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

[DeSleutel] magazine

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

35

Behandeling werkt!

www.desleutel.be

driemaandelijks tijdschrift | Nummer 35 | 2013 | juli - augustus - september
Verantwoordelijke uitgever: Damien Versele, Jozef Guislainstraat 43a, 9000 Gent
Ond. nummer: 0406.633.304

[DeSleutel]

MENSEN KANSEN GROEIEN

In dit nummer

3 Het profiel van de cliënt

6 Tot wie richt Therapeutische Gemeenschap Merelbeke zich?

7 Hoe evolueert problematiek 55-plussers?

8 Het gat in de haag

10 Remediatie of behandeling werkt!

13 Samenwerking met Zagan

16 20 jaar dagcentrum Brugge

FSC www.fsc.org MIX Papier van verantwoorde herkomst FSC® C009115

Damien Versele,
Algemeen Directeur De Sleutel

Trouwe lezers weten dat verslaving een complexe en chronische aandoening is. Eens de motivatie aanwezig om het kernprobleem aan te pakken, stelt zich al snel de vraag van het hoe. Hoe ondersteunen we de cliënt in zijn pogingen om een nieuw leven zonder drugs te beginnen? Welke behandelmethodieken zetten we in? In hoeverre is genezing überhaupt mogelijk? In onze bijdrage over 'Remediatie' lichten we toe hoe we onze cliënten helpen loskomen van hun druggebruik en de kansen op herstel maximaliseren.

Op regelmatige basis verzamelen onze hulpverleners gegevens van de cliënten die zich tot De Sleutel wenden. Dit gebeurt in functie van een aangepaste behandeling in het verlengde van de hulpvraag van de cliënt. Dankzij deze gegevens leren we onze cliënten beter kennen én kunnen we tendenzen zien binnen de ruimere doelgroep van drugsverslaafden. Dit helpt ons bij het verder uittekenen van ons beleid en het maken van keuzes voor de toekomst. Het artikel rond het profiel van de cliënt geeft u een inzicht in deze interne keuken.

Door het bijhouden van een degelijke registratie en het opvolgen van trends in de tijd helpen we ook de overheid in het beter vastleggen van prioriteiten voor behandeling en preventie en is het mogelijk om toekomstige behoeften en kosten voor gezondheidszorg in te schatten. Op basis van dergelijk registratiewerk stelde het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid nu een eerste rapport op dat de gegevens van alle RIZIV-geconventioneerde centra voor verslaafdenzorg in België samenbrengt. De voor ons belangrijke conclusies vindt u op blz 5.

Eén van de toekomstige behoeften – waarover in de media soms de alarmbel wordt geluid – is de opvang van de groter wordende groep 55-plussers onder de verslaafden. Is dit een tendens die we ook in De Sleutel kunnen bevestigen? Vast staat dat verslaafden veel vroeger te maken krijgen met ouderdomsproblemen, waardoor ze op 55-jarige leeftijd zo zorgbehoevend zijn als bejaarden van 70. We bekijken dit fenomeen even van dichtbij.

De Sleutel pionierde destijds met het concept van zelfhulp in de therapeutische gemeenschap. Centrale waarden zijn verantwoordelijkheid, eerlijkheid en respect. Voor welk soort cliënt is een behandeling in dergelijk gefaseerd groepsprogramma de juiste optie? U verneemt het in het interview met onze opnamebegeleidster, Anke Van Rompaey.

Nazorg is een vast onderdeel van de begeleiding binnen onze drughulpverlening. Wie een behandeling afsluit, wordt verder ondersteund tijdens de eerste stappen van herwonnen autonomie. Die behoefte aan nazorg komt nog sterker naar voren bij cliënten met een dubbeldiagnose problematiek die een lange tijd in opname zijn geweest. In samenwerking met Zagan Beschut Wonen voorzien we voor deze bewoners een "tussenhuis", als springplank naar de echte re-integratie.

Begin oktober stelt onze dienst preventie het gloednieuwe 'Het gat in de haag' voor aan het onderwijspubliek. Kleuterleerkrachten kunnen voortaan gebruik maken van deze nieuwe methodiek voor het aanleren en het trainen van sociale vaardigheden bij kinderen uit de kleuterklas. Maak kennis met dit aanbod en de kleurrijke prenten in onze middenbladzijden.

Graag en tot slot kondig ik ook onze academische zitting aan ter gelegenheid van het 20 jarig bestaan van dagcentrum De Sleutel Brugge met als gastspreker Prof. Peter Adriaenssens (zie blz 16).

Ik wens u van harte veel leesgenot toe.

Damien Versele
Algemeen directeur

Het profiel van de cliënt in De Sleutel

Van de cliënten die zich tot De Sleutel wenden met een vraag naar behandeling worden een aantal gegevens verzameld en bijgehouden. Dit gebeurt eerst en vooral in functie van een aangepaste behandeling, op maat van het profiel en de hulpvraag van de cliënt. Daarnaast worden bepaalde cliëntgegevens verzameld om te voldoen aan het TDI-protocol. Hier treden epidemiologische doeleinden op het voorplan (zie kaderstuk). In onderstaand artikel gaan we – aan de hand van de TDI - dieper in op het profiel van de cliënt in De Sleutel, anno 2011-2012 en staan we stil bij relevante verschillen tussen de types centra waartoe de cliënt zich wendt.

TDI

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. In 2011 en 2012 werden in De Sleutel bij respectievelijk 2512 en 2329 cliënten TDI-gegevens verzameld.
Hiervan startte 82% een behandeling op in één van de ambulante dagcentra, 14% in het CIC, 2% in een TG en 2% in het RKJ.

Geslacht, leeftijd en nationaliteit

Vijf op zes cliënten (of 84%) die zich tot De Sleutel richten met een vraag naar behandeling zijn mannen. Tussen de centra van de Sleutel is er een duidelijk verschil: het CIC en de TG's hebben een nog meer uitgesproken 'mannelijke' populatie (resp. 91% en 96%) dan de ambulante centra en het jongerenprogramma RKJ (resp. 83% en 75%).
Twee op vijf cliënten (40%) is jonger dan 25 jaar. De gemiddelde leeftijd van de cliënt in De Sleutel is 28 jaar. In het CIC en de TG's is de cliënt in behandeling gemiddeld iets ouder (nl. 30 jaar), terwijl het RKJ per definitie de jongste cliënten in behandeling heeft (gemiddeld 16 jaar).
Van alle cliënten heeft 93% de Belgische nationaliteit. Van de niet-Belgen draagt 2% een EU-nationaliteit en 5% de nationaliteit van een land buiten de Europese Unie. Niet-Belgen zijn in het CIC en de TG's (telkens 5%) en het RKJ (0%) nog minder sterk vertegenwoordigd dan ambulant (8%).

Doorverwijzende instantie en behandelverleden

Het aandeel cliënten dat op eigen initiatief komt, bedraagt 29% in De Sleutel, terwijl 9% door familie of vrienden verwezen werd. De justitiële verwijzingen zijn met 32% zeer talrijk in De Sleutel. Doorverwijzingen door andere zorgverleners scoren lager: 14% vanuit de drughulpverlening, 7% vanwege ziekenhuizen, 7% uit welzijnsvoorzieningen en 2% door huisartsen.
Tussen de centra van de Sleutel is er een opvallend verschil: het aandeel verwijzingen vanuit de drughulpverlening is veel omvangrijker in het crisiscentrum en de TG's (resp. 43% en 62%), terwijl het omgekeerde geldt voor de verwijzingen door justitie (9% in CIC en 1% in TG versus 37% in de dagcentra en 38% in het RKJ).
Belangrijk en relevant is het onderscheid tussen nieuwe cliënten en cliënten die reeds eerder in behandeling zijn geweest. Ruim 4 op 10 cliënten in De Sleutel (nl. 41%) is nog niet eerder in behandeling geweest voor problemen in verband met druggebruik en zijn dus nieuwe cliënten. De overige 59% zijn zogenaamd gekende cliënten, waarvan 39% reeds in De Sleutel behandeld werd en 20% in een ander centrum. Ook hier zijn er grote verschillen tussen de centra onderling. De ambulante centra en het RKJ bereiken voor quasi de helft (resp. 48% en 45%) nieuwe cliënten terwijl in de TG's en het CIC veeleer 'gekende' cliënten in behandeling komen (met respectievelijk 'slechts' 3% en 6% nieuwe cliënten).

Opleidingsniveau en arbeidssituatie

Meer dan de helft van de cliëntenpopulatie in De Sleutel (55%) behaalde niet meer dan een diploma lager onderwijs, terwijl nauwelijks 4% hoger onderwijs heeft afgerond. Dit betekent dat een meerderheid van de cliënten het secundair onderwijs niet met succes heeft afgewerkt. Er zijn nauwelijks verschillen tussen de centra met betrekking tot het opleidingsniveau.
Ruim één op vier (27%) van de personen in behandeling in De Sleutel is tewerkgesteld. In de dagcentra (31%) is dit hoger dan in het CIC (10%) en de TG's (0%). Eén op zes (17%) is student. Het RKJ scoort hier uiteraard het hoogst (100%) terwijl het aantal studenten in het CIC en de TG's beperkt is tot respectievelijk 3% en 0%.

Voornaamste drug en spuitgedrag

Naast bovenstaande socio-demografische variabelen wordt in de TDI uiteraard ook ingegaan op een aantal druggerelateerde kenmerken; met name het voornaamste product dat aan de basis ligt van de vraag naar behandeling en het spuitgedrag zijn cruciale gegevens.

Met betrekking tot het voornaamste product stellen we vast dat cannabis met 42% de koploper vormt binnen de populatie van De Sleutel. Opiaten (voornamelijk heroïne) volgen op ruime afstand met 21%. Daarna volgen cocaïne (17%) en stimulantia (14%).

Geert Lombaert / Veerle Raes

Naargelang het centrum tekenen we zeer uiteenlopende profielen op in verband met het voornaamste product. De ambulante centra worden gekenmerkt door een sterk vertegenwoordigd 'cannabiscliënteel' (48%), terwijl de andere productgroepen min of meer op gelijke hoogte staan in de dagcentra van De Sleutel (17% cocaïne, 16% opiaten, en 14% stimulantia). Bij het RKJ is het belang van cannabis als belangrijkste product nog groter (80%). Het CIC-plaatje wijkt hier zeer sterk van af: opiaten vormen met 52% de absolute koploper. Cocaïne (19%), stimulantia (14%) en cannabis (slechts 9%) volgen op respectabele afstand. Ook in de TG's vormt opiaten de belangrijkste productgroep (37%), gevolgd door stimulantia (27%) en cocaïne (21%).

Een kwart (24%) van de cliënten in De Sleutel heeft ooit drugs geïnjecteerd, waarvan een derde dit ook in de afgelopen 30 dagen heeft gedaan (8% recente spuiters). Ook hier zijn er duidelijke verschillen tussen de types centra. Binnen de ambulante centra is het aantal spuiters (18% ooit en 5% recent) veel kleiner, terwijl het CIC met 54% ooit- en 26% recente spuiters veel hoger scoort. In de TG's heeft 68% van de cliënten ooit gespoten terwijl het RKJ met 3% ooit-spuiters het laagst scoort.

Bedoeling van de Treatment Demand Indicator (TDI)

Epidemiologische gegevens over drughulpverlening op nationaal niveau worden onder meer verkregen door de vraag naar behandelingen in verband met drugsverslaving en de trends in de tijd op te volgen. Op die manier kunnen prioriteiten voor behandeling en preventie worden vastgelegd en kunnen behoeften en kosten voor gezondheidszorg worden ingeschat.

In Vlaanderen voeren de bij het RIZIV aangesloten revalidatiecentra al sedert 1988 zo een gezamenlijke registratie. De registratie van patiënten in deze centra heeft in het verleden al heel wat informatie opgeleverd en de bevoegde autoriteiten geholpen zicht te krijgen op de drugsproblematiek en de werking van deze centra. Maar naast de revalidatiecentra, vormen ook huisartsen, psychiatrische ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg belangrijke bronnen van informatie over de vraag naar behandeling voor verslavingsproblematiek. Andere voorzieningen moesten dus ook participeren in de registratie van gegevens over de vraag naar behandeling voor een middelenproblematiek, om op nationaal niveau als indicator te kunnen dienen voor het gezondheidszorgbeleid.

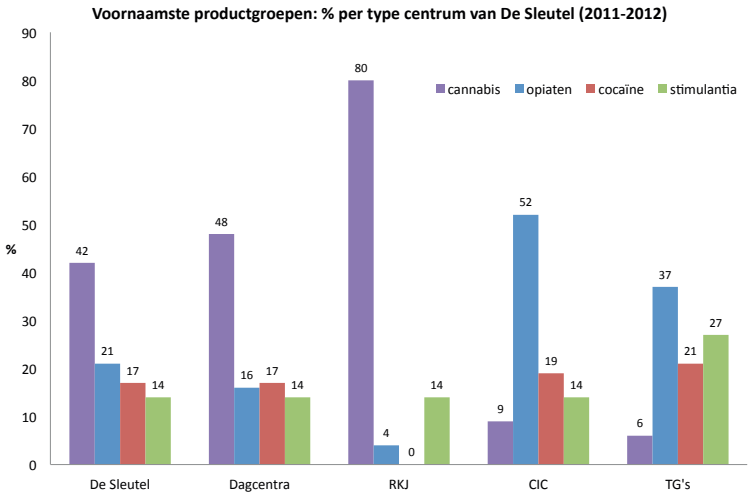
Europese achtergrond

De TDI dateert van ongeveer 20 jaar geleden. De Pompidou-groep legde in 1994 als eerste een gemeenschappelijk protocol voor de Europese lidstaten vast voor de verzameling van basisgegevens over het profiel van druggebruikers die met behandelingscentra in aanraking kwamen. Kort daarna werd het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD[1]) opgericht. Het doel van dit Europees Waarnemingscentrum is om de Europese Unie (EU) en haar lidstaten te voorzien van op feiten gebaseerde overzichten van de drugsproblematiek en om het drugsdebat op een onderbouwde manier te kunnen voeren. Vanaf dan nam het EWDD de verantwoordelijkheid voor de registratie van gegevens over behandelingsaanvragen op Europees niveau op zich. Sinds 2001 zijn deze TDI-gegevens regelmatig gebruikt in analyses van het EWDD over de drugsituatie in Europa. Het zal evenwel nog een tijdje duren vooraleer cijfers over gans België in deze analyses zullen worden opgenomen.

De Belgische TDI

Aangezien het drugsactieplan van de Europese Unie officieel erkend is, heeft ook België zich ertoe verbonden de sleutelindicatoren van de EWDD op nationaal niveau in te zamelen. Omdat er in België geen nationale coördinatie was voor deze gegevens, moesten we tot 2005 wachten voor de goedkeuring van een eerste Belgisch protocolakkoord. Dat protocolakkoord biedt tot vandaag nog het enige kader voor de verdere operationalisering van het Europese TDI-protocol (BS 03-05-06, 22032) in België. Het is dus het referentiedocument voor de

Geert Lombaert / Veerle Raes



TDI-registratie in België. Actueel is het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) hiervoor het nationale aanspreekpunt en zijn zij dus verantwoordelijk voor de inzameling van Belgische gegevens en voor de jaarlijkse aanlevering van deze informatie in de vorm van een standaardtabel aan het Europees Waarnemingscentrum. Specifiek voor België voorziet het TDI-protocol ook in de registratie van behandelingsaanvragen voor alcohol-gerelateerde problemen.

De Belgische TDI vormt een vaste, maar minimale set van socio-economische gegevens, gegevens van het middelengebruik en van de behandeling, voor elke behandelingsepisode van een persoon in een behandelingscentrum dat behandeling aanbiedt voor aan middelen gebonden problematiek (alcohol en illegale middelen).

Het geheel van deze gegevens levert interessante informatie op voor de diverse beleidsniveaus: epidemiologische informatie, informatie over de sociale context, stabiliteit en mate van socio-economische integratie, behandelingstrajecten over de voorzieningen heen, de relatie met justitie en tenslotte het profiel van de verslaving zelf: ernst, risico-inschatting, neveneffecten, ...

1 EWDD (Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving) is de Nederlandse afkorting voor EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

De Sleutel in het geheel van de Belgische RIZIV-geconventioneerde revalidatie-centra.

Onlangs schreef het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) het rapport 'TDI-registratie in de (Belgische) revalidatiecentra voor verslaafden'. Dit rapport vormt een belangrijke mijlpaal want het gaat om het eerste rapport dat de gegevens van alle RIZIV-geconventioneerde centra voor verslaafdenzorg in België samenbrengt. Het rapport heeft betrekking op het kalenderjaar 2011 en stelt ons in staat om de cliëntenpopulatie van De Sleutel te vergelijken met deze in andere Belgische RIZIV-geconventioneerde centra. Uit deze vergelijking kunnen we een aantal duidelijke conclusies trekken:

- De cliëntenpopulatie in de ambulante centra van De Sleutel wijkt nauwelijks af van de populatie in alle Belgische dagcentra. Dit is logisch gezien ruim 80% van de gerapporteerde behandelingsepisodes afkomstig is van De Sleutel.
- Binnen het geheel van de RIZIV-centra is er - net zoals in De Sleutel - een duidelijk overwicht aan mannelijke cliënten (83%).
- Op nationaal niveau bedraagt de gemiddelde leeftijd van personen in behandeling 30 jaar. Dit is 2 jaar ouder dan de populatie in De Sleutel.
- Het aandeel buitenlanders in behandeling is lager in De Sleutel dan op nationaal niveau.
- De cliënten in het CIC en de TG's worden - in vergelijking met de nationale TDI-cijfers - vaker doorverwezen door de drughulpverlening en komen minder vaak op eigen initiatief.
- De Sleutel bereikt – door het hoge aandeel aan ambulante behandelingen - meer 'nieuwe' cliënten dan het geheel van de RIZIV-centra.
- De residentiële centra van De Sleutel bereiken een groter aandeel van laaggeschoolden dan vergelijkbare RIZIV-centra.
- In vergelijking met alle Belgische centra heeft De Sleutel een sterk vertegenwoordigde cannabispopulatie en relatief weinig opiaatgebruikers. Het grote gewicht aan ambulante behandelingen in De Sleutel is hier niet vreemd aan.
- In de residentiële centra van De Sleutel komen meer stimulantia-gerelateerde vragen aan bod.

Bron: Antoine, J. en van Bussel, J. (2013). De TDI-registratie in de RIZIV-revalidatiecentra voor verslaafden. Registratiejaar 2011. Brussel: WIV.

Tot wie richt Therapeutische Gemeenschap Merelbeke zich?

De therapeutische gemeenschap is een gefaseerd groepsprogramma waar het concept van zelfhulp centraal staat, net als de waarden verantwoordelijkheid, eerlijkheid en respect. De Sleutel biedt een dergelijk langdurig opname-programma aan in Merelbeke en in Gent. Voor welk soort cliënt is zo'n hulpverleningsconcept nu meest aangewezen? Wie past er m.a.w best in zo'n programma en wat mag men er verwachten?

Een gesprek met Anke Van Rompaey, opnamebegeleidster in onze Therapeutische Gemeenschap (TG) te Merelbeke. Ze studeerde orthopedagogie en haalde aansluitend een master in de klinische psychologie.

Voor wie is dit programma bedoeld? Welke criteria worden er gehanteerd?

Anke: Een TG is geschikt voor wie al geruime tijd drugs gebruikt en er niet in slaagt om zijn actueel druggebruik onder controle te krijgen. Meestal hebben vorige hulpverleningsepisodes niet het gewenste resultaat opgeleverd. De relaties met familie en vrienden zijn door het druggebruik erg belast en ook werk houden of vinden is niet evident. De druggebruiker lijdt onder deze toestand en wil daar iets aan doen en is bereid om gedurende minstens een aantal maanden te proberen of het groepsprogramma van de TG iets voor hem/haar is.

Therapeutische Gemeenschap: wat en hoe?

Binnen dit groepsprogramma staat het concept van zelfhulp centraal en wordt een duidelijke structuur gehanteerd waarin bewoners kunnen groeien op eigen tempo met steun van de groep en door elkaars feedback. We reiken op verschillende manieren handvaten aan onder de vorm van de dagdagelijkse structuur, groepswerk, trajectmappen, familiewerk, klinische en medische ondersteuning,... Bewoners die iets meer zorg nodig hebben kunnen een beroep doen op individuele begeleiding en/of *buddies*. Elke bewoner krijgt bij aankomst een oudere broer of zus waar hij altijd bij terecht kan. Samen met de *peers* en oudere bewoners wordt de bewoner gemotiveerd om het eigen leven weer in handen te nemen, een nieuwe levensstijl en een clean leven uit te bouwen.

Hoe pak je je werk als opnamebegeleidster aan?

Anke: Dit is een nieuwe functie in onze TG. Ik combineer die taak met het groepswerk. Als opnamebegeleidster is het mijn opdracht om de werking van TG te verduidelijken. De nadruk ligt vooral op het transparant maken van het aanmeldingsproces naar de verschillende verwijzers toe.

Een aanvraag doen voor een opname in de therapeutische gemeenschap Merelbeke kan zowel via de website als telefonisch

Door meer duidelijkheid te scheppen, willen we ook wat mythes over de werking doorprikken en sommige cowboyverhalen uit de wereld helpen. Daarnaast bereid ik potentiele bewoners voor en leg ik hen uit wat een TG is. Tijdens de intakefase ondersteun/begeleid ik startende bewoners mee doorheen hun startfase. Voor mezelf vind ik het een mooie uitdaging. Ik kan hiervoor putten uit eerder opgedane ervaring. Ik mocht als studente psychologie 7 maanden meedraaien in een CCG binnen de verslavingszorg en werkte eerder in een afdeling persoonlijkheidsstoornissen. Ik zie het ook als een meerwaarde dat ik opvoedster ben. Dankzij ervaring via stages o.m. in een dagcentrum in de Bijzondere Jeugdzorg en in Ghana, waar ik met straatkinderen heb gewerkt, sta ik sterker om de cliënten naar een mooi traject richting re-integratie te loodsen.

Hoe kan iemand zich aanmelden? Kan dit ook online of per telefoon?

Anke: Beide kunnen. Online kan via de website van De Sleutel www.desleutel.be (kies ingang 'voor wie hulpt zoekt'). Meteen kan de cliënt zich dan aanmelden door rechts op de knop te klikken 'Hulp nodig? Meld je hier aan'. Er verschijnt dan een contactformulier dat kan ingevuld en verzonden worden. Wij nemen dan contact, naargelang de wensen op het formulier aangestipt. Telefonisch kunnen wij elke werkdag tussen 09 en 18 uur op een speciaal telefoonnummer gecontacteerd worden: 0474 88 63 50. De cliënt komt dan meteen terecht bij 1 van onze mensen bevoegd om opnameaanvragen te behandelen. Wie buiten de openingsuren belt, kan inspreken op een antwoordapparaat en wordt de volgende werkdag gecontacteerd. Voor wie stabilisatie of detoxificatie gewenst is, regelen wij een opname in ons CIC. Tijdens die opname kom ik persoonlijk langs om zo samen met de cliënt het verblijf in de TG voor te bereiden. Er is ook een meedraaidag voorzien waarop je kan kennis maken met het TG-programma, met de andere bewoners en met het team.

Paul De Neve/Robrecht Keymeulen

Tendenzen in de drughulpverlening: hoe evolueert problematiek 55-plussers?

Geert Lombaert / Lees een meer uitgebreide versie van dit artikel op www.desleutel.be

Valt er een probleem te verwachten omtrent de groep ouder wordende druggebruikers? In de media wordt alvast de alarmbel geluid over de opvang van deze groep van zodra ze hulpbehoevend worden. Er gaan zelfs stemmen op om – zoals in Nederland - een gespecialiseerd bejaardentehuis voor verslaafden in te richten. De term 'bejaard' is in deze zeer relatief want men doelt op 55-plussers. Verslaafden krijgen immers tot 15 jaar vroeger te maken met ouderdomsproblemen, waardoor ze op 55-jarige leeftijd zo zorgbehoevend zijn als bejaarden van 70.

Mede omdat we ervan overtuigd zijn dat verslaving een chronische aandoening is, bekijken we de omvang van het gebruik bij 55-plussers. Vinden we hen terug in De Sleutel?

Een toenemend probleem?

Wetenschappelijk onderzoek naar middelengebruik bij 55-plussers is vrij schaars. Om een globaal beeld te schetsen voor Vlaanderen beroepen we ons op de Nationale Gezondheidsenquête (1). De recentst beschikbare gegevens dateren van 2008.

Alcohol vormt veruit het belangrijkste middel. In 2008 dronk 20% van de Vlaamse 55- tot 64-jarigen dagelijks alcohol gedurende het laatste jaar. In vergelijking met de bevraging in 2001 gaat het om een stijging met liefst 6%. Problematisch alcoholgebruik (2) is gestegen van 8% in 2001 naar 12% in 2008. Daarnaast zijn er ook steeds meer 'ouderen' die *medicatie* gebruiken. Gedurende de laatste 2 weken gebruikte in 2008 12% van de Vlaamse 55- tot 64-jarigen slaapmiddelen, een stijging met 4% ten opzichte van 2001. Het recent gebruik van antidepressiva is in dezelfde periode toegenomen van 4% naar 8%. Een kleinere groep gebruikt *illegale drugs*. Bijna 1% (nl. 0,8%) gebruikte gedurende de afgelopen 12 maanden cannabis en 0,2% gebruikte ook andere illegale middelen in 2008. Bij een vorige bevraging in 2004 had niemand van de 55- tot 64-jarigen cannabis gebruikt in het afgelopen jaar.
Deze cijfers tonen duidelijk een stijgend middelengebruik bij 55-plussers tijdens de voorbije 10 jaar.

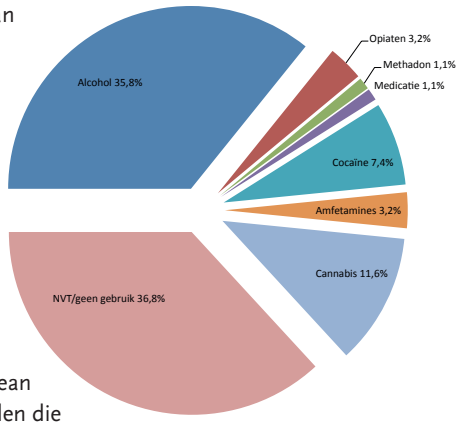
55-plussers in De Sleutel

Klopt deze 'oudere' populatie nu ook vaker bij ons aan voor hulp omwille van eventuele verslavingsproblemen? Gedurende de laatste 4 jaar (2009-2012) was 0,7% van de cliënten die zich in De Sleutel aanmeldden met een hulpvraag ouder dan 55 jaar. Het gaat om 115 aanmeldingen in een periode van 4 jaar. Dit is een relatief beperkt aantal, maar in verhouding tot voorgaande jaren noteren we toch een verdrievoudiging op een periode van 10 jaar.

Kenmerken van de +55-jarige cliënt

71% van deze 'bejaarde' cliënten in De Sleutel zijn mannen, 29% zijn vrouwen. Het gaat vooral om 'jonge bejaarden' want 74% van deze 55-plussers is jonger dan 60 jaar. Nog eens 17% is tussen 60 en 65 jaar oud, en slechts 9% betreft 65-plussers.

Het voornaamste product waarvoor men zich aanmeldt, is alcohol (36%) (3). Ruim 1 op 4 (27%) van de 55-plussers meldt zich aan met een hulpvraag voor een illegaal middel waaronder 12% cannabis en 7% cocaïne. Bij een opvallend grote groep van 'oudere' cliënten (37%) blijkt bij aanmelding geen voornaamste product van toepassing. Het gaat veelal om personen die clean zijn en een hulpvraag stellen die betrekking heeft op terugvalpreventie of nazorg. Dit illustreert het chronische karakter van de verslavingsproblematiek: veelal is er geen volledig herstel en blijft men levenslang kwetsbaar.



Tot slot

Hoewel de huidige cliëntregistratie een beperkt beeld geeft van het aantal 'ouderen' dat voor middelenmisbruik of –afhankelijkheid behandeld wordt in De Sleutel, is de totale omvang van de problematiek wellicht groter. Het toenemend middelengebruik bij 55-plussers laat dit alvast vermoeden. Vast staat dat deze doelgroep slechts met mondjesmaat de weg vindt naar De Sleutel. Ook de verslavingszorg in het algemeen bereikt weinig 55-plussers, gezien ze slechts 0,5% van het cliënteel uitmaken dat in behandeling komt in Vlaanderen (TDI, 2011).

(1) Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (afdeling Epidemiologie) voert sinds 1997 vierjaarlijks een Nationale Gezondheidsenquête uit bij personen van 15 jaar en ouder.
Bron: Charafeddine R., Demarest S., Drieskens S., et al. Health Interview Survey, Belgium 1997-2001-2004-2008, Brussel: WIV. Health Interview Survey Interactive Analysis: http://www.wiv-isp.be/epidemio/hisia).
(2) Dit is gebaseerd op het CAGE-instrument. De CAGE is een snelle screeningstest voor alcoholmisbruik of –afhankelijkheid.
(3) De Sleutel mag echter – net zoals andere RIZIV-geconventioneerde centra in Vlaanderen - geen personen ten laste nemen waarbij het voornaamste middel alcohol is.

Het gat in de haag

In oktober stelt De Sleutel 'Het gat in de haag' voor aan de pers en het onderwijspubliek. Kleuterleerkrachten zullen vanaf dan gebruik kunnen maken van een nieuwe methodiek voor het aanleren en het trainen van sociale vaardigheden bij hun kleuters. De hoofdrol in onze verhaaltjes is weggelegd voor allerhande groenten, die elk sterk zijn in een bepaalde intelligentie. Er zijn immers meerdere wijzen waarop iemand knap kan zijn (= meervoudige intelligentie).

Aan de hand van enkele prachtige tekeningen stellen we onze nieuwe uitgave graag aan u voor.

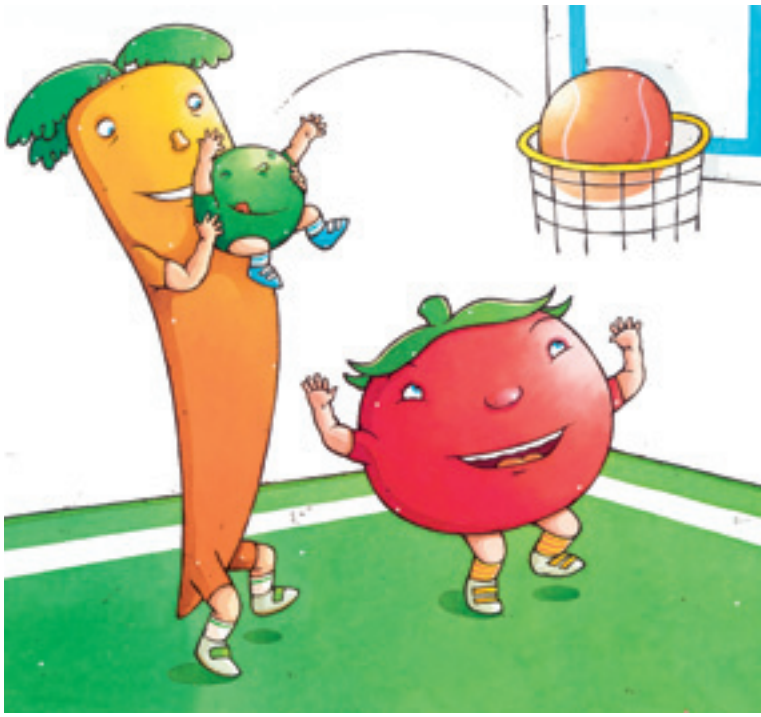
Wat hebben deze groenten met drugs en drugpreventie te maken?

Zij spelen mee in 30 verhaaltjes die zich afspelen in een betoverde groentetuin. Deze verhalen zijn de insteek voor vele activiteiten waarin de leerkracht sociale vaardigheden oefent met haar of zijn kleuters.

Johan Van de Walle

Voor elk kleuterjaar schreef Freya Van den Bossche tien boeiende verhalen. Lucas Sauviller maakte bij elk verhaal drie kleurrijke en prikkelende kijkplaten. De kleuterjuf neemt het grote vertelboek op haar schoot. De kleuters zitten in een kring rond de juf. De magie van het vertellen kan beginnen. Tijdens het verhaal toont de juf de drie kijkplaten.

Waarom sociale vaardigheden?



Het beschikken over goed ontwikkelde sociale vaardigheden is een belangrijke beschermende factor voor onze gezondheid. Niet alleen de fysische gezondheid is er mee gebaat maar het komt ook de geestelijke gezondheid ten goede. Heel wat programma's voor het aanleren van sociale vaardigheden werden onderzocht. Wetenschappers zagen dat de jongeren die aan deze programma's deelnamen onder andere minder risico hadden op drugmisbruik, grensoverschrijdend gedrag en emotionele stoornissen (1,2). Het verbeteren van de sociale vaardigheden van jongeren heeft zelfs een positieve invloed op hun academische prestaties (1).

(1) Skills for health, skills-based health education including life skills: an important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School, WHO, 2003
(2) Effectiviteitsreview Geestelijke Gezondheidsbevordering (De Roover, 2011)

Over welke vaardigheden gaat het in deze methodiek?

De Wereld Gezondheidsorganisatie deelt de sociale vaardigheden in drie categorieën in: persoonlijke vaardigheden, interpersoonlijke vaardigheden en cognitieve vaardigheden. Persoonlijke vaardigheden zijn deze die je nodig hebt voor het ontwikkelen van persoonlijke capaciteiten en zelfmanagement. Denk aan omgaan met stress, omgaan met gevoelens en het vormen van een positief zelfbeeld. De interpersoonlijke vaardigheden zijn deze die je nodig hebt om met andere mensen om te gaan. Voorbeelden hier zijn: effectieve communicatie, assertiviteit, empathie, relaties opbouwen, samenwerken, onderhandelen. Ten slotte cognitieve vaardigheden zijn deze vaardigheden die we inzetten als we informatie verzamelen en analyseren. Voorbeelden hiervan zijn: problemen oplossen, beslissingen nemen, kritisch denken, creatief denken.

Is het alleen maar kijken en luisteren?

Kijken en luisteren is zeker niet voldoende om sociale vaardigheden aan te leren. Na elk verhaal bieden we de leerkrachten zo'n tiental activiteiten aan. Dit zijn actieve werkvormen: verwerkingsvragen, kringgesprekken, rollenspellen, werken in kleine groepjes, educatieve spelletjes en coöperatieve werkvormen.

Wat bedoelen jullie met de meervoudige intelligentie?

We namen de theorie van meervoudige intelligentie op in dit materiaal omdat ze het trainen van sociale vaardigheden ondersteunt (1). Deze theorie stelt immers ook dat mensen hun inter- en intrapersoonlijke intelligentie kunnen oefenen, net zoals ze kunnen leren rekenen en lezen (mathematische en linguïstische intelligentie). Meervoudige intelligentie stimuleert je als leerkracht ook om op verschillende manieren, matchend en stretchend, de sociale vaardigheden in te oefenen.

Alle info over deze methodiek, de trainingen en het materiaal vindt u op www.hetgatindehaag.be

Remediatie of behandeling werkt!

© www.flouartistiek.be

Een verslaving overwinnen is veel meer dan alleen maar stoppen met iets te doen dat ongewenst is.

Verslaving is een complexe aandoening. Eens de motivatie aanwezig om het kernprobleem van verslaving aan te pakken, rijst al snel de vraag van het hoe. Welke remedies kunnen we toepassen? In hoeverre is genezing trouwens mogelijk? In deze bijdrage over remediatie (de tweede R in onze reeks) lichten we toe hoe we onze cliënten echt leren loskomen van hun druggebruik. Welke inspanningen er m.a.w. kunnen gedaan worden om los te komen van de chronische en complexe problematiek van het verslaafd zijn.

In een vorig nummer van dit magazine hadden we het over remoralisatie, hoop krijgen en geloven hebben dat je kan loskomen van je verslaving. Eens de zin er is om het kernprobleem aan te pakken, rijst inderdaad de vraag van het hoe. In hoeverre is genezing mogelijk?

Remediatie is het woord dat weergeeft welke inspanningen er kunnen gedaan worden om los te komen van de chronische en complexe problematiek van het verslaafd zijn. We hebben het hier over loskomen van het actuele druggebruik. Maar het gaat ook over het verminderen van het lijden dat door het chronische symptoom veroorzaakt wordt. En dit zowel op fysiek gebied als op psychologisch terrein. Loskomen van de context die de verslaving in stand houdt, hoort hier ook bij.

1. Voor wie?

In de verslavingszorg hanteren we het transtheoretische model over veranderingsprocessen van Prochaska en DiClemente. Dit model onderscheidt verschillende fasen in het veranderingsproces dat een individu doormaakt: van ontkenning van het probleem, over nadenken omtrent de aard van het probleem tot een beslissing en actie om al dan niet te veranderen en de uiteindelijk bereikte resultaten te consolideren. Belangrijk voor een geslaagde remediatie is dat de persoon moet durven, willen, kunnen praten over zijn gebruik en dat er een minimale mate van acceptatie is van de problematische kanten van het druggebruik. Met andere woorden: de persoon bevindt zich minstens in de beschouwingsfase van het model van Prochaska en DiClemente.

2. Welke interventies?

Om de inspanningen om te herstellen in dit korte bestek te bespreken volgen we het biopsychosociale model. Dit model laat toe om de complexiteit van een verslaving te vatten, het houdt rekening met de interactie tussen lichamelijke, psychologische en sociale aspecten maar erkent ook specifieke doelstellingen op één van deze 3 dimensies.

2.1. Globale interventies: beeldvorming en motiverend werken

Een eerste belangrijk aspect van de remediatie is zicht krijgen op de globale, actuele situatie. Beeldvorming is niet alleen noodzakelijk voor de hulpverlener die zijn cliënt wil begrijpen, ook voor de cliënt kan het helpen om te weten waar hij staat, wat zijn mogelijkheden zijn en wat zijn beperktheden betekenen. Een afname van de EuropASI laat toe om in een relatief kort tijdsbestek een globaal beeld te krijgen op lichamelijk gebied, op gebied van opleiding, tewerkstelling en financiële situatie, op gebied van alcohol-, medicatie- en druggebruik, op juridisch gebied, op gebied van vrije tijd en familiale relaties en ten slotte op psychisch gebied. Dit beeld kan dan teruggekoppeld worden. Uiteraard zijn er op gebied van beeldvorming nog vele andere diagnostische en assessment procedures mogelijk. Het juiste begrip van de actuele situatie zal leiden tot een beslissing over wat er verder al dan niet kan gedaan worden en op welke plek.

Dit betekent niet dat elke druggebruiker klaar is om rationeel te beslissen. Integendeel, motiverend werken is misschien wel één van de belangrijkste standaarden in de behandeling van verslaving. Motiverende gespreksvoering heeft als doel dat de

Robrecht Keymeulen

verslaafde zichzelf weer de moeite waard gaat vinden, dat hij accepteert dat zijn verslaving problematische kantjes heeft en dat hij zich engageert om verantwoordelijkheid te nemen over zijn leven. Dikwijls speelt druk uit de omgeving hier een rol, zeker in het begin van een therapie. Motiverend werken houdt echter ook in dat de hulpverlener iemand helpt bij het kiezen van wat hij of zij zelf echt belangrijk vindt.

2.2. Biopsychosociale interventies met focus op fysieke aspecten

Sommige drugs hebben een hoog verslavend potentieel. Dat betekent onder andere dat er ontwenningsverschijnselen gaan optreden wanneer iemand stopt met deze drugs te gebruiken. Soms kan dit mild zijn, maar bij sommige producten kan dit ook zeer gevaarlijk zijn. Detoxificatie verloopt in ernstige gevallen via een opname, in andere gevallen kan dit ambulant. De detoxificatieprocedures zijn tegenwoordig volledig veilig. Hoe zij verlopen hangt af van product tot product en van persoon tot persoon. Naast de ontwenning in de strikte betekenis van het woord, zal de arts ook alle andere complicaties behandelen die samenhingen met het druggebruik. Het doel is dat de persoon na enkele weken lichamelijk gestabiliseerd is. Deze stabiliteit verwerven omvat naast de detoxificatie van middelen ook het installeren van een dagstructuur en het bereiken van een dag/nacht ritme naast psychische rust. Wanneer deze stabiliteit op voldoende wijze verworven werd, is de drugverslaafde in staat om een keuze te maken omtrent de volgende stappen in zijn behandeltraject.

Bij iemand die minstens 1 jaar verslaafd is aan opiaten en minstens 18 jaar oud is, kan er vervangende medicatie voorgeschreven worden. Men noem dit substitutietherapie. In De Sleutel gebeurt dit altijd multidisciplinair. Het illegale product wordt vervangen door een veilige medicatie. Na de opstart met buprenorfine of methadon volgt er een geleidelijke opbouw tot de therapeutische dosis bereikt wordt, waarbij lichamelijke en psychische ontwenning verdwenen zijn of op zijn minst beheersbaar worden en het bijgebruik van andere opiaten wordt stopgezet of duidelijk verminderd wordt. Door de regelmatige contacten die arts en andere behandelaars hebben bij het voorschrijven en verstrekken van het vervangend middel schept de substitutie bovendien een kans tot het creëren van een therapeutische band tussen behandelaars en verslaafde.

2.2 Biopsychosociale interventies met focus op levensstijl en psychologische aspecten van verslaving

De Sleutel heeft expertise opgebouwd in het gelijktijdig hanteren van een therapeutische aanpak met een structurerende en pedagogische aanpak. De structurerende aanpak heeft als primair doel het waarborgen van de veiligheid tijdens de behandeling. In die zin is dit een voorwaarde om te kunnen behandelen. De pedagogische aanpak richt zich tot vergelijkbare eigenschappen, zoals regels afspreken en deze opvolgen, maar heeft ook doelen op zich. Als gevolg van de start van druggebruik op jonge leeftijd is het opvoedingsproces van de latere chronisch verslaafde niet verlopen zoals het gewenst wordt in onze maatschappij. De achterstand zal ook niet vanzelf ingehaald worden. Er zijn specifieke interventies noodzakelijk om de achterstand in het ontwikkelingsproces in te halen.

Drugs worden nooit zomaar gebruikt. Het zijn krachtige stoffen die bepaalde gewenste psychische of lichamelijke toestanden uitlokken of juist dempen. Tijdens de ontwikkeling van een verslaving leert een persoon welke gewenste effecten hij bij voorkeur nastreeft. Wat niet wil niet zeggen dat er nooit ongewenste en onaangename effecten kunnen zijn. Er zijn ook bepaalde signalen die de goesting om drugs te gebruiken activeren. In elk geval komt er tijdens de evolutie van een verslaving een punt waarbij drugs gebruiken als het ware een automa-

tisch en continu proces geworden is. Ons Nederlandse woord 'ver-slaving' illustreert dit perfect.

Om dit proces terug bewuster te laten worden en daardoor beheersbaarder, is het in ambulante contexten mogelijk om iemand te vragen om zijn actueel druggebruik te registreren. Dit is in feite een dagboekopdracht. Er zijn vele varianten mogelijk, maar we trachten toch minstens zicht te krijgen op 3 elementen. Het eerste is het reële gebruik (wat, eventueel hoeveelheid en gebruikswijze) en het tijdstip waarop gebruikt wordt. Deze registratie laat ook toe om middelen op het spoor te komen die de persoon in een gesprek niet spontaan vermeldt, bv omdat hij denkt dat ze niet belangrijk zijn. Vervolgens gaan we vragen om de situatie te beschrijven waarin er gebruikt wordt. Zo komen we "cues" op het spoor die aanzetten tot gebruik. We gaan tenslotte vragen welke effecten de persoon ondervond tijdens en onmiddellijk na het gebruik. Zo komen we de bekrachtigers op het spoor. De bespreking van deze 3 elementen noemen we het maken van een functionele analyse. Eens we weten wat de uitlokkende factoren zijn, gaan we aanleren hoe hiermee kan omgegaan worden. Het kan gaan om situationele factoren, maar ook om gedachten, emoties en zintuigelijke ervaringen. De analyse van de bekrachtigers leert ook heel wat. Zijn er andere, constructievere gedragingen aan te leren die tot dezelfde of vergelijkbare beloning leiden?

We gaan tevens terugvalpreventie toepassen. Eens er doelen bereikt zijn, moet het nieuw verworven alternatief immers geconsolideerd worden. Dit nieuwe gedrag is nog broos en moet nog geruime tijd concurreren met het verslavingsgedrag. Terugvalpreventie is een geheel van interventies en technieken die er toe bijdragen dat de bereikte doelstellingen behouden blijven. Met terugvalpreventie blikken we naar de toekomst, het is preventie omdat we willen bekomen dat de verslaving die nu niet meer actueel is, ook in de toekomst niet opnieuw zal opduiken.

2.3. Biopsychosociale interventies met focus op omgeving

Een verslaving overwinnen is veel meer dan alleen maar stoppen met iets te doen dat ongewenst is. Door niet langer te gebruiken ontstaat er een leegte. Daarom moet er een alternatieve levensstijl komen in de plaats van de alcohol- of drugverslaving. Dit doen we aan de hand van de Community Reinforcement Appoach (CRA).Via deze aanpak ontwikkelt men een levensstijl die op zichzelf bevredigend is en geïntegreerd kan worden in de maatschappij waarin een persoon leeft. Een levensstijl die meer belonend is dan drugs gebruiken. CRA is een toepassing van het operant paradigma van de leertheorie: gedrag is te beïnvloeden via zijn consequenties of bekrachtigers. Druggebruik moet dus verminderen wanneer het meer gerelateerd wordt aan negatieve consequenties en wanneer er een bevredigend alternatief voor druggebruik kan gevonden worden. Deze alternatieven zoeken we in de sociale, relationele en maatschappelijke omgeving van de cliënt.

CRA tracht de cliënt te helpen om een drugvrije levensstijl te bereiken door de sociale levensstijl te beïnvloeden. We trachten de sociale omgeving van de cliënt zodanig te herorganiseren zodat deze uiteindelijk gekenmerkt wordt door belonende elementen. Hierdoor geeft deze nieuwe levensstijl voldoening en wordt hij een concurrent voor de voordelen die druggebruik met zich meebracht. Het doel is dus dat het sociale netwerk, de tewerkstelling, de familiale relaties en de vrije tijd voldoende bekrachtigende elementen gaan inhouden zodat een cleane levensstijl intrinsiek motiverend wordt.

CRA betrekt de context waarin iemand leeft wel in zijn veranderingsproces, maar werkt niet noodzakelijk rechtstreeks met de context. Contextwerking kan nochtans wenselijk zijn tijdens de verschillende stappen van een hulpverleningstraject. Tijdens de oriëntatiefase kunnen we de context in beeld brengen: wie is belangrijk, kunnen ze bij de interventie betrokken worden en hoe? Gezinstherapiestart op vraag van een gezinssysteem dat een probleembesef heeft. Gezinsbegeleiding gebeurt wanneer de behandeling een eerder verplichtend karakter heeft, bv bij aanmelding vanuit justitie.

3. Ter afronding

De hier besproken interventies, zijn evidence based praktijken bedoeld om een persoon los te laten komen van zijn actueel druggebruik. Ook situaties op andere levensterreinen, rechtstreeks verbonden met het druggebruik, worden hierbij betrokken. Tot waar is dit loskomen mogelijk? Het chronische aspect van verslaving impliceert immers dat we blijvend aandacht moeten hebben voor kwetsbaarheid! We trachten de verslaving zodanig te beïnvloeden dat deze niet meer interfereert met het functioneren op andere levensterreinen. Soms lukt dit, soms niet. In deze laatste situatie volgen er nog rehabiliterende interventies. Deze interventies (met focus op het herstel van de levensgebieden die door de verslaving aangetast zijn) worden besproken in een volgend nummer.

Nazorg in de kijker

De Sleutel werkt samen met Zagan: een voorbeeld van integratie van psychiatrie en verslavingszorg

Nazorg is een vast onderdeel van elke begeleiding binnen onze drughulpverlening. Elkeen die een behandeling binnen De Sleutel positief afsluit, krijgt tijdens die eerste stappen op eigen benen verdere ondersteuning zodat hij/zij neen kan blijven zeggen tegen drugs. Die behoefte aan nazorg komt nog sterker naar voren bij cliënten die een lange tijd in opname zijn geweest. Eenmaal de structuur en het veilige groeps-programma wegvalt, moet extra ingezet worden om herval te voorkomen. Dit is nog meer het geval bij cliënten die het langdurig therapeutisch programma voor dubbeldiagnose (1) afronden. In samenwerking met Zagan Beschut Wonen voorzien we voor hen een "tussenhuis", als springplank naar de echte re-integratie.

Joris: 'De samenwerking met De Sleutel is zeer boeiend en een meerwaarde, vooral omdat ze het resultaat is van de integratie van 2 soorten hulpverlening'

Joris Bultynck is intussen 12 jaar als woonbegeleider aan de slag bij Zagan (2). Een gesprek.

"In ons tussenhuis laten we de bewoners alles zoveel mogelijk zelf doen. In het begin schrikken ze dan wel even. Eigenlijk bouwen we langzaam de structuur van de therapeutische gemeenschap af. Bewoners staan bij ons zelf in voor alle praktische zaken, bv koken en boodschappen doen,... Als iemand met iets zit, proberen we hen eerst zelf oplossingen te laten zoeken. Een begeleider zorgt voor ondersteuning en gedraagt zich als een coach. Tijdens weekends en 's avonds staan de cliënten er alleen voor. Ze kunnen wel een beroep doen op onze 24u permanentie.",
zo vertelt Joris Bultynck.

Samen sterker

Joris: Zagan beschikt in het Gentse over een 90-tal plaatsen in beschut wonen en een eigen arbeidscentrum 'De Compagnie'. We richten ons tot volwassen mensen met een gestabiliseerde psychiatrische stoornis. Onze doelgroep is verder heel divers: mensen met een psychotische stoornis, met een persoonlijkheidsstoornis, depressie, een licht mentale handicap, dus ook een soort dubbel diagnose... We hebben ook een doorgangshuis, een huis specifiek voor alcoholverslaafde mensen, ...

Hoe is de samenwerking met De Sleutel tot stand gekomen?

Joris: Eerder toevallig, zo'n 8 jaar geleden. Het eerste tussenhuis gekoppeld aan jullie Therapeutische Gemeenschap voor Dubbel Diagnose te Gent (TGG) kon niet blijven bestaan, o.a. wegens financiële redenen. Toen vanuit De Sleutel de vraag kwam om 1 van onze huizen blijvend als tussenhuis voor TGG te laten functioneren, hebben we meteen ja gezegd. Bewoners die het TG programma afrondden, kunnen niet zomaar doorstromen naar zelfstandig wonen. Zo ontstond dit traject binnen het regulier beschut wonen. We hebben vrij snel inspanningen gedaan om de neuzen in dezelfde richting te krijgen en om de eerste expertise naar jullie doelgroep op te bouwen. Met succes: we slaagden erin om die eerste bewoners goed te laten re-integreren in de samenleving. De beginjaren waren niet altijd eenvoudig.
Zagan is gegroeid uit de psychiatrie en had weinig affiniteit met de wijze van werken van een TG. We moes-

Paul De Neve

ten jullie programma leren kennen, dat specifieke jargon onder de knie krijgen,... Uiteindelijk heeft het toch een vijftal jaar geduurd vooraleer we 100% op elkaar afgestemd waren. Het werd een soort kruisbestuiving. TGG is zeer onderlegd in verslavingszorg en wij in psychiatrische stoornissen, rehabilitatie, in activering. Op die manier konden we veel van elkaar leren. We opteerden voor het nazorgkader zoals het gebruikt werd binnen De Sleutel, maar pasten het aan op basis van onze klinische ervaring zodat het beter paste bij het doelpubliek met een psychiatrische problematiek. We slaagden erin om de knowhow van TGG (met focus op verslaving, clean leven, lifestyle, peerwerking, ..) te verzoenen met deze van de psychiatrische hulp (psychoeducatie, medicatie, ...).
Het resultaat was een integratie.

Welke consequenties had onze specifieke doelgroep van ex-verslaafden voor jullie werking?

Joris: Binnen Zagan wordt er in principe geen behandeling gegeven. Het tussenhuis voor jullie doelgroep is daar nu een uitzondering op. Nadat we jullie TGG-werking ten gronde leerden kennen, met die structuur, die therapiegroepen, beslisten we om dit ook voor een deel binnen onze tussenhuiswerking te incorporeren. Dat is uniek, gezien we normaal focussen op rehabilitatie, herstel en resocialisatie. Maar die aandacht voor behandeling is logisch, gezien we instaan voor de nazorg van jullie oud-bewoners.
Langs de andere kant werken we bij Zagan, naast de mensen met een verslaving, natuurlijk vooral met mensen met een psychiatrische problematiek. We zijn daardoor ook veel alerter voor die zaken. We zien veel analoge situaties in onze andere huizen die we in ons tussenhuis kunnen toepassen.
Je mag bijvoorbeeld je verwachtingen naar rehabilitatie bij mensen met een dubbeldiagnose niet te hoog leggen. Daar hebben we een serieuze bocht gemaakt. In het begin gingen we voor totale genezing, totale re-integratie,... Maar een probleem los je bij iemand met een zware persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie, niet zo maar op. Dat probleem zal daar altijd blijven. Het blijft ook een factor die iemand drijft tot gebruik. Uit die ervaring hebben we geleerd. Door doelen anders te formuleren, door sneller tevreden te zijn bespaar je de bewoner een faalervaring.

Kan je ons gezamenlijk tussenhuis situeren t.o.v. jullie andere 'huizen' van beschut wonen?

Joris: In dat gemeenschapshuis zijn er 5 plaatsen waar bewoners maximaal 1 jaar verblijven. Het programma is volledig uitgeschreven en is een werkmiddel om hen via haalbare doelen te activeren naar vrije tijd, sociale contacten, werk, wonen.... We passen dat aan in functie van de mogelijkheden van de cliënt. In eerste fase houden we nog een stuk de structuur van TGG aan. De tweede fase is echt bedoeld om te werken naar hun leven na het tussenhuis. Voor velen blijft werken in de sociale economie en beschut wonen het maximum haalbare. Anderen vinden in het reguliere hun plek.
Het grote verschil is verder dat de mensen in onze andere huizen uit allerhande verschillende soorten settings afkomstig zijn. Ze kennen elkaar dus niet, hebben met een andere problematiek af te rekenen, hebben geen zicht op elkaars diagnose. Bij jullie kennen ze elkaar al lang, kan je zaken vlotter bespreekbaar maken,... Dat betekent dat je daar met een totaal andere dynamiek zit. Mensen kunnen elkaar veel beter ondersteunen via de peerwerking. Binnen het reguliere beschut wonen kennen we dat veel minder.
Anderzijds kampen veel mensen met dubbeldiagnose met een sociale fobie. Eenmaal de structuur van die TG wegvalt, moeten we vaak bijsturen door de lat minder hoog te leggen, bv rond vrijwilligerswerk of engagement in een vereniging. Dat proberen we dan opnieuw langzaam te laten groeien op tempo van de cliënt. We zien dat veel minder in onze andere tussenhuizen.

Is de samenwerking een meerwaarde?

Joris: Zeker, vooral omdat ze het resultaat was van die integratie. Achteraf bekeken was dat één van de boeiendste dingen die ik hier in mijn carrière binnen Zagan heb mogen doen. Ook al heeft het in het begin soms gebotst. We vonden dat jullie de bewoners wat aan het overbevragen waren, jullie vonden dat wij te laks optraden... Maar door naar elkaar te luisteren, door in elkaars werking te gaan meedraaien, door te profiteren van elkaars kennis, heeft dit ons uiteindelijk dichter bij elkaar gebracht. Ook TGG heeft dankzij onze feedback een deel van haar programma aangepast
De samenwerking gaat ook ver. Jullie klinisch coördinator blijft onze vergadering bijwonen en jullie familiewerkster komt hier in huis om de 14 dagen. Verder er is een maandelijks overleg met jullie sociale werkplaats en hebben we een hechte samenwerking met jullie dagcentrum. Dat is heel belangrijk. Mensen blijven die gesprekken na hun verblijf hier dikwijls aanhouden. Mocht het later minder goed gaan, dan blijkt dit het eerste handvat dat ze vastgrijpen.
Kenmerkend voor onze samenwerking is ook de keuze voor overlapping. Iemand die bijna het TGG-programma afgewerkt heeft, zal daar in de

laatste fase al met ons hebben kennisgemaakt, zal daar al weten hoe het in de sociale werkplaats draait en bij wie hij in het dagcentrum terecht kan. Dat is dus al geïnstalleerd. Dat is voor deze mensen een grote meerwaarde.

Jullie zijn qua instroom voor die 5 plaatsen afhankelijk van onze werking...

Joris: Klopt. We zijn de achterdeur van TGG en die afhankelijkheid van jullie bezetting is niet altijd eenvoudig. Bij onze andere huizen, ligt dat anders. Soms kennen we hier iemand met een herval, en kunnen we die vrijgekomen plaats niet meteen invullen omdat er niemand anders klaar is. Dat zorgt dan wel wat voor financiële stress. We zijn wel overeengekomen dat beide instellingen eventuele financiële verliezen delen. Het is ook zo dat we voor jullie doelgroep eigenlijk verhuisd zijn naar een iets betere buurt, weg van het drugsmilieu, met wat meer groen, meer licht, omdat dit voor jullie cliënten gewoon beter is. De huurkost ligt daar hoger.

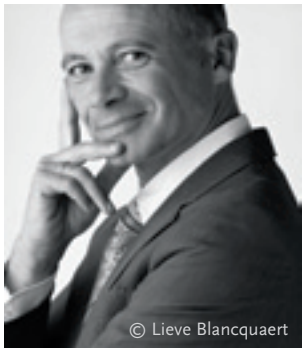
Hoe ziet u de toekomst?

Joris: We zijn reeds serieus gegroeid. Dit werk is zeker zinvol, toch plannen we geen uitbreiding. We waken erover dat niet meer dan 10% van de Zagan-populatie uit TGG komt. Naar bezetting toe bekijken we wel bijkomende partnerships. Ook in andere instellingen wordt met dit specifieke doelpubliek gewerkt. We hebben trouwens al cliënten opgevangen uit jullie TG Merelbeke voor iemand met een licht psychiatrische problematiek en nood aan meer begeleiding en omgekeerd werd tevens iemand met weinig dubbeldiagnose verwezen naar jullie tussenhuis in Merelbeke. Onze uitdaging blijft: wat bieden we en hoe kunnen we dat nog verbeteren. Hiervoor zitten we inhoudelijk regelmatig samen, ook met de stuurgroep. Telkens een bewoner gradueert (zijn programma afwerkt) organiseren we een uitgebreide evaluatie. Zo leerden we uit feedbackgesprekken dat we onze zelfhulpgroepsmomenten best wat inperkten. Vaak omdat de bewoners er gaandeweg vooral sociaal wenselijke zaken naar voor brachten (3).

(1) Personen die bovenop hun verslaving kampen met een psychiatrisch probleem (= dubbele diagnose)
(2) Beschut Wonen v.z.w. Zagan biedt in het Gentse een specifieke woonomgeving voor psychisch kwetsbare personen evenals ondersteuning bij het opbouwen van een kwaliteitsvolle dagbesteding
(3) Lees op www.desleutel.be meer over de doelgroep (ook naar vaardigheden) en werkwijze van Zagan.

20 jaar Dagcentrum Brugge

Professor Adriaenssens over "Hechtingsproblemen bij jongeren: over aanwinsten met betekenis voor de verslavingszorg"


© Lieve Blancquaert

Op woensdag 16 oktober organiseert De Sleutel in Brugge een academische zitting ter gelegenheid van het 20-jarig bestaan van dagcentrum De Sleutel Brugge met als gastspreker **Prof. Peter Adriaenssens**, kinder- en jeugdpsychiater UZ Leuven en Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Vlaams-Brabant.
De academische zitting op woensdag 16 oktober (van 10u tot 13u) vindt plaats in de aula van de Katholieke Hogeschool Brugge-Oostende (KHBO, Campus Brugge).

Programma

- Verwelkoming en situering 20j Dagcentrum Brugge
- Toespraak van Dirk De fauw, voormalig gedeputeerde van Welzijn, Provincie West-Vlaanderen, huidig schepen van welzijn en OCMW-voorzitter, Stad Brugge
- Toespraak Van Myriam Vanlerberghe, gedeputeerde van Welzijn, Provincie West-Vlaanderen
- Historiek door Linda Doom, afscheidnemend afdelingshoofd
- Heden en toekomst door Wim Vens, nieuw afdelingshoofd
- Gastspreker Prof. Peter Adriaenssens: Hechtingsproblemen bij jongeren: over aanwinsten met betekenis voor de verslavingszorg
- Afronding door Damien Versele, algemeen directeur
- Receptie

Meer info: www.desleutel.be

Bezorg ons uw mail adres

Via dit De Sleutelmagazine wil De Sleutel u informeren over de werking van ons netwerk en regelmatig een stand van zaken brengen van onze diverse projecten. We willen hiermee ook aangeven hoe uw giften besteed worden.
Het drukken van dit magazine wordt ons gratis aangeboden door drukkerij Die Keure, dit uit sympathie voor de vele donateurs. Per zending betalen we echter nog steeds € 0,21. Help ons ook hier te besparen door ons uw e-mailadres te bezorgen, zodat we u dit magazine voortaan digitaal kunnen toesturen. Met dank om uw gegevens te willen doorgeven (onze databank wordt beheerd overeenkomstig de privacywetgeving). U kan u later op elk moment weer probleemloos uitschrijven.

***Vul onderstaand formulier** in en help ons onze kosten te drukken en daardoor nog beter uw gift te investeren in onze werking.*

Ik wens het De Sleutelmagazine voortaan digitaal te ontvangen:

Naam _____

Voornaam _____

Adres (waar u dit magazine ontvangen heeft) _____

_____

Straat _____ nr _____

Postcode _____

Gemeente _____

E-mail _____

Overmaken naar De Sleutel - Dienst Externe Relaties
Jozef Guislainstraat 43a - 9000 GENT - fax 09 272 86 11 - de.sleutel.info@fracarita.org

Directie & centrale diensten
Jozef Guislainstraat 43a
9000 Gent
T 09 210 87 10
F 09 272 86 11
E de.sleutel.info@fracarita.org

Dagcentrum Antwerpen (DCA)
Dambruggestraat 78-80
2060 Antwerpen
T 03 233 99 14
F 03 225 10 24
E dca.info@fracarita.org

Dagcentrum Brugge (DCBG)
Barrièrestraat 4
8200 Brugge
T 050 40 77 70
F 050 40 77 79
E dcbg.info@fracarita.org

Dagcentrum Mechelen (DCM)
F. De Merodestraat 20
2800 Mechelen
T 015 20 09 64
F 015 20 09 65
E dcm.info@fracarita.org

Dagcentrum Gent (DCG)
Stropkaai 38
9000 Gent
T 09 234 38 33
F 09 223 34 55
E dcg.info@fracarita.org

Crisisinterventiecentrum (CIC)
Botestraat 102
9032 Wondelgem
T 09 231 54 45
F 09 231 67 15
E cic.info@fracarita.org

Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (TGM)
Hundelgemsesteenweg 1
9820 Merelbeke
T 09 253 44 40
F 09 253 44 35
E tgm.info@fracarita.org

Therapeutische Gemeenschap Gent (TGG)
Jozef Guislainstraat 43a
9000 Gent
T 09 342 88 01
F 09 342 87 95
E tgg.info@fracarita.org

Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma
Zuidmoerstraat 165
9900 Eeklo
T 09 377 25 26
F 09 377 78 64
E rkj.info@fracarita.org

Preventiedienst
Jozef Guislainstraat 43a
9000 Gent
T 09 231 57 48
F 09 272 86 11
E de.sleutel.preventie@fracarita.org

VZW Sociale Werkplaatsen De Sleutel Gent
Mahatma Gandhistraat 2a
9000 Gent
T 09 232 58 08
F 09 232 58 18
E socwpg.info@fracarita.org

VZW Sociale Werkplaatsen De Sleutel Antwerpen
Van Trierstraat 28a
2018 Antwerpen
T 03 259 08 90
F 03 259 08 91
E socwpa.info@fracarita.org

De Sleutel is een onderdeel van
vzw Provincialaat der Broeders van Liefde
Stropstraat 119 – Gent