en vrolijkheid die de verschillende therapeutische gemeenschappen hadden meegebracht. Of zoals een bewoner zei “na regen komt zonneschijn”.

Om de interactie tussen de bewoners van de therapeutische gemeenschappen te bevorderen werd er gekozen voor gemengde groepen van bewoners aangevuld met staf, elk vertegenwoordigd door een specifieke kleur, die zich op voorhand voor één van de 7 olympiade teams hadden ingeschreven. Iets wat werd geapprecieerd door de deelnemers, “ ik vond het leuk dat we gemengd waren met mensen van een andere TG's, zo leer je in een ontspannen sfeer lotgenoten kennen”. Er waren actieve sporten zoals baseball, frisbee en één heuse beach mix. Maar het kon ook rustiger. Zo werd de mogelijkheid aangeboden om te kiezen voor boogschieten, vlottenvaren en minigolf.

Naast deze olympiade kan een sportdag niet zonder een voetbaltornooi. De verschillende therapeutische gemeenschappen stelden hun beste teams samen om elkaar in een goedmoedige en vrolijke sfeer partij te geven. Dat de overwinning uiteindelijk naar Katharsis ging, is bijzaak (ze werden wel bekroond met een door onze bewoners gemaakte trofee) . Zoals het op een BFTC sportdag gebruikelijk is primeerde immers de olympische gedachte! En uiteindelijk mocht iedere therapeutische gemeenschap een door onze bewoners vervaardigd aandenken mee huiswaarts nemen. En omgekeerd namen wij graag de presentjes van de collega therapeutische gemeenschappen in ontvangst.



Als orgelpunt en ter afronding werd samen met de collega's van de therapeutische gemeenschap Merelbeke een dansje aangeleerd, “een special act die niet rap vergeten zal zijn”, aan de ganse groep waarna gretig en meer dan een keer werd aangeschoven voor de lekkere afrondingsbarbecue (of zoals een bewoner het omschreef; “de barbecue was zeer lekker, op z'n TGG's”). Verdiend, want na zo veel inzet was de honger groot.

Mooi om zien was de verbroedering tussen de bewoners en stafleden van de verschillende TG's en het enthousiasme waarmee aan de verschillende activiteiten werd deelgenomen. Heel wat handen werden geschud, schouderklopjes uitgedeeld en vooral gelachen en plezier gemaakt. “Een dag die voor herhaling vatbaar is”!

Mens sana in corpore sano

⁽¹⁾ Belgian Federation Of Therapeutic Communities

De Sleutel pioniert met 'outreach gericht op minderjarigen'

14



Minderjarigen die problematisch gebruiken, komen vaak te laat in de gespecialiseerde (drug)hulpverlening terecht. Een vroegere detectie is noodzakelijk. Via de methodiek van het outreachend werken tracht De Sleutel de drempel naar hulp voor hen te verlagen. 'Doordat we de jongeren in hun eigen omgeving bereiken, ontstaan er meer mogelijkheden om hen te motiveren naar een traject op maat. Een gesprek met Mie Verdonck, individueel begeleider en outreach-medewerker in het Dagcentrum Gent.

Met outreach bedoelen we het actief toeleiden van mensen naar bestaande hulpverlening. We verlaten de muren van ons centrum en gaan de jongere actief opzoeken in het eigen milieu. Gewoon raad geven of doorverwijzen werkt onvoldoende bij de doelgroep van minderjarigen. Om jongeren in de hulpverlening te krijgen is een meer aanklappende aanpak op maat vereist.

Mie Verdonck: 'Jongeren zoeken nu eenmaal niet vaak spontaan hulp. Dat is eigen aan de puberteits- of adolescentiefase waarin ze zich bevinden. Ze zijn volop in ontwikkeling, ze worstelen met zichzelf, met ouders, met autoriteit, met school, met hoe de samenleving naar hen kijkt,... Ze proberen van alles uit,... Eigenlijk verkeren ze in een identiteitscrisis. Vaak zien ze zelf geen probleem in hun druggebruik. In hun beleving is dit nog onschuldig en experimenteel terwijl de volwassenen uit hun omgeving dit al langer als problematisch bekijken.'

Praktijkcase

Mie Verdonck: 'Ik herinner me een 15-jarige cliënte die op jonge leeftijd het programma in het Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma volgde omwille van

ernstig misbruik van deo's en multigas. In het kader van nazorg begeleidde ik haar daarna in het dagcentrum. Dit liep een hele tijd goed. Maar Marie () herviel en een opname werd noodzakelijk. Omdat ze onvoldoende gesteund werd door haar ouders, ging ik met haar goedkeuring mee naar de jeugdrechter. Op de zitting kon ik ondersteunen door haar te helpen de betekenis van haar gebruik te verwoorden. De jeugdrechter verplichtte een opname in St. Camillus. Dit zag Marie absoluut niet zitten, dus ging ik met haar mee. Door mijn aanwezigheid op het intakegesprek kon ze de opname beter aanvaarden. Tijdens haar opname belde ik haar op. Ze was me dankbaar en vol goede intenties om definitief met gas te stoppen. Na deze korte crisisopname kwam ze vlot terug naar ons centrum'.*

Bestaat er een globaal profiel van 'de minderjarige' die bij een dagcentrum langskomt?

Mie Verdonck: 'Er zijn verschillende groepen. Er zijn jongeren die bij ons terechtkomen via de ouders, grootouders of school. Even goed gebeurt de aanmelding onder druk van het jeugdparquet. Dan hebben we het over de jongere die door de politie betrapt wordt. De meesten van hen wonen thuis. De brief van het jeugdparquet is een alarmbel zowel voor de minderjarige als voor de ouders. Soms zijn de vijf daaropvolgende verplichte gesprekken voor beide partijen voldoende om het gebruik in vraag te stellen en indien nodig zich te herpakken. Soms is er echter sprake van problematisch gebruik. In samenwerking met de betrokken ouder(s) kan de hulpverlening opgestart worden.

Mie Verdonck: 'Verder starten we op vraag van Bijzondere Jeugdzorg ook regelmatig outreach-trajecten op. Daar bevindt zich dan ook een grote risicogroep. We werken op verschillende wijze samen, afhankelijk van het soort

voorziening en het doel. Zo zijn er de Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentra (OOOC). Ze bellen ons als er sprake is van 'gebruik' bij een jongere. We gaan dan in gesprek, onderzoeken of om problematisch gebruik gaat en geven advies naar hulpverlening.

Praktijkcase

Mie Verdonck: 'Op uitnodiging van OOOC De Waai had ik twee gesprekken met de 15-jarige Kadir^(). De aanleiding: een urinecontrole waaruit blijkt dat hij cannabis gebruikt. Het centrum vroeg ons advies. Uit gesprekken met Kadir blijkt dat hij af en toe stiekem gebruikt. Hij weet dat zijn ouders dit absoluut niet toestaan. Kadir merkt echter dat cannabis hem meer rust brengt.. Hij leeft immers in een voortdurende stresssituatie met zijn moeder en stiefvader. Bovendien is ook de band met zijn vader soms erg gespannen. Ondanks de continue druk probeert hij loyaal te blijven ten aanzien van beide ouders, die er een extreem uiteenlopende levensstijl op nahouden Het druggebruik is voor Kadir het enige 'redmiddel' om de thuissituatie aan te kunnen. Het OOOC adviseert aan het comité bijzondere jeugdzorg een begeleiding in het dagcentrum. Kadir komt trouw op de gesprekken: dit zijn momenten van loslaten van heel wat spanningen... Stoppen met cannabis is voor hem een doel op lange termijn, maar nu nog niet...'*

Mie Verdonck: 'Ons werk voor de begeleidingstehuizen binnen Bijzondere Jeugdzorg bestaat erin om gebruikende jongeren te bereiken. De eerste verkennende momenten gaan steeds door op een voor hen vertrouwde plek. Een meer spontaan gebeuren laat dikwijls toe vrij snel een duidelijk beeld te krijgen van hun gebruik of misbruik. Een hulpverleningsplan op maat wordt dan samen met de jongere aan de verantwoordelijke voorgesteld en verder concreet afgesproken. Als buitenstaander kunnen we onze expertise op vlak van drugs aanwenden vanuit een onbevooroordeelde, neutrale positie'.

Maken voorzieningen gebruik van onze knowhow inzake outreach?

Mie Verdonck: 'Er zijn lange tijd veel versnipperde initiatieven geweest voor minderjarigen. Nu is er echter een duidelijke tendens naar meer multidisciplinaire en extramurale samenwerking. Elke dienst heeft zijn specialiteit, er wordt meer samen gezocht en samen gewerkt in het belang van de cliënt. Dat is een positieve evolutie. Zo kunnen we binnen andere externe hulpverleningsteams onze expertise op vlak van vroegdetectie en drughulpverlening binnenbrengen. Op die manier wordt het mogelijk om

hulpverleningstrajecten sneller en op maat op te starten. Het geheel van outreach, netwerking, vroegdetectie en hulp op maat voorkomt zwaar destructief gebruik van de jongvolwassene'.

Vandaag is er voor dit soort 'outreachwerk' nog geen structurele betoelaging.

Mie Verdonck: 'We zetten al jaren extra in op de groep minderjarigen. Het uitbouwen van trajecten voor deze doelgroep is al langer een pijnpunt. Dankzij het 'keep it clean project', opgezet om de samenwerking tussen Bijzondere Jeugdzorg en drughulpverlening uit te bouwen, kregen we een klein jaar lang extra middelen om in het outreach gebeuren tussen beide sectoren te investeren. Vandaar ook onze huidige focus op de samenwerking met de Bijzondere Jeugdzorg. Ook de veiligheidscontracten geven ons wat mogelijkheden, al hopen we dit meer structureel ingebed te krijgen.

Waar kan outreach het verschil maken?

Mie Verdonck: 'Outreach verschilt van de klassieke begeleiding door het laagdrempelige en het uitgesproken maatwerk. Nog minder dan bij volwassenen kan je vooraf een traject uitstippelen. Een minderjarige heeft nood aan een kader waarbinnen hij enerzijds kan experimenteren en anderzijds leert verantwoordelijk te zijn, weg van het gesprek in een klassieke hulpverleningssetting. We werken aanklampend, in die zin dat we niet snel opgeven, dat we met de jongere kunnen meegaan tot op een voor hem vertrouwd plekje. Onze opdracht is om betrouwbaar te zijn en de privacy extra te bewaken. Dit vraagt openheid, eerlijkheid en een consequente houding omtrent het te lopen traject maar ook over de wijze van terugkoppeling en samenwerking met de omgeving. We merken dat de instellingen Bijzondere Jeugdzorg steeds vlotter bij ons aankloppen als er sprake is van druggebruik. Ook als dat gebruik niet meer zo problematisch is. Met onze aanpak helpen we 'ex-gebruikers' om tot een beter zelfinzicht te komen. Bij te hoge risico's kunnen we samen een concreet hervalpreventieplan uitwerken. Dankzij samenwerking en betere netwerking kunnen we de resultaten van het outreachwerk versterken. Op die manier willen we met onze drughulpexpertise voor minderjarigen het ruimere jeugd welzijnsaanbod beter bereiken en aansluiting zoeken bij de praktijk in scholen, CLB's, JAC's, ... Vanuit ons centrum in Gent richten we ons zo bv op het jeugd welzijns werk via een zitdag i.s.m. Habbekrats'.

^(*) Om redenen van privacy hanteren we fictieve namen

Het gat in de haag

16

Vanaf 1 september 2013 bieden we aan alle kleuterleerkrachten van Vlaanderen een vernieuwende methodiek voor sociale vaardigheden aan. Het gat in de haag is een uitgave voor elk kleuterjaar met telkens 10 verhalen, 30 grote prenten en bij elk verhaal zo'n 15 boeiende en creatieve activiteiten. Deze activiteiten stimuleren de ontwikkeling van de sociale vaardigheden van kleuters. Als voorsmaakje een verhaal uit de 1ste kleuterklas.

Mooie tekeningen

1/ De klas is druk aan het werk.

De juf zei dat ze een tekening moeten maken in rood, groen, blauw of geel.

De kleine groenten mogen maar één kleur gebruiken.

Aardappel vindt het moeilijk.

Hij heeft nog bijna niets getekend.

Erwt en Wortel hebben hun tekening al bijna af.

Erwt tekent een knalgele zon met heel veel stralen.

Wortel kleurt de zee. De zee is blauw.

Wortel maakt mooie golven.

Aardappel maakt een roos, want een roos is rood.

Hij krabbelt en kriebelt. Hij maakt heel veel blaadjes.

Maar de roos komt niet tevoorschijn.

Oef, wat is dat moeilijk!

Hij kijkt naar de tekening van Wortel.

Die lijkt op de zee.

Hij kijkt naar de tekening van Erwt.

Die lijkt op de zon.

Aardappel kijkt goed naar zijn eigen tekening.

Lijkt die op een roos?

2/ Neen.

Aardappel is niet tevreden met zijn werkje.

Pffff. Hij zucht. Hij heeft al geen zin meer.

Dan ziet Aardappel Tomaat.

Tomaat is ook nog druk bezig.

Tomaat tekent een groene boom.

Ingespannen werkt ze met het puntje van haar tong uit haar mond.

Wat ziet Tomaat er grappig uit, denkt Aardappel.

Hij kijkt eens goed naar Tomaat.

En nog eens naar zijn tekening.

Plots ziet hij het.

Hij maakt zijn rode roos helemaal rond.

Hij zet er armen en benen aan.

Hij tekent er ogen en een neus op, en zelfs een tong.

Ziezo, zijn tekening is klaar.

Wat zou Aardappel getekend hebben?

3/ De juf haalt de tekeningen op.

"Wat een mooie zon!" zegt de juf tegen Erwt.

"En Wortel, dit is echt een mooie zee!" zegt juf.



Nu komt ze bij Aardappel.

Zal juf zien wat ik getekend heb?, vraagt Aardappel zich af.

De juf roept verbaasd: "Maar Aardappel, wat goed!

Wat een prachtig portret!"

Aardappel glimt van trots.

"Wie ziet wat Aardappel heeft getekend?" vraagt de juf,

en ze steekt de tekening omhoog.

Heel de klas kan de tekening van Aardappel zien.

Tomaat roept: "Hé, dat ben ik!"

Bij dit verhaaltje horen nog 14 activiteiten die het kritisch en creatief denken stimuleren en trainen. In de loop van de hele kleuterschool worden de volgende vijf sociale vaardigheden getraind:

1. Problemen oplossen en beslissingen nemen
2. Creatief en kritisch denken
3. Positief zelfbeeld en empathie
4. Effectief communiceren en relaties opbouwen
5. Omgaan met gevoelens en met frustraties

In deze methodiek worden terzelfdertijd de acht intelligenties van Howard Gardner gehanteerd in de verschillende oefeningen. Vanaf september 2013 bieden we de leerkrachten vormingen en trainingen aan in het maximaal benutten van de mogelijkheden van het materiaal.

Interesse? Contacteer yannick.weyts@fracarita.org