

[DeSleutel] magazine



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

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

40



[Feestnummer]

www.desleutel.be



Damien Versele,
Algemeen Directeur De Sleutel

In dit nummer

- 02 Een ex-cliënt aan het woord:
"Yes we can"
- 03 Werken in De Sleutel heeft me
toegelaten te reflecteren over
mijn leven
- 06 Shared Decision Making: hoe
breng je dit in de praktijk?
(Prof. de Jong)
- 08 "Werk als hefboom naar herstel"
(Prof. Dom)
- 11 "Baas in eigen brein"
(Prof. Sabbe)
- 14 "Families in tijden van alcohol en
middelen" (Prof. Lemmens)
- 16 Behandeling van verslaving en
comorbiditeit (dr Willems)
- 18 40 jaar netwerk in tijdslijn
- 20/21 Terugblik van binnenuit:
medewerkers aan het woord
In memoriam: Anthony Nevejans
- 22 "Vandaag zijn we echt een
professionele werkplaats
geworden" (Mario Polfliet)
- 23 Wensen aan De Sleutel
"Hoe hebben ze het
volgehouden" (Ron Hermans)

We zetten een punt achter het feestjaar 40 jaar De Sleutel. Het werd een boeiend jaar.

Over de personeelsdag van 5 september berichtten we u in ons vorig nummer. Dit najaar brachten we heel wat mensen in beweging rond 2 evenementen: het colloquium van 24 september en de feestelijke zitting van 14 november.

Voor de keuze van de themata van onze activiteiten lieten we ons inspireren op de therapeutische doelen in ons Strategisch Plan 2014 -2018.

Hierin stellen we o.a. dat het aspect chroniciteit van verslaving meer aandacht moet krijgen. Niet toevallig dus dat we het **colloquium** van 24 september organiseerden rond het Thema "Recovery.... Genezen van verslaving?" met als gerenommeerde sprekers de professoren Cor De Jong en Geert Dom. Vandaag bekijken we verslaving niet als een acute maar veelal als een chronische pathologie. De eerste spreker leverde ons vanuit eigen onderzoek jaren geleden reeds de onderbouw voor de vernieuwde behandelvisie van verslaving (het 4 R-model remoralisatie, remediatie, rehabilitatie en recovery; zie nrs 34-37 van dit magazine). Op het colloquium diepte hij het laatste hippe item 'recovery' verder uit tijdens zijn voordracht "De therapeutische relatie en recovery, Wat doet de professional daar nu meer?". Lees hierover meer in de bijdrage rond *Shared decision making*. Begeleiding van de cliënt in de zoektocht naar werk staat hoog op onze agenda. Terecht zo blijkt. Professor Geert Dom noemt in zijn voordracht werk een hefboom naar herstel. Hij stelt hierover onomwonden: "Het hebben van werk heeft vaak een beter effect dan reguliere psychiatrische en/of verslavingsbehandeling."

We hebben de afgelopen 40 jaar heel wat gerealiseerd, met vallen en opstaan ... maar we willen ook nog veel leren. Niet voor niks kozen we voor de **feestelijke zitting** van 14 november II het thema: Verslavingszorg uitgedaagd! Drie prominente sprekers hebben ons tijdens de zitting ingeleid in de meest recente ontwikkelingen op het vlak van het neurologisch denken, familiewerking en vermaatschappelijking van de zorg. Professor Bernard Sabbe had het in zijn referaat "Baas in eigen brein?" over de vrije wil. Hij nuanceerde de kracht van de vrije wil en wees er tegelijk op dat het bestaan van de vrije wil verantwoordelijkheid schept. Het verplicht ons om keuzes te maken, ook al weten we – uit eigen ervaring – hoe moeilijk het is om mensen van perspectief te doen veranderen. De context (het gezin, de gezinsvervangende instelling ...) is bij verslaving een belangrijk gegeven, in het bijzonder bij jongeren. Daarom betrekken we de omgeving van de jongere actief en consequent bij onze interventies. Professor Gilbert Lemmens onderstreepte in zijn betoog deze keuze en bevestigde dat we via familiewerking moeten blijven proberen om de vicieuze cirkel te doorbreken: gezinsfactoren en middelengebruik beïnvloeden elkaar immers voortdurend op een heel negatieve wijze.

Door de praktijk van de FACT-teams in Nederland in de kijker te zetten, belichten we op de feestelijke zitting tot slot ons strategisch doel rond trajectwerken. De cliënt mag geen obstakels ervaren bij de overgang van de ene zorgmodule naar de andere. Hoe organiseer je dit? Centraal aanmeldingspunt en Vermaatschappelijking van de zorg zijn hierbij sleutelbegrippen. Dr Ingrid Willems illustreerde de Noord-Nederlandse praktijk op overtuigende wijze.

De goede praktijk leeft echter ook binnenshuis. Lees het verhaal van ervaringsdeskundige Henry en ook het tweede deel van onze terugblik van binnenuit..

De Sleutel is er voor de cliënten. Op onze vieringen gaven we deze graag een stem: via een getuigenis op video of door hun werken, gemaakt tijdens de creatieve therapie op onze expo 'Kunst kleurt herstel',... We openen dit nummer dan ook bewust met een verhaal van een ex-cliënt.

“YES WE CAN”, ONDERTUSSEN 21 JAAR CLEAN



Naar aanleiding van 40 jaar De Sleutel brachten verschillende oud-cliënten hun verhaal ter afsluiting van de speciale dag voor het personeel op 5 september te Gent. We geven de cliënt met zo'n verhaal in dit magazine graag het eerste woord.

Beste Sleutelmedewerkers,

Jullie openen al 40 jaar de poort naar een nieuw leven voor vele drugverslaafden! Proficiat en bedankt voor dit knappe werk!

Daarom wil ik mijn respect en bewondering uitdrukken voor alle afdelingen.

Ongeveer vanaf mijn zestien jaar gebruikte ik wiet en/of cannabis. Vanaf mijn achttien kwam er heroïne bij en iets later ook cocaïne. Door dit te gebruiken, geraakte ik natuurlijk van de regen in de drop. Uiteindelijk brachten we de dagen hoofdzakelijk door met stelen en gebruiken. We sliepen in een kraakpand, in een Volkswagen Golf met vier personen of in de kelder van mijn schoonouders van toentertijd.

Tot ik op mijn 20ste werd opgepakt voor de gepleegde diefstallen. De onderzoeksrechter besloot dat ik naar de gevangenis moest. Het besef dat toen doordrong dat ik een aantal dagen later 21 zou worden in de gevangenis, vond ik toch wel triest. Ik verschoot al evenzeer als al mijn kledinglagen uitgingen in de gevangenis en ik zag dat ik mijn ribben kon tellen. Voor mijn 170cm lengte, woog ik slechts 45 kilo.

De derde keer dat ik voor de raadkamer verscheen, kwam het aan bod (dankzij mijn advocaat?) dat ik in afwachting van mijn proces naar De Sleutel zou kunnen gaan. Ik was daar niet meteen heel happig op...

Ik liep na mijn programma een tijdje stage in het dagcentrum. Een heel leerrijke en boeiende periode. Ik kwam er in contact met straathoekwerk en vond het heel knap dat de drugverslaafden die zich waarschijnlijk nooit zouden aanmelden, of de weg niet weten naar hulp, werkelijk op straat benaderd werden. Ze konden in het dagcentrum vrij binnenwandelen en het deed hen precies ook deugd dat zij hun verhaal kwijt konden en methadon kregen. En dan zag ik ook diegenen die op regelmatige basis of dagelijks binnensprongen voor een gesprek, een drugtest of hun methadon. Bij de meesten voelde ik toch ook wel een vorm van dankbaarheid voor de aangeboden hulp en het klankbord waar ze naartoe konden.

Daarnaast ken ik natuurlijk als patiënt de werking van het CIC (Crisisinterventiecentrum). Daar ging ik binnen in 1993. Het was wel wennen dat een koekje nemen van het stafbord, diefstal genoemd werd en dat je daardoor naar het SAS moest. Daar was ik niet echt in mijn SAS. Ik voelde mij meteen goed in het CIC en had goede contacten met de medebewoners. Ik vond de dagelijkse taken en activiteiten ook wel ok. De groepen vond ik best interessant: het ging er rustig aan toe over wat je voelde. Vanuit het CIC waren er meerdere opties: sommigen gingen naar een dagcentrum of een programma van korte duur. Ik had gehoopt dat er voor mij ook zo'n mogelijkheid was; maar aangezien het gerecht al beslist had dat ik naar een langdurig programma moest, was er voor mij geen keuze.

Over mijn tijd in de Therapeutische Gemeenschap kan ik een boek schrijven, maar ik heb begrepen dat dat niet de bedoeling is. Kort samengevat kan ik stellen dat de lichamelijke ontwenning op een paar maanden volledig gebeurd is, de psychische ontwenning zit veel dieper. Wat dat betreft denk ik dat het voor mij het best was, dat het programma zijn tijd geduurd heeft. Ik heb er in de therapie sessies veel verstoep verdriet kunnen verwerken. Het programma was héél zwaar, maar ik ben er dan ook héél sterk uitgekomen. Voor mij persoonlijk hoefde een meditatie rond een uur of 6 's morgens niet...daar had ik echt een hekel aan.

De periode van re-integratie had ik echt wel nodig. Veilig gaan verkennen en experimenteren in de maatschappij, maar je kan ook altijd nog terug naar een veilig nest tot je klaar bent om echt alleen uit het nest te vliegen.

Rond 1996 was ik klaar om het leven terug in eigen handen te pakken. De Sleutel zei: "Ann^(*), je moet in jezelf geloven" en ja hoor: "Yes, we can!". Ondertussen ben ik 21 jaar clean, als je een glaasje alcohol niet meerekent, want dat durf ik wel eens te nuttigen. Laten we stellen dat ik al 21 jaar clean ben, omdat ik nergens meer afhankelijk van ben. En dat dankzij...het knappe werk van De Sleutel!

Ik heb duidelijk leren omgaan met moeilijke situaties zonder naar verdovende middelen te grijpen... Een turbulente breuk met mijn ex, gevecht op de jeugdrechtbank voor het hoederecht, huidige man met zware gezondheidsproblemen, levensbedreigende kanker gehad,... Vele mensen bewonderen mij voor de manier waarop ik met zulke situaties omga. Blijkbaar valt het heel fel op dat ik mij niet druk maak om situaties waar anderen zich wel druk in maken.

Bedankt Sleutelmedewerkers en doe zo voort aub!

(*) Om redenen van privacy gebruiken we een fictieve naam

‘WERKEN IN DE SLEUTEL HEEFT ME TOEGELATEN TE REFLECTEREN OVER MIJN LEVEN.’

Henry Winkel, groepsbegeleider in het ambulante centrum te Gent, blikt aan de vooravond van zijn pensioen terug op een goedgevulde loopbaan in De Sleutel. We spreken af in het Parnassus sociaal-restaurant aan de Oude Houtlei te Gent op een warme, zomerse dag in augustus. Een gesprek met een man met een missie, een kritische, onafhankelijke geest en een groot hart voor zijn cliënten. Over zijn vele jaren in De Sleutel zegt hij : ‘Werken in De Sleutel heeft me toegelaten te reflecteren over mijn leven.’

01-05-1993, dag van de Arbeid. Henry belt aan op het adres van de Hundelgemsesteenweg 1 te Merelbeke voor zijn eerste werkdag als supervisor in TG (1) De Sleutel. Afkomstig van de Nederlandse Antillen, opgeleid en lange jaren werkzaam als leerkracht in Curaçao, is hij zeker niet voorbestemd om te werken als drughulpverlener in een Gentse TG. Zijn rijke levenservaring en een stevig verblijf in de Nederlandse TG Emiliehoeve begin de jaren 90, maken hem echter een geknipte kandidaat om de TG Merelbeke als supervisor te versterken. En het is dringend: de TG telt slechts 3 bewoners na een zware crisis waarbij bewoners en een deel van de staf in opstand kwamen tegen de directie van De Sleutel. Samen met zijn collega's slaagt hij erin om de rust te doen terugkeren. Na een paar maanden is de bewonersgroep weer voltallig. In het voorjaar van 1994 verhuist de TG naar Sint-Martens-Latem, waardoor het crisisinterventiecentrum De Ark de mogelijkheid krijgt om zich in Merelbeke verder te ontplooiën.

De verhuis is meteen de start van een heuse odyssee waarbij de TG gedurende enkele jaren op zoek gaat naar de eigen identiteit. Na Sint-Martens-Latem volgen Knesselare, Oostakker, Eeklo en Wondelgem. Uiteindelijk vindt de TG rond 2000 haar vaste stek in Merelbeke en kan de inhoudelijke professionalisering echt van start gaan. Binnen deze context gaat Henry ook op zoek naar zijn positie: in Sint-Martens-Latem wordt hij adjunct-afdelingshoofd, in Wondelgem schoupt hij het tot afdelingshoofd. Na een intern conflict kiest Henry daarna weer voluit voor werken met de cliënt en combineert hij een tweetal jaar begeleidingswerk in het crisisinterventiecentrum en het dagcentrum te Gent. Uiteindelijk stapt hij in 2005 voltijds over naar het dagcentrum te Gent, waar hij nog steeds aan de slag is als groepsbegeleider. Het is een goed gevulde loopbaan die Henry typeert: mouwen opstropen zonder omkijken en doen wat moet gedaan worden. Niet zonder enige fierheid zegt Henry over deze tijd van pionieren: “Ik heb alle functies vervuld zonder ooit voor de één of andere



Henry Winkel aan de vooravond van een welverdiend pensioen

functie gesolliciteerd te hebben. Ik neem het leven zoals het gaat. Dat zou wel iets van Curaçao kunnen zijn. Maar eigenlijk voel ik mij beter als basiswerker.”

Achter de klaarblijkelijke rust gaat een grote vastberadenheid en veel kordaatheid schuil. Henry kiest steeds de korte weg, zonder omhaal van woorden maar met sprekende ogen en krachtige, afgemeten armgebaren. Als collega sta je best stevig in je schoenen voor een gesprek met Henry. Als cliënt kan je rekenen op een no-nonsense aanpak, een stevig voorbeeld, een vriendelijke schouderklop, een nieuwe kans. Bescheidenheid siert de man. Humor is nooit ver weg.

De vele jaren praktijkervaring hebben zijn visie op de drughulpverlening gevormd. Stoppen met drugs is haalbaar. Veel moeilijker is het om te stoppen met het drugsleventje en te breken met het milieu. Kiezen voor een leven zonder drugs is kiezen voor een gans nieuw leven. Dat is behoorlijk zwaar. En daar speelt de drughulpverlening volgens Henry nog te weinig op in. Cruciaal hierbij is het op punt zetten van het netwerk rond de cliënt, de mantelzorgers.



Hoe sneller de context weer rond de cliënt zit, hoe meer dat zijn integratie ten goede komt. Niet iedereen kan echter terugvallen op een netwerk. Mensen starten de hulpverlening op met verschillende mogelijkheden en beperkingen. Zorg op maat is hierin heel belangrijk. Henry vraagt ook om alert te blijven zodat steeds op maat van de cliënt wordt gewerkt. “We moeten de lat voor elkeen laag genoeg leggen, maar ook weer niet te laag. Op die manier kunnen we maximaal inspelen op de nood of de vraag van de cliënt”.

Henry gelooft sterk in zelfhulpprogramma's voor verslaafden. Hij ziet zichzelf als operator, als hulpverlener die zorgt dat het zelfhulpsysteem draait, dat mensen verantwoordelijkheid opnemen, dat het netwerk zich opnieuw rond de cliënt installeert. Hierbij zweert hij bij 'teaching by example'. “Begeleider zijn, voelt voor mij aan als ‘a walk in the park’”, zo stelt Henry.

Het is er aan te zien dat Henry ervaringsdeskundige is. De zelfreflectie is nooit ver weg. ‘Ik kom uit hetzelfde straatje als zij’. Het werken in de verslavingszorg heeft hem wel geholpen om bewust te blijven van zijn keuze om te leven zonder drugs.

Hij schuwt de kritische kanttekeningen echter niet. Zo stelt Henry zich vragen bij de verwachtingen die residentiele voorzieningen hebben bij opname: een verslaafde die binnen wil, moet gemotiveerd zijn. Niet naar de gevangenis gaan, is geen voldoende motivatie om op te starten. “Als je verslaafd bent en je wil afkicken weet je totaal niet wat het inhoudt om een programma te volgen. Hoe kan je dan gemotiveerd zijn?” Henry vermoedt dat hij in deze omstandigheden, 25 jaar terug, niet aan de bak zou zijn gekomen in de TG. Hij zou wellicht geweigerd worden voor een TG-opname vanwege ‘niet genoeg gemotiveerd’!

Daarnaast valt het hem op dat de verslavingszorg de laatste jaren sterk gemedicaliseerd en gepsychiatriseerd is. Er is bijna geen enkele cliënt meer zonder psychische stoornis. Dat was vroeger niet het geval. Of misschien werd er toen minder op gelet.

Zo legt Henry de vinger op de pijnplekken van de verslavingszorg. Er wordt ontzettend cognitief gewerkt en niet iedereen kan dat aan, bvb. de groep mensen met een verstandelijke beperking of NAH(2),... Daarenboven is het prima om mensen te motiveren tot en te ondersteunen bij een leven zonder drugs. “Maar is voor sommige mensen

een geïntegreerd of gecontroleerd gebruik niet meer aangewezen?”, zo vraagt Henry zich af. De hulpverlening wordt tegenwoordig als een bedrijf gerund: Er zijn bij wijze van spreken meer managers (‘mensen die over de cliënt praten’) dan uitvoerders (‘mensen die met de cliënt werken’); alles wordt in kotjes geduwd (‘er zijn werkgroepen voor dit en voor dat’). Elk werkt vanuit de eigen achtergrond (psychologisch, medisch, bedrijfsmatig, als allochtoon, als ervaringsdeskundige... Maar het geheel is meer dan de som van de delen. We moeten de essentie voor ogen houden, t.t.z. het respect in de omgang met de cliënt.

Zelf kan Henry zich nog altijd ‘on the job’ opladen door elke dag met mensen te werken, te zien dat mensen vooruitgaan, de uitdaging aangaan om een nieuw leven op te bouwen. Henry prijst zich gelukkig dat hij op zijn 65-ste nog steeds geconfronteerd wordt met zichzelf. “De cliënten houden mij vaak immers een spiegel voor”. Mede hierdoor blijft hij zijn werk leuk en interessant vinden.

Henry heeft veel gerealiseerd in zijn leven. Hij slaagde erin om heel wat mensen de weg naar een leven zonder drugs voor te tonen. Eén droom heeft hij niet kunnen realiseren, nl. de oprichting van een TG in Curaçao. Wat niet is kan nog komen?

Voor Henry is het alvast duidelijk. ‘Wij maken onszelf belangrijker dan we zijn. Uiteindelijk zal een verslaafde afkicken omdat die dat zelf wil. Als hulpverlener is mijn rol hierin heel relatief en bescheiden’. Zijn boodschap naar de collega's is: ‘Neem jezelf niet te au serieux. Zorg ervoor dat je kunt blijven lachen.’

(1) TG: *Therapeutische Gemeenschap*

(2) NAH: *Niet Aangeboren Hersenaandoening*

SHARED DECISION MAKING: HOE BRENG JE DIT IN DE PRAKTIJK?

In zijn bijdrage gaat Cor de Jong als arts, psychotherapeut en onderzoeker in op wat hem boeit als het gaat om de therapeutische relatie. Waarom nemen wij de rol van hulpverlener op ons, hoe doen we dit en wat zijn hierbij onze taken en instrumenten?

WHY?

Waarom doen we ons werk en hoe pakken we dit concreet aan? “Praten met en luisteren naar patiënten... dat leerden we 40 jaar natuurlijk ook al! Het is natuurlijk vrijwel onmogelijk om gerandomiseerd onderzoek te doen naar de waarde van praten en luisteren. Soms is evidentie dan ook zo voor de hand liggend dat we de wetenschap hier niet voor nodig hebben,” zo stelde De Jong.

HOW?

Vanuit zijn rijke ervaring maakte de Jong duidelijk welke vragen hij zichzelf gedurende zijn carrière heeft gesteld en hoe hij deze vragen via onderzoek trachtte te beantwoorden. Zo inspireerde Michael Balint hem in de manier waarop met patiënten kan gecommuniceerd worden. Balint focuste niet op het hoe van de behandeling maar op wat het oproept. De Jong: “In een therapeutische relatie speelt overdracht, werkalliantie en realiteit een rol. Bij mensen met een verslaving is het van belang die elementen binnen de therapeutische relatie in een schema te brengen. Uit de massa beschikbare instrumenten om dit meetbaar te maken, kozen we The Helping Alliance Questionnaire (HAQ). Om tot verandering te komen is het van belang dat er een therapeutische alliantie ontstaat tussen de patiënt en de hulpverlener, elk met hun eigen gedrag, gevoelens en gedachten en dat er in de werkrelatie overeenstemming is, de werkrelatie over doelen en verwachtingen en in de therapeutische relatie over wensen en behoeften”.

De Jong herinnerde er ook aan dat onderzoek heeft uitgewezen dat de patiënt de positieve stijl van de hulpverlener hoger inschat dan de therapeut zelf (Barret-Lennard RI, 1993). Eigenlijk is dit de opstap geweest om te komen tot Shared Decision Making (SDM) of samen beslissen. Hierna ging hij dieper in op belangrijk onderzoek van o.m. E. Joosten (2008) over de invloed van een interventie zoals SDM op de therapeutische relatie. “We weten dat het aangaan van een behandelingsovereenkomst met je patiënt werkt als je vooraf afsprekt dat zowel de cliënt als de hulpverlener op geregelde tijdstippen items als werk, huisvesting, financiën op een gestructureerde manier met elkaar bespreken. Als je op geregelde tijdstippen de resultaten van de verschillende doelen samenlegt en vergelijkt, dan bevordert dit de kwali-



De therapeutische relatie en recovery: Wat moet de professional daar nu mee? Hierover sprak prof. dr Cor de Jong, hoogleraar verslaving en verslavingszorg, Radboud Universiteit Nijmegen wetenschappelijk directeur, Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) op het avondcolloquium rond “Recovery.... Genezen van verslaving” van 24 september te Gent.

teit van de therapeutische relatie. Shared Decision Making bevordert de therapeutische relatie”, aldus De Jong.

De Jong: “De laatste jaren houdt de vraag mij bezig wat de taken van mij als professional zijn als het gaat om het persoonlijk herstel van patiënten met stoornissen in of door het gebruik van psychoactieve stoffen”. Hij plaatste die vraag in het kader van de vier R’s die gelden als moderne medische taken: remoralisatie, remediatie, rehabilitatie en recovery”.

WHAT?

Wat leveren we als hulpverlener nu aan diensten? We evolveren als hulpverlener van traditionele (medische) taken naar moderne taken

Remoralisatie: Hoe geef je hoop? Door dit zelf als hulpverlener uit te stralen (pygmalion effect).

Remediatie: Bevorder klinisch herstel; volg niet enkel de richtlijnen, blijf zelf ook nadenken, want de meeste patiënten passen niet in die richtlijn. Bekwaam je in het zoeken en beoordelen van recente literatuur (wat is op dit moment het beste voor deze patiënt met die complexe pathologie?)

Rehabilitatie: Draag bij aan het verbeteren van de situatie van de patiënt op al die terreinen waar het mis is gegaan; zoek bijvoorbeeld eerst een fatsoenlijke woonst.

Recovery: “Er zijn” als de patiënt zijn eigen leven vorm geeft. Hoe doe je dat? Vraag het aan de patiënt zelf? !

“ *Als het gaat om recovery dan denk ik dat het uitwisselen van verklarende modellen en ziektepercepties binnen de therapeutisch dyade een middel kan zijn om een antwoord te geven op de vraag: Recovery? Wat moet ik daar als professional nu mee?* ”



Een antwoord op een vraag aan een patiënte: wat heb je nu aan die professionals gehad in de afgelopen 20 jaar dat je regelmatig behandeling nodig bleek te hebben?:

“Ik vond het fijn dat de professional er was als ik hem nodig had, waarover het dan tijdens die behandeling moest gaan, vond ik minder van belang.”

Definitie van personal recovery : “a deeply personal and unique process of changing...”. Hieraan zouden we dus een bijdrage moeten kunnen leveren als professional.

Ontmoeting met de patiënt

Onderzoek leert dat de communicatie met de patiënt pas succesvol zal zijn als er rekening wordt gehouden met het verklarend model van de betrokken partijen (context, hulpverlening en patiënt). Dit is van belang om echt aansluiting te doen ontstaan (cfr. proefschrift Ongehoord van Dr. Lisette Oliemeulen: onderzoek bij psychotische patiënten waarbij de communicatie tussen hulpverlener-patiënt, tussen patiënt-familieleden en familieleden-hulpverlener uitgebreid werden onderzocht).

“Het is verbazend vast te stellen dat 3 participanten in hetzelfde systeem het vaak nooit expliciet hebben over deze verklarende modellen en dus lang naast elkaar heen werken. Eenzelfde aansluitingsprobleem merken we in de verslavingszorg. Dan kunnen we hard roepen dat verslaving een chronisch hersenprobleem is, maar naar dat soort eenrichtingsboodschap wordt dan niet geluisterd. Het is eerder iets dat vriendelijk met elkaar wordt besproken: verklarende modellen zijn opvattingen over de oorzaak van de ziekte, het begin van de symptomen, de pathofysiologie, het verloop, en de behandeling van de ziekte”.

“Om de patiënt zelf in actie te laten komen is het goed om vanuit 2 kernvragen in ontmoeting te gaan: wat is er aan de hand volgens jou en wat gaan we er aan doen volgens jou”? Joosten wees op het belang van dit tweerichtingsverkeer. Dus niet alleen de patiënt wordt bevraagd, ook de hulpverlener moet zelf kenbaar maken wat hij/zij denkt wat er met deze patiënt moet gebeuren en de patiënt mag daarop reflecteren. Het werkt heel emancipatorisch om met elkaar naar doelen te kijken”.

Het gevolg van die aanpak is volgens de Jong dat hulpverleners het idee hebben dat ze beter werk leveren, patiënten krijgen meer het idee dat ze hun eigen leven zelf in de hand nemen (vooruitlopend op recovery) naast natuurlijk ook effect op middelengebruikt (belangrijkste doel).

De verslaafde patiënt

Cor de Jong : “Patiënten met een afhankelijkheidsprobleem, roepen door hun dwingend en vaak als manipulatief ervaren gedrag vaak heftige gevoelens en reacties op bij hulpverleners (en bij zichzelf). Hulpverleners in de verslavingszorg zouden geleerd moeten hebben om hiermee om te gaan. De heftige gevoelens bestaan in eerste instantie bij de patiënten zelf. Als hulpverlener realiseren we ons nog te weinig dat dat soort gedrag eigenlijk een afweermechanisme is voor wat onderliggend is: m.n. weggkomen uit gevoelens van (existentiële) angst, schuld, schaamte. Eigenlijk projecteren ze die gevoelens op de hulpverlener. Ze zijn als het ware weer waar ze gewend zijn om te verblijven: dat de ander, in dit geval de hulpverlener, kwaad wordt op hen. Dan hoeven ze niet boos worden op zichzelf omdat ze hun kinderen verwaarlozen of omdat ze er een rotzooi van gemaakt hebben. Als je niet oplet laten we dit allemaal gebeuren. Als je als hulpverlener inzicht hebt in dat principe, kun je er iets mee doen. Dan kan je het bufferen, even het gevoel van de ander vasthouden, of afzonderen van andere zaken, verteren en dan in beter verteerbare brokjes proberen terug te geven”.

Maakt het uit of je iemand “een verslaafde” noemt of “iemand met een verslaving”?

Onderzoek (Kelly) wijst uit dat er duidelijk verschil is. Hulpverleners trainen helpt om minder stigmatiserend en meer emancipatoir met mensen om te gaan werkt en beïnvloedt wel degelijk de percepties en de therapeutische relatie.

We evolueren dan als hulpverleners in onze manier van vragen stellen. T.a.v. de patiënt wordt het een heel ander soort interview: een meer journalistieke manier van vragen stellen en waarbij je ook eens de rollen omdraait en t.a.v. de patiënt vraagt: “en stel jij nu maar eens de vragen”.

“WERK ALS HEFBOOM NAAR HERSTEL”

Prof. dr Geert Dom: “Gedeelde besluitvorming tussen hulpverlener en patiënt is het samen bekijken van wat men prefereert en daarop de doelstellingen van een behandeling afstellen. Als je keuzes aanbiedt, moet je echter een keuze hebben. Wat als die misschien niet beschikbaar zijn? Bovendien moet je er rekening mee houden dat door keuzes aan te bieden, je het antwoord kan induceren, uitlokken. Soms is de manier van vraagstelling van de hulpverlener manipulerend. De hulpverlener die zogenaamd op gelijke basis zaken met de patiënt zaken bespreekt, moet heel voorzichtig zijn. Shared Decision Making (SDM) is een prachtig humanistisch idee, maar tegelijk zit het vol gevaren waar we ons bewust moeten van zijn”.

Herstel of recovery: meer dan een modewoord?

Het thema “Recovery” staat vandaag hoog op de agenda. Iedereen spreekt over herstel. Prof. Dom illustreert dit met enkele voorbeelden. In het WHO mental health action plan 2020 wordt herstel specifiek aangehaald als één van de 6 cross cutting aims. “To achieve recovery” staat er hoog op de agenda. Ook bij ons, recent nog op het Vlaams congres geestelijke gezondheidszorg: bij quasi elke sessie ging het over herstel, het betrekken van ervaringsdeskundigen...”

Recovery: wat?

“From the perspective of the individual with mental illness, recovery means gaining and retaining hope, understanding of ones abilities and disabilities, engagement in an active life, personal autonomy, social identity, meaning and purpose in life and a positive sense of self. It is important to remember that recovery is not synonymous with CURE!” (WHO definitie 2012)

“Op zich heeft recovery dus niets te maken met cure, met genezing”, aldus Dom. Volgens hem is de huidige recoverybeweging ook niet zo vernieuwend als ze lijkt. “Reeds in 1984 werd ik uitgenodigd door Douglas Bennet, een van de peetvaders van de rehabilitation-gedachte. Toen al spraken we over het “leren omgaan met *disabling*”. De vraag 30 jaar later is: wat is het grote verschil? De definities verschillen niet zoveel!”.

Om duidelijk te maken wat herstel juist is, maakt Geert Dom het onderscheid tussen “Herstel uit een ziekte” en “Herstel in de ziekte” (Drake, 2010). Bij het eerste bekijkt men herstel vrij lineair vanuit het medische model: iemand heeft een aandoening die behandeld wordt, de symptomen verminderen, de levenskwaliteit en het maatschappelijk functioneren nemen toe. Bij herstel uit de ziekte spreken



Recovery of herstelgerichte zorg: ook voor dubbeldiagnose patiënten? Hierover sprak prof. dr Geert Dom, hoofdgeneesheer Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen Boechout, Universiteit Antwerpen, CAPRI als tweede spreker op het avondcolloquium van 24 september te Gent.

we dus in termen van outcome: vermindering of verdwijnen van symptomen. In dit medische model zijn velen geschoold, ook in de psychiatrie.

Bij “herstel in de ziekte” zijn we niet bezig met genezing. Dom: “Wel proberen we afstand te nemen van de ziekte. De patiënt zorgt ervoor dat de ziekte zijn leven niet gaat controleren. Hij neemt zelf in de “driver seat” van zijn leven plaats; hij herstelt zijn leven, los van die ziekte. We bekijken dit eerder als een proces, als een soort reis”.

Het forfait van het medisch model?

Dom stelt een langzame verschuiving vast. “Dat zie je in vele gezondheidsplannen m.b.t. chronische zowel somatische als psychische gezondheidsaandoeningen: hoe moeten we hiermee omgaan?”

De professor verwijst naar de stijgende belangstelling voor de kracht van de herstelgerichte zorg, waar de patiënt centraal staat. Hier zijn plots een heleboel andere factoren van belang: samen beslissen, werk, huisvesting, zingeving, uitwisseling met peers, en de aandoening zelf met een medische behandeling is niet meer dan een piepklein onderdeel.



Volgens Dom heeft dit misschien te maken met een soort teleurstelling. Na de “decade of the brain” (met oa dr. N. Volkow op kop) met hoge verwachtingen en hoge budgetten lijken de resultaten naar fundamentele verandering in behandeling nogal teleurstellend te zijn. Misschien wordt de aandacht voor recovery aangedreven door het failliet van ons medisch model. Wat heeft al die psychiatrische know-how opgebracht? Wat hebben die behandelingen opgeleverd ivm somatische symptomen en sociaal functioneren?

Wil de patiënt zelf het stuur van zijn leven in handen nemen?

Uit een onderzoek (Carlos De las Cuevas e.a.) waarbij patiënten met een psychische aandoening bevroegd werden over de mate waarbij ze een actieve of passieve rol (luisteren naar wat dokter zegt) willen spelen in de behandeling, blijkt: slechts 9 % vraagt om een actieve rol op te nemen. Een flink deel (35 %) kiest voor een passieve rol en heeft dus graag wat coaching en leiding. Een ruime meerderheid (63 %) opteert voor een collaboratieve aanpak.

Hoe zit het met de effectiviteit van de behandeling?

“Uit onderzoek blijkt dat behandelingen bij psychiatrische aandoeningen wel werken, maar slechts matig tot zeer matig effectief zijn. We doen m.a.w. veel om een klein beetje winst te halen op wat we willen veranderen: symptoomreductie, de directe uitingen van de aandoening. Dit is redelijk teleurstellend”. Dit gaat volgens Dom niet alleen op voor de psychiatrie, maar ook voor heel veel somatische, vooral chronische aandoeningen.

Verder blijkt dat de “recovery rate” van patiënten met schizofrenie rond de 13,5% bedraagt (o.a. Jaaskelainen, 2013). “Na tientallen jaren psychiatrisch onderzoek zijn we er niet in geslaagd om die ratio fantastisch te verhogen en dit geldt evengoed voor de behandeling van verslaving”. Die behandeling werkt (vb voor alcohol) maar de *effect size* is matig. Hetzelfde geldt voor de behandeling van depressie, psychotische stoornissen,.... Het verbetert niet spectaculair en dat leidt tot frustratie.

Ontnuchterend is verder ook onderzoek (Nordentoft ea, 2013) vanuit Scandinavië – landen met beste gezondheidssysteem ter wereld – naar de effecten op de somatiek en de mortaliteit. “Daaruit leren we dat mensen die kampen met middelengebruik gemiddeld veel minder lang leven. Zo ook bij mensen met een psychotische stoornis. “Dit is dramatisch: mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening leven gemiddeld 15 à 20 jaar minder lang dan hun normale *life expectancy*. Nog dramatischer: op 20

jaar tijd is de psychiatrische wetenschap er niet in geslaagd om de levensverwachting van die mensen met 6 maanden te verlengen. Geeft dat ook niet de realiteit weer van de begrenzing in het kunnen?”

Zien we effecten op het maatschappelijk functioneren?

Uit een studie van het Jama Network (2011) waarbij 10 jaar lang borderlinepatiënten werden gevolgd leren we dat men er in slaagt om de klachten, de symptomen op een aanvaardbaar niveau te krijgen. “Na 10 jaar beantwoordt 80 % zelfs niet meer aan de criteria van borderline. Dat is positief, maar tegelijk blijkt hun functioneringsniveau in de maatschappij niet spectaculair verhoogd. We zien dus wel klinische recuperatie van de klachten, maar tewerkstelling, goede daginvulling edm,... is niet spectaculair gestegen”, zo stelt Dom vast. Hij maant dan ook aan om voorzichtig te zijn.

Samenvattend stelt Dom vast dat enorm veel onderzoek werd verricht rond het zoeken naar nieuwe behandelvormen en naar neurobiologische oorzaken. Jammer genoeg heeft dit werk (vanuit het medisch model) niet het beoogde resultaat opgeleverd.

Hoe zit het dan met herstel en dubbeldiagnose?

We weten dat dubbeldiagnose veel voorkomt: comorbiditeit en verslaving, psychiatrie. Als een of meerdere problemen samen voorkomen, verhoogt dit het risico op chroniciteit. En we weten dat behandeling van de ene stoornis niet automatisch leidt tot verbetering op andere gebieden. Het is duidelijk dat je dus een complexe behandeling moet doen, waar je de verschillende aspecten bij elkaar moet nemen.

Dom: “Kunnen we hier iets mee? Ja, maar het blijft bescheiden. Als je denkt vanuit het medisch model en als we verbetering op symptoomniveau willen”. Robert Drake ontwikkelde in de jaren '80 de geroemde “integrated dubbel diagnosis treatment”. Eigenaardig genoeg is hij vandaag niet meer met behandeling bezig. “Tijdens een gesprek 2 jaar geleden vroeg ik hem: hoe zit dat nu met dat medisch model en dubbel diagnose. Hij antwoordde : ‘spreek me niet meer over behandeling. Daar ben ik niet meer mee bezig. Ik concentreer me alleen nog op het aan het werk krijgen van mensen’ (cfr infra).

Prof. Dom was zelf van nabij betrokken bij een onderzoek in Dubbeldiagnose units in Vlaanderen en Wallonië (Capri en UZA, Morrens et al 2010). De onderzoeksgroep stelde vast dat je door het aanbieden van geïntegreerde behandel-

modellen een beetje verbetering krijgt (m.n. less drop out) evenals een betere kwaliteit van leven en minder druggebruik (effecten die 12 maanden aanhouden). “Dit is interessant, maar de kostprijs is heel hoog. Is een verdubbeling van de kost een beetje verbetering waard?”, aldus Dom.

Dom verwijst hierna opnieuw naar Drake (principles of dual disorders, 2004) die er vanuit zijn geïntegreerde behandelmodel voor pleit om echt alle domeinen van de cliënt te bekijken. Dom: “Als ik dan terugga naar onderzoek rond recovery van 2006 rond SDM kunnen we een interessante koppeling maken naar wat de patiënten zelf vinden”. En wat blijkt? Dom: “Naast controle op symptomen en het actief bereiken van remissie van het gebruik, blijkt het hebben van een onafhankelijke woonvorm belangrijk, én het hebben van normale, competitieve (betaalde) tewerkstelling, ...” Uit deze 10 jaar opvolgstudie leert Dom dat patiënten stap voor stap een heleboel vooruitgang kunnen maken op verschillende dimensies van recovery: existentieel en functioneel, vooruitgang op domeinen zoals werk en woonst. Tegelijk stelt hij vast dat psychiater en verslavingsarts bijna uit beeld verdwijnen. “We zijn slechts een klein onderdeel, ook al sturen wij in het medische model een groot deel van de hulp aan”, aldus Dom.

Een baanbrekende, 10 jaar follow-up, studie wees in 2012 op de positieve effecten van arbeid bij een groep mensen met ernstige, complexe verslavingsproblemen. Het hebben van werk betekende een aangehouden verbetering op belangrijke levenssterreinen (ernst psychiatrische symptomen, levenskwaliteit, middelengebruik, sociaal contact met niet-gebruikers, woonst) een significante meerwaarde vergeleken met een controle groep met dezelfde ernst en pathologie scores, maar die geen werk aangeboden kregen (McHugo et al., 2012). Belangrijk is ook de vaststelling dat, door werk, patiënten dat er minder gebruik maken van hulpverlening, minder acute crisissen en hospitalisaties nodig waren en dat *overall* kosten konden worden gedrukt. Dit wordt ook bevestigd in een studie van Bush die aantoonde dat over een verloop van 10 jaar, deze complexe en zwaar verslaafde patiënten door het hebben van werk significant lossen kwamen van de hulpverlening, dit onafhankelijk van hun voorafgaande opleiding, leeftijd en ernst van de aandoening. Op een periode van 10 jaar betekende dit een “winst” (minder uitgave) van 166.350\$ per patiënt (Bush et al., 2009).

Conclusie: work is healing! Moeten we zoveel geld investeren in psychiatrische behandeling? Zouden we niet beter

focussen op competitieve tewerkstellingsvormen waarbij mensen eigenwaarde krijgen door iets te produceren?

De huisvestingsproblematiek is volgens Dom even belangrijk, en te weinig bestudeerd. Het is zeker voor dubbeldiagnose of verslaving een moeilijk punt. Dom: “Er zijn al te weinig beschikbare vormen beschut wonen en overal geldt: als je een joint gebruikt, vlieg je eruit. Dat kan natuurlijk niet. Al die mensen kennen op een bepaald moment eens herval. In Vlaanderen pakken we dit veel te stringent aan waardoor er bijna geen dubbeldiagnose patiënt in het formeel beschut wonen circuit geraken”

Is de maatschappij klaar voor deze herstelgerichte zorg? Tijdens een grootschalig onderzoek (Drake) gericht op mensen met psychiatrische problemen die op de ziekteverzekering stonden kregen patiënten de keuze of ze wilden meewerken aan een interventie die kon helpen om opnieuw aan het werk te geraken. “De conclusie was interessant. Bij mensen die aan het werk konden was er minder nood aan hospitalisatie, moesten er minder crisisinterventies gebeuren. Mensen die aan het werk gingen, kostten minder en hadden een betere quality of life. Kortom deze interventie bleek te werken”, aldus Geert Dom.

Opmerkelijk: slechts een kleine minderheid wil deze interventie volgen. 90% blijkt neen te zeggen op het aanbod. Omdat men bang is de uitkering te verliezen, of omdat men vindt dat ze reeds in een juiste setting geholpen worden. “Dat zegt iets over de complexiteit van je sociaal bestel”, aldus Dom die meteen vaststelde dat we veel moeite doen, maar dat we ook moeten leren rekening houden met andere dynamieken die zoiets mogelijk afremmen of ondersteunen.

Besluit

Er zit veel wijsheid in het herstelgerichte model. Het is verstandig om de patiënt centraal te stellen. Het teveel loslaten vanuit de medische kant heeft echter het nadeel dat we kunnen doorslaan in het beperken van de behandeling tot enkel de psychosociale componenten. Het is een paradigma dat vooral voordeel heeft voor chronische aandoeningen en het werken met dubbeldiagnose patiënten is hierin reeds lang aan de orde. De nieuwe uitdagingen zijn werk, woonst en aansluiten op de vraag van de patiënt. De vraag blijft in welke mate maatschappelijke evoluties dit verder ondersteunen. Afsluitend delen we prof. Doms bezorgdheid. “Het is heel verleidelijk om al te snel dingen als chronisch te herlabelen en om zo heel wat cure terug te gaan trekken en te veel te focussen op care”.

PROF. DR BERNARD SABBE: BAAS IN EIGEN BREIN



Baas in eigen brein? Over vrije wil, het maken van keuzes en psychopathologie. Hierover sprak prof. dr Bernard Sabbe, diensthoofd psychiatrie UZA-PZ Duffel; gewoon hoogleraar psychiatrie en medische psychologie UA en VUB; coördinator CAPRI-onderzoekscentrum op de feestelijke zitting "Verslavingszorg uitgedaagd" van 14 november te Gent.

Prof. Sabbe opende zijn betoog met een stukje toelichting bij de stille revolutie die we de laatste jaren meemaken. De grondvesten van zowel psychiatrie als geestelijke gezondheid zijn immers reeds een tijdje flink aan het veranderen. Jonge mensen worden tegenwoordig veel meer meegezogen in de richting van de neurowetenschappen. Deze nieuwe richting zet ons sterk aan het denken over de grondslagen van verslaving.

Vier modellen van verslaving werden nog eens op een rijtje gezet: het morele model, dat verwijst naar het falen van de wil; het ziektemodel –inclusief paradox– dat tegelijk zegt het is een ziekte, men kan er niets aan doen, als de enige manier om de ziekte te behandelen is abstinente blijven; het verlichtingsmodel dat stelt dat mensen wel verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van een verslaving, maar niet verantwoordelijk voor de oplossing; het compensatoire model dat juist omgekeerd zegt, dat mensen niet verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor de oorzaken van een verslaving, maar wel voor het gedrag dat men moet stellen om die oorzaken te compenseren.

De bijdrage werd verder geweven rond drie deelvragen en drie stellingen. Het zou blijven bij stellingen omdat de antwoorden op de deelvragen sowieso tentatief zijn.

1. Vrije wil bestaat

Op basis van een aantal belangrijke filosofen en/of wetenschappers wordt een evolutie geschetst in opvattingen hierover. We maken kennis met Bargh die stelt dat enkel 0,5% van alle psychologische reacties vrije wil is, met Wegner voor wie vrije wil een illusie is. Anderen zeggen dat de hersenen een fysisch object zijn, aangestuurd door fysieke oorzaken. De geest is terug te voeren tot het brein (Gazzaniga) of nog verder "we zijn ons brein" (Schwaab), vrije wil is niets meer dan een plezierige illusie. Samen met de ziel die zojuist overleden is (Wolfe) en na de dood van God in de 20ste eeuw (Nietzsche), is in de 21ste eeuw de vrije wil overleden.

Tegenover dergelijke theorieën en zienswijzen staat telkens onze alledaagse ervaring dat wij mensen wel degelijk iets kunnen willen, en dat we wanneer we echt iets willen (intentie) we ook overgaan tot actie.

Aan de hand van een experiment werd aangetoond dat zich een soort voorbereiding voordoet in de hersenen alvorens effectief tot actie wordt overgegaan. Via een EEG kon men het moment waarop de beslissing wordt genomen, onderscheiden van het zich afvragen of de beslissing zal genomen worden, de selectie van taken voor het uitvoeren van de actie en het selecteren van de actie zelf. Pas enkele milliseconden voor de actie zélf worden personen zich bewust van de intentie tot actie. Die bewustwording is beslissend om al dan niet tot handelen over te gaan. Daar situeren sommigen de vrije wil.

In de frontale gebieden van de hersenen onderscheidt men een motorisch gebied waar kernen voor liggen die helpen de beweging voor te bereiden. Daar kan een soort veto ontstaan. Belangrijkste kern daarbij is de zogenaamde preSMA⁽¹⁾. Wanneer deze uitvalt/wegvalt (bv. door letsel), gaat men een soort automatische actie uitvoeren en wordt de vrije wil uitgeschakeld (intentie komt niet meer, het veto verdwijnt). Men komt terecht in een soort psychose (de waanidee ontstaat dat mensen niet meer zelf de actie uitvoeren, maar dat het iets is buiten ons dat tot de actie aanzet). In de psychiatrie spreekt men van beïnvloedingswaan.

Het al dan niet erkennen van het bestaan van vrije wil raakt uiteraard zeer sterk aan ons bestaan, aan het fundament



van ons mens-zijn. Vrijwel alle maatschappelijke normatieve aspecten vertrekken vanuit de aanvaarding van het bestaan van vrije wil, denk maar aan ons rechtssysteem (bv. discussie rond toerekeningsvatbaarheid), het onderwijs en de basisprincipes van opvoeding, ons “zijn” als sociaal wezen. Het bestaan van vrije wil gaat dus eigenlijk ook om het al dan niet aanvaarden van onze mogelijkheid tot (sociaal) leren en dus tot het dragen van verantwoordelijkheid voor ons handelen.

Als conclusie komen we tot een eerste tentatief antwoord op de uitgangsvraag: de stelling dat vrije wil bestaat (niet hetzelfde als vrijwillig gedrag). Er bestaan verschillende vormen van vrijheid.

2. Vrije wil is niet hetzelfde als vrijwillig gedrag of keuzevrijheid

Veel van het gedrag dat wij stellen gebeurt automatisch en onbewust. Bij een plots hevig geluid gaat we bijvoorbeeld schrikken. Dat zijn onze reflexen, waarvoor de amandelkern in onze hersenen verantwoordelijk is. Toch zijn we in staat die reflexen te overstijgen. De waarneming van automatisch onbewust gedrag heeft geleid tot het behaviorisme, dat stelt dat alle gedrag is aangeleerd. Koppelingen tussen stimuli en reactie worden als het ware ingebrand in ons brein. Datzelfde behaviorisme laat evenwel geen ruimte voor de geest of voor gedachten of welke vorm van mentale activiteit ook. Het activeren van bepaalde gebieden in de hersenen zijn een betere voorspeller voor wat mensen gaan doen dan wat mensen daarover zeggen.

Datzelfde stimulus-reactie-mechanisme staat bovendien in functie van iets positiefs. Zo zal in een doolhof een rat die eerst geleerd heeft om naar links te lopen voor het verkrijgen van een beloning, niet automatisch naar links lopen bij een nieuwe uitgangspositie. Ze blijft op de beloning afgaan. Met andere woorden, alles wat we doen wordt opgebouwd op basis van aangeleerd gedrag dat iets waardevols oplevert, iets dat beloont.

Zo komen we op het domein van hoe wij mensen leren. Leren gebeurt door herhaling, het geheugen, het imiteren van en ook onbewust. Bij leren door imiteren komen de zogenaamde spiegelneuronen op de voorgrond. Deze stellen ons in staat intenties van anderen te leren kennen. Dit illustreerde Sabbe door de manier waarop een kind via het kijken naar de blik van de moeder de aandacht leert trekken. Aanvankelijk valt de blik van moeder en kind gewoon samen. Vervolgens merken we dat het kind vanaf 18

maanden dankzij het maken van een (triadische) actie, aan de moeder duidelijk maakt wat het wil. Het zijn de spiegelneuronen die deze intentionele actie aansturen.

De macht van de gewoonte kan evenwel ook doorbroken worden. Daarvoor is selectieve aandacht nodig. Selectieve aandacht selecteert gedrag dat meerwaarde geeft en tot beloning leidt. Voor bepaalde zaken lukt dat zelfs in de imaginaire omgeving. Het is op die manier dat we in bepaalde omstandigheden in staat zijn gedachten te lezen. We leren doordat we iets verwachten dat meerwaarde geeft en we geven selectieve aandacht met het oog op nog meer toegevoegde waarde. Onze vrije wil ontstaat door het versterken van de selectieve aandacht voor bepaalde zelf gekozen aangeleerde gedragspatronen.

“ De kernvraag blijft dan nog waarom we daar bewustzijn bij nodig hebben? Waarom doen de hersenen dat niet allemaal automatisch en onbewust? Als we die vraag vandaag aan de neurowetenschappen voorleggen, is het antwoord: “we weten het niet”. ”

Er zijn vier argumenten om bewustzijn positief te waarderen.⁽¹⁾ Bewustzijn is nodig om informatie langdurig en diepgaand te verwerken. Het stelt in staat informatie te globaliseren en geeft veelzijdigheid aan de omgeving waarin we leven.⁽²⁾ Hoe meer bewuste activiteit, hoe meer onbewuste effecten. Aldus zorgt het onbewuste wel voor de oplossing, maar pas nadat er voldoende bewuste activiteit aan is voorafgegaan.⁽³⁾ Bewustzijn is vaak nodig om ‘conflicten’ op te lossen. Het speelt een heel belangrijke rol bij het leren uit fouten. Bewustzijn van een fout komt vaak pas op het ogenblik dat men de actie al uitvoert.⁽⁴⁾ Bewustzijn is nodig om ons dingen te kunnen voorstellen, voor imaginatie.

Op basis van het zich voorstellen dat men ‘iets’ doet, kunnen dezelfde motorische neuronengroepen geactiveerd worden die nodig zijn om dat ‘iets’ effectief te doen. Op basis van dat principe wordt bijvoorbeeld revalidatie bij een hersenbloeding aangepakt. We zien dit ook bij hoogspringers: voor zij springen, bereiden zij imaginair de sprong stapje voor stapje voor in hun hoofd.



Een eerste route naar vrije wil is dus selectieve aandacht. Een tweede route naar vrije wil is de voorstelling, de imaginatie. Vrije wil bestaat, maar het is niet hetzelfde als ongebondenheid. We zijn door, in en mét ons brein. Het ontstaat uit de hersenen en combineert datgene wat binnen je mogelijkheden ligt met een toegevoegde waarde vanuit lichamelijke en sociale behoeften plus culturele waarden. Evenwel, als vrije wil bestaat, scheidt dat eveneens verantwoordelijkheid, op basis van het samenbrengen van kennis en vrije wil en suggereert het daarmee het maken van keuzes.

3. Het maken van keuzes

Ter illustratie wordt vertrokken van de keuze van mensen om 10 maaltijdcheques te gebruiken in een Chinees of Italiaans restaurant. Mensen hebben de vrijheid deze te besteden waar ze willen. Bij hun keuze speelt vooreerst voorkeur voor een bepaald soort eten een rol. Maar mensen weten ook dat naarmate men meer van hetzelfde zal eten, het genot zal afnemen. Daarom zullen we zien dat er mensen zijn die dag per dag zullen kiezen, anderen gaan kiezen in reeksen en gaan daarbij de realisatie van hun verlangen naar het eten van hun voorkeur uitstellen. Uit experimenten blijkt dat mensen die dag per dag kiezen vaker het eten van hun voorkeur kiezen. Tegelijk neemt het plezier in dat eten met 60% af. Mensen die kiezen in reeksen gaan slechts 4 keer hun keuzevoorkeur eten, maar het plezier in dat eten blijkt 20% groter dan bij mensen die dag per dag kiezen. Keuzes zijn dus dynamisch, ze worden bepaald door de verwachte uitkomst, er bestaan verschillende strategieën om te kiezen én individuen maken in de eigen ogen altijd de beste keuze.

We kunnen hier wel een en ander uit besluiten in relatie tot verslaving, met name dat vrijwillig gedrag niet noodzakelijk leidt tot het beste resultaat, dat vrijwillig gedrag hand in hand gaat met overconsumptie (teveel eten van hetzelfde, met bijhorende nadelen) en dat globaal kiezen initieel grotere psychologische en cognitieve inspanningen vraagt. Immers, de voordelen komen pas later. Het tegemoetkomen aan de eigen “goesting” wordt uitgesteld. Dus, als we verslaving zien als chronische overconsumptie, dan verschilt dat eigenlijk niet echt wezenlijk van normale consumptie. Het probleem is alleen dat, naarmate men meer en meer neigt naar overconsumptie, het steeds moeilijker wordt om van ‘dag per dag’, naar ‘globaal’ kiezen te veranderen. Aldus komen mensen in het ziektemodel terecht.

Verslaving zien als een keuzeziekte verwijst naar de moeilijkheid om van perspectief te veranderen. Druggebruikers die ‘dag per dag’ kiezen zullen over een periode van 30

dagen het dagelijks gebruik van drugs verkiezen boven het niet-gebruiken. Het zal bij hen 30 dagen duren vooraleer de satisfactie afneemt. ‘Globale’ gebruikers zullen aanvankelijk 30 dagen niet gebruiken, maar het duurt 13 dagen vooraleer dezelfde graad van satisfactie wordt bereikt als bij voorgaande groep op hun slechtste drugsdag. Verslaving kunnen we beschouwen als een mismatch tussen hoe keuzes gemaakt worden en de eigenschappen van drugs. Globale keuzes worden bemoeilijkt door misleidende bias⁽²⁾: de kosten zijn direct en de voordelen komen pas later. De cognitieve vervormingen zijn niet pathologisch: ze zijn het directe gevolg van processen die het maken van keuzes bepalen en ze zijn inherent aan de processen die ten grondslag liggen aan de aard van vrijwillig gedrag.

Anders dan bij andere psychiatrische aandoeningen heeft verslaving ook een bright side. Enkel mensen zijn in staat om te leren uit zichzelf. Dieren kunnen alleen veranderen van gedrag door externe cues. Mensen kunnen dat door cognitieve capaciteiten, abstract denken en imaginatie, wat het overstijgen van een perceptuele breuklijn vraagt. Men moet kunnen afstappen van de directe perceptie om abstract te kunnen denken over te realiseren gedrag. Het maken van keuzes kan switchen en -typisch bij verslaving- externe omstandigheden kunnen een globaal keuzeperspectief inleiden. Dat kan bijvoorbeeld niet bij depressie. Verslaving laat grote veranderingen toe, zoals het simpelweg zich engageren in vrijwillig gedrag, sociaal contact, het volgen van voorzichtigheidsregels. Bij verslaving blijven de voordelen van meer abstracte opties en zelfcontrole bestaan én mensen kunnen nog altijd reflecteren over de eigen keuzestrategieën en beslissingen nemen.

Rest tenslotte nog de vraag wat dit allemaal voor gevolg heeft voor het brain-mind gegeven. Er wordt kort stilgestaan bij zeven modellen om het brein en de geest met elkaar in contact te brengen. Het voorbijetoog over vrije wil en vrijwillig gedrag is te herleiden tot twee modellen waar vrije wil samen kan worden gedacht met het determinisme van vandaag.

(1) *preSMA: in de hersenen onderscheidt men de motorische cortex, de prefrontale en de frontale cortex. In de prefrontale cortex situeert zich de supplementaire motor area (SMA) en daarvoor ligt een kern (de preSMA) die de beweging voorbereidt. preSMA staat dus voor voor de kern in de hersenen die vóór (pre) de Supplementaire Motor Area ligt.*

(2) *Bias: een afwijking ten opzichte van de verwachte waarde*

PROF. DR. GILBERT LEMMENS: FAMILIES IN TIJDEN VAN ALCOHOL EN MIDDELEN.

Werken met de context van druggebruikers is voor De Sleutel een belangrijk topic. Professor Gilbert Lemmens stelde zich in aanvang de vraag in welke mate gezinnen geconfronteerd worden met middelengebruik en –misbruik. Hij spreekt hier niet alleen over illegale drugs, maar ook over alcohol en medicatie. Jaarprevalentiecijfers uit Nederland tonen dat alcohol- en nicotinegebruik frequent voorkomen in de algemene bevolking en dat benzodiazepine- en cannabisgebruik voorkomt bij 3 à 4 percent van de personen boven 12 jaar. Verslaving vertoont bovendien een stijgende trend. De vraag hoeveel afhankelijke gebruikers een behandeling krijgen in de verslavingszorg is zeer interessant. Het antwoord verschilt erg van product tot product. Heroïnegebruikers worden door de verslavingszorg zeer goed bereikt, maar voor de andere middelen geldt dat slechts een fractie van de afhankelijke gebruikers bereikt wordt door de hulpverlening. Dit impliceert dat in de meeste gevallen de gezinnen er alleen voor staan met hun zorgen omtrent verslaafde gezinsleden.

Het blijkt ook dat alcohol en middelengebruik sterk clusteren, samen voorkomen in één gezin. Sommige families zijn duidelijk kwetsbaar. Wanneer er bij een ouder alcoholmisbruik en/of psychiatrische problematiek kan vastgesteld worden, dan is er een hogere kans dat dit ook bij een kind voorkomt. Conclusie: alcohol- en drugverslaving komen relatief frequent voor in gezinnen, zijn een stijgend fenomeen bij adolescenten, komen meer voor in bepaalde gezinnen en over de generaties heen.

Welke factoren spelen hierbij een rol?

Er kan een genetische kwetsbaarheid vastgesteld worden, maar er zijn ook gezinsfactoren die belangrijk zijn (zoals conflicten, verwaarlozing, gebrek aan positieve elementen). De gezinsfactoren spelen niet alleen een rol bij het ontstaan van middelensmisbruik, ze zijn belangrijk bij alle psychiatrische stoornissen. Over welke concrete risicofactoren gaat het? Psychopathologie en middelengebruik van de ouders, gebrekkige opvoedingsvaardigheden en een gezinsklimaat dat gekenmerkt wordt door conflicten, misbruik en verwaarlozing zijn niet alleen belangrijk voor het ontstaan maar ook voor het voortduren van de problemen. In het geval van verslaving is het slechter als de ouders minder goed zijn in monitoring ('minder goed weten waar hun kind uithangt, waar het mee bezig is), als adolescenten minder vertellen tegen hun ouders, als de ouderlijke warmte ontbreekt, als er relatieproblemen zijn of als het familiaal functioneren slechter is.



Families in tijden van alcohol en middelen. Hierover sprak Prof. Dr. Gilbert Lemmens, psychiater-gezinstherapeut, diensthoofd psychiatrie UZ Gent, docent psychiatrie Ugent, op de feestelijke zitting "Verslavingszorg uitgedaagd" van 14 november te Gent.

Impact op andere leden van het gezin?

De gezinsleden ervaren meer stress, hebben een slechtere psychische gezondheid, de ouderlijke opvoedingsvaardigheden komen meer onder druk te staan. Gans het familiaal functioneren is verstoord. Er zijn bovendien meer relationele problemen, er komen meer echtscheidingen voor, er is meer partnerrelatiegeweld, er zijn meer conflicten en meer HIV-infecties bij de niet-gebruikende partner. We zien tevens meer gedragsproblemen, meer uithuisplaatsingen en alcohol- en middelenproblemen bij de kinderen. Ook geraakt de verslaafde persoon meer geïsoleerd in het gezin. Op die manier ontstaat er een vicieuze cirkel: gezinsfactoren en middelengebruik beïnvloeden elkaar voortdurend op negatieve wijze, het wordt erger en erger.

Welke theoretische modellen helpen ons om dit alles te begrijpen?

De 'family disease approach' stelt dat middelengebruik een ziekte is van het gezin. Iedereen is ziek, er is sprake van co-afhankelijkheid en alle leden worden individueel behandeld. Volgens de 'family systems approach' vormen alcohol en middelen een 'central organizing principle' in het gezin. Ze structureren de gezinsinteracties en bepalen



alle gedrag in dat gezin. Het symptoom, in casu verslaving, speelt een centrale rol in het gezinsleven. Hierdoor vernauwt tijdsperspectief heel erg tot het 'hier-en-nu', verarmt het palette aan interactiepatronen tussen de gezinsleden, versterkt het zwart/wit denken en wordt er minder tegemoet gekomen aan de noden die verbonden zijn met de verschillende levensfasen. Bij elk gezinslid, ook bij de verslaafde jongeren, overheerst hulpeloosheid. Binnen dit perspectief wordt ook gekeken naar andere systemen die verbonden zijn aan het gezin. Denk aan de invloed van de vriendenkring op experimenteelgedrag, de invloed van de school, van de buurt waar ze wonen. Dit is een ecologische benadering van het verslavingsfenomeen. Volgens de 'behavioral approach' bekrachtigen de interacties, gedragingen, attitudes van de gezinsleden het alcohol en middelengebruik en het gedrag dat hiermee verbonden is. Er ontstaat zo een destructieve cirkel. Iemand zegt bv dat hij drinkt omdat de partner 'zaagt', en de partner zegt te 'zagen' omdat de andere persoon drinkt. Waardoor deze nog meer drinkt en de partner nog meer 'zaagt'.

De interacties tussen gezinsleden hebben een invloed op het ontstaan en verloop van alcohol en middelenconsumptie. Omgekeerd hebben deze invloed op de gezinnen. Ouders gaan bv dingen doen die ze eigenlijk niet willen doen. De gezinsleden moeten daarom ondersteund worden. Verder weten we dat adolescenten langer in behandeling blijven wanneer hun gezin ondersteund wordt. Bovendien zorgt het betrekken van ouder of partners bij de behandeling voor minder middelenmisbruik. Zelfs wanneer enkel de ouders in therapie komen en de jongere niet, leidt dit toch in 30% van de gevallen naar een engagement van de jongere om iets te doen aan zijn problematiek. Het is dus goed om gezinstherapie te overwegen.

Welke goede praktijken omtrent gezinsinterventies zijn er beschikbaar?

Wanneer we te maken hebben met adolescenten en hun gezin zijn er de Brief Strategic Family Therapy (BSFT), de Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST), Multidimensional Family Therapy (MDFT). Bij volwassen verslaafden is partnerrelatietherapie een geschikte interventie: Behavioural Couples Therapy (BCT). Leidende principes van deze modellen zijn steeds: gebruik de krachten binnen de gezinnen om vermindering of abstinentie van alcohol en middelen te bereiken, verander de negatieve gezinsinteracties en promoot gezondere relaties en een positief gezinsklimaat

Wat is de effectiviteit van deze gezinsinterventies?

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat er robuuste evidentie is dat gezinsinterventies een positief effect hebben op drugmisbruik en verslaving. Maar niet alleen op de verslaving zelf, ook op de randproblematiek is er een positief effect: er valt minder delinquentie vast te stellen en er is ook een gunstige invloed op psychopathologische problemen zoals depressie en angsten. De relatie tussen ouders en kinderen wordt steviger, de opvoedingsvaardigheden van de ouders worden versterkt en de schoolse prestaties worden beter. Ook bij partnerrelatieinterventies bij alcoholproblematiek vinden we positieve effecten: meer abstinentie van alcohol en minder alcoholgerelateerde problemen, betere relatie tussen de partners, minder separatie, minder partnergeweld, gunstiger psychosociale situatie van hun kinderen. In geval het gaat om drugmisbruik wordt er vastgesteld dat er minder en korter gebruikt wordt, dat er minder dagen met druggebruik zijn, dat er minder opnames zijn en minder arrestaties.

Er blijkt ook een positief verband tussen het aantal sessies dat door de ouders bijgewoond wordt en de grotere openheid en bereidheid tot spreken bij de adolescent. Hierdoor en door het verminderen van de lijdensdruk bij de moeder, wordt de band met de ouders warmer. Al deze factoren dragen bij tot vermindering van het druggebruik bij de adolescent. Familiotherapie is economisch gezien goedkoper omdat er minder sessies nodig zijn dan bij andere interventies om eenzelfde effect te bereiken.

Ondanks al deze positieve effecten worden gezinsinterventies toch veel te weinig toegepast. Hoe komt dit? Er zijn volgens prof. Lemmens te weinig goed opgeleide gezinstherapeuten, andere theoretische modellen conflicteren met gezinstherapie en er is te weinig supervisie en weinig organisatorische steun. Voor gezinnen komt het soms duur uit omdat de terugbetaling altijd gebeurt op basis van een individuele patiënt en niet op basis van een gans gezin. Ook praktische barrières inzake plaats en tijdstip van de therapie spelen een rol. Een ander probleem is de huidige trend om succesvolle modellen te registreren, waardoor ze enkel door erkende (lees: mensen die een dure opleiding volgden) therapeuten mogen toegepast worden wat een brede verspreiding in de weg staat. Toch moeten we ons met zijn allen inzetten opdat gezinsinterventies meer toegepast worden!

BEHANDELING VAN VERSLAVING EN COMORBIDITEIT: DE NOORD-NEDERLANDSE ERVARING – DR INGRID WILLEMS

Zoals meestal het geval bij onze noorderburen gebeurt ook in de groep Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) het gros van de zorg en behandeling ambuland (80% t.o.v. 13% residentieel/dagklinisch). Verslaving wordt in VNN (1) beschouwd als een cluster van symptomen die hun oorsprong vinden in een ontregeling van de beoordelings- en beloningssystemen in de hersenen.

Verslaving behandelen betekent dat dit niet alleen iets is van je brein, maar is een cluster van symptomen die al je levensgebieden raakt (met effect op je familie, op hoe je werkt/woont, hoe sociaal interacteert, op je lichamelijke gesteldheid, op de psychiatrie). De mensen die we in zorg zien, zijn meestal de mensen met de ernstigste verslavingsproblemen, bij wie in 80% van de gevallen een comorbide psychiatrische aandoening aanwezig is.

Comorbiditeit (bron: VNN)	
Psychiatrie met middelen-afhankelijkheid	Verslaving met psychiatrische stoornis
Angststoornis 25%	Angststoornis • 36% bij man • 60% bij vrouw
	Stemmingsstoornis 25%
Bipolaire stoornis tot 60 %	Bipolaire stoornis 20 %
Schizofrenie 50-65%	ADHD 40%
PTTS 40-80 %	PTTS 70 %
Antisociale persoonlijkheidsstoornis 86%	Persoonlijkheidsstoornis 80%

Organiseren van zorgpaden

De doelgroepen in VNN werden als volgt ingedeeld:

1. Jongeren (tot 23 jaar) met verslavingsproblemen (en niet 18 jaar, o.a. omwille van het stagneren van ontwikkelingstaken, afstemming met GGZ-instellingen en financieringsgronden)
2. Volwassenen met verslavingsproblemen
3. Volwassenen met verslavingsproblemen met hierdoor aanwezige veiligheidsrisico's (justitiële kaders)

Vervolgens worden deze doelgroepen verder ingedeeld op basis van de intensiteit van de zorgvraag via de "MATE" (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie). Met behulp van de MATE kan adequaat en snel een indicatie gesteld worden voor zorg en behandeling in de verslavingszorg en voor de evaluatie van deze verleende zorg en behandeling. Het zorgaanbod richt zich op de verslaving zelf, de aangetaste levensgebieden en de eventueel aanwezige comorbiditeit. Het principe is dat meer verlies aan autonomie een hogere intensiteit in behandeling geeft én de integratie



Zorgpaden in de behandeling van mensen met een verslaving en comorbiditeit: de Noord-Nederlandse ervaring. Hierover sprak dr Ingrid Willems, geneesheer-directeur, psychiater, Verslavingszorg Noord-Nederland, Groningen, op de feestelijke zitting "Verslavingszorg uitgedaagd" van 14 november te Gent.

tussen de vernoemde onderdelen in het zorgaanbod wordt groter.

Zorgpad 1: gericht naar patiënten met een lichte verslavingsstoornis, problemen op maximaal 2 levensgebieden en zonder comorbide stoornissen, waarbij de focus van de behandeling genezing is, d.w.z. de mensen zonder overmatig middelengebruik kunnen laten participeren aan de samenleving.

Zorgpad 2: gericht naar patiënten met een matige tot ernstige verslavingsstoornis, problemen op 2 tot 4 levensgebieden; patiënten met een comorbide psychiatrische stoornis, waarvoor behandeling in dit zorgpad parallel gegeven wordt. De focus van de behandeling is ook hier genezing.

Zorgpad 3: gericht naar patiënten met een ernstige tot zeer ernstige verslavingsstoornis, problemen op 3 tot 5 levensgebieden; meer dan 80% van de patiënten heeft één of meer comorbide psychiatrische stoornissen, die integratief behandeld worden en veelal is een deel van de behandeling klinisch (residentieel). De focus ligt ook hier genezing.

Zorgpad 4: gericht naar patiënten met een ernstige tot zeer ernstige verslavingsstoornis met problemen op praktisch alle levensgebieden; patiënten hebben veelal één of meer comorbide psychiatrische stoornissen, die volgens de multidisciplinaire richtlijn integratief behandeld worden. De focus van de behandeling ligt op stabiliseren waarbij F-ACT-zorg en –behandeling de leidende behandelprincipes zijn.

(1) VNN werkt in 3 provincies op 34 ambulante zorglocaties en 6 locaties waarin 10 klinische settings gehuisvest zijn.

Het zorgaanbod, geënt op deze zorgpaden, bestaat uit vele diverse modules. In de verslavingsbehandeling staat motiverende gespreksvoering voorop: altijd en in iedere behandeling. Klinische of ambulante detoxificatie en cognitieve gedragstherapeutische behandeling zijn vaste ingrediënten, alsook medicatie, uiteraard afhankelijk van de intensiteit van de gestelde problematiek. Het aanbod zal oplopen volgens het gekozen zorgpad, zoals eerder werd vermeld.

Bij het aanbod op vlak van de diverse levensgebieden merken we op dat in VNN uitdrukkelijke aandacht gaat naar kinderen van verslaafde ouders (KVO). VNN maakt er een punt van om te monitoren hoe effectief zij in hun behandelingen zijn t.a.v. het doorbreken van de transgenerationale verslaving. Voor de kinderen van patiënten die in behandeling zijn, is er een specifiek aanbod.

Inzake comorbiditeit worden in zorgpad 2 de protocollaire behandelingen aangeboden voor angststoornissen, depressie en ADHD. Van zodra het integratie van verslaving én comorbiditeit betreft (zorgpad 3 en 4), kan je bv als patiënt traumabehandeling krijgen waarbij je aan een psycho-educatie groep deelneemt, een seeking-safety groepsaanbod waarbij je nog middelen gebruikt, maar het in een veilige omgeving wel reeds op een thematische manier kunt hebben over bv trauma. Een individuele psychotherapie voor trauma wordt eveneens aangeboden, alsook een schemagerichte groep, deeltijds of klinisch. Het is duidelijk dat er bij integratie geen sprake kan zijn van aparte behandeling van de verslaving en daarnaast van de comorbide stoornis, zoals dat in de parallelle behandeling wel kan. Je kan het hier m.a.w. niet meer hebben over de posttraumatische stressstoornis zonder het te hebben over de verslaving.

Voor integratiebehandelingen outreach kiest VNN voor F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment), ACT en Multi Dimensional Family Therapy (MDFT). MDFT past men in VNN toe voor verslaafde jongeren onder de 18 jaar en die nog participeren aan het gezinsleven. Op het moment dat ze zelfstandig wonen biedt men systeemtherapie en daarnaast ACT of F-ACT voor de jongere zelf.

F-ACT is een behandelvorm voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die lang duurt, een ernstige maatschappelijke beperking inhoudt waarbij voortdurend risico op crisis bestaat en waar noodzakelijke waakzaamheid geboden is op mogelijkheden voor behandeling en/of herstel. Dit wordt in het multidisciplinaire team behandeld (als patiënt ga je niet meer van de ene behandelplek naar de andere), casemanagement wordt gecombineerd met ACT.

F-ACT GGZ of verslavingszorg met ondertussen ook eigen F-ACT teams: welke keuze maak je?

De ernst en complexiteit van de verslaving alsook de aard van de psychiatrische problematiek die naast de verslaving aanwezig is, zijn objectieve criteria op grond waarvan er toeleiding naar ofwel eerder GGZ ofwel verslavingszorg kan gebeuren.

In de praktijk^(*) is het vaak zo dat de ernst van het manipulatieve gedrag sterker bepaalt welk F-ACT team de patiënt verder behandelt. Zo is het de ervaring in VNN dat naarmate de patiënt lastiger is en er weinig mee te beginnen valt, eerder richting verslavingszorg wordt gekeken. Ook het

aantal keer dat je als patiënt voorheen werd opgenomen, bepaalt mee in welk F-ACT je terecht komt.

Zo helder is de toewijzing niet. Maar het verschil in benadering is wel duidelijk tussen de F-ACT GGZ en F-ACT verslaving: het is lastiger een vertrouwensrelatie op te bouwen met iemand die veel gebruikt en onder invloed naar een behandelaar komt. Er is bijkomende somatische problematiek, financiële en sociale problemen. Bovendien hebben deze mensen op zijn minst scherpe trekken in hun persoonlijkheid en is het motivatiecentrum precies door hun verslaving verstoord. Het is dan ook een hele opgave om die mensen te motiveren om in behandeling te komen. Wat sterk motiverend werkt, zijn praktisch ondersteunende diensten.

De F-ACT-teams verslavingszorg kenmerken zich vooral door de aanwezigheid van de verslavingsarts, naast psychiater, sociaal verpleegkundige, ervaringsdeskundige, arbeidsbegeleider, psycholoog, woonbegeleider en sociaal-juridisch dienstverlener.

De aanwezigheid van ervaringsdeskundigen binnen F-ACT verslavingszorg zorgt voor een andere dynamiek in een GGZ-team. Ook al zijn ze al geruime tijd zelf niet meer afhankelijk, toch vinden ze het nog steeds heel lastig om met de triggers waarmee ze te maken krijgen om te gaan. De overeenkomst in de machteloosheid die ze zelf voelden, is ook groot wanneer ze dit opmerken bij anderen. Hier moet je mee aan de slag.

In iedere provincie zijn er nu 3 F-ACT teams met een gezamenlijk ACT team. In Friesland werd recent gestart met een intensieve samenwerking (F-ACT+) tussen een GGZ en verslavingsF-ACT waarbij de inzet in ervaringsdeskundigheid 2/3 GGZ en 1/3 verslaving is, toegevoegd met verslavingsarts en een psychiater met verslavingsexpertise.

Welke effecten zien we van deze investeringen?

Patiënten kunnen ambulante gediagnosticeerd worden en zelfs detox kan ambulant, waar dit voorheen eerder klinisch gebeurde. Er wordt duidelijk meer comorbiditeit behandeld en er zijn beduidend minder crisisaanmeldingen.

De opnameduur verkort van voorheen vier weken naar twee tot drie weken. Er is minder drop out en er zijn meer contacten met de patiënt. De ziektekostenverzekeraars zijn hiermee echter niet tevreden, gezien het dure en intensieve zorgvormen betreft.

Uitstroom uit F-ACT behandeling kan wanneer je in de voorbije 2 jaar niet meer op het F-ACT bord verschijnt (ttz niet meer in crisis bent geweest) en als je een werkend signaleringsplan en crisiskaart hebt. Dan kan doorstroom gebeuren naar de wijkteams, lichtere vormen van ambulante GGZ of terug via opvolging door de huisarts en de praktijkondersteuner. VNN pleit voor de toekomst duidelijk voor de keuze voor meer F-ACT+ teams.

^(*) Voor duiding vanuit de praktijk. Het verhaal van Jan (cliënt van 48 jaar oud), illustreert dit vanuit de praktijk (lees op www.desleutel.be)





NETWERK DE SLEUTEL

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1973 Oprichting Jongerenbegeleidingscentrum De Sleutel</p> <p>1974 Opstart boerderij Mendonk, door een ploeg vanuit het JAC Gent. De eerste bewoners in groeps-therapie gebaseerd op zelfhulpconcept</p> <p>1975 Erkenning therapeutische gemeenschap als home voor volwassen niet-erkende mentaal gehandicapten</p> <p>1978 Opstart nazorg via Tussenhuis</p> <p>1979 Opstart crisisafdeling De Ark in Mendonk</p> | <p>1980 Start dienst Preventie</p> <p>1981 Benefietuif met Red Zebra</p> <p>1982 Opstart eerste ambulante methadonprogramma</p> <p>1982 Eerste RIZIV-erkenning CIC De Ark</p> <p>1983 Opstart Familiewerking</p> <p>1983 Opstart Dienst Wetenschappelijk Onderzoek</p> <p>1985 Opstart drugstelefoon</p> <p>1986 Opening Tussenhuis in San Salvatorstraat te Gent (CIC)</p> <p>1989 Eerste jogging tegen verslaving</p> | <p>1991 Overname door Broeders van Liefde</p> <p>1992 Opstart Dagcentra in Gent en Brugge</p> <p>1993 Prins Filip op bezoek in Merelbeke</p> <p>1996 Riziv-erkenning voor DCBG en DCM</p> <p>1998 Opstart sociale Werkplaats De Sleutel</p> <p>1999 Op 8 oktober feestelijke viering 25 jaar De Sleutel in Brussel</p> |
|---|--|--|

1970

1980

1990

THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP MERELBEKE

- | | |
|---|---|
| <p>1974 Opgestart in Mendonk o.m. onderdak in Knesselare</p> | <p>1994 De Kluis in Sint Martens Latem</p> <p>1996 Verhuis naar Oostakker</p> <p>1998 Intrek in het door de Broeders van Liefde gerenoveerd gebouw Wondelgem</p> |
|---|---|

AANBOD VOOR MINDERJARIGEN/RKJ

- 1996** Opstart voor minderjarigen binnen werking CIC /Merelbeke
- 1998** Verhuis naar Huize Bethanië in Knesselare
- 1999** Officiële erkenning voor residentiële hulp voor minderjarigen in Eeklo

AMBULANTE CENTRA

- | | |
|--|---|
| <p>1984 Opstart in Berchem/Deurne in gebouw Jeugdwerk</p> <p>1989 eigenlijke start Dagcentrum Antwerpen op 1 september</p> | <p>1992 Opstart Dagcentrum Gent en Brugge</p> <p>1993 Opstart Dagcentrum Mechelen en Brussel</p> <p>1996 RIZIV-erkenning ambulante werking in Brugge en Mechelen</p> <p>1999 Heropening Dagcentrum Brussel</p> <p>1996 Opening antennes in Knokke-Heist, Aalst</p> |
|--|---|

THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP (TG) VOOR DUBBEL DIAGNOSE

- 1994** PTG Ovaal Lokeren wordt overgenomen door Broeders van Liefde
- 1997** RIZIV erkenning TG Sint Kruis Winkel

CIC

- | | |
|--|---|
| <p>1980 verhuis De Ark van Mendonk naar Meerhem Gent</p> <p>1983 eerste RIZIV-erkenning voor 15 pers.</p> <p>1987 verhuis naar Merelbeke (<i>samen met TG en Centrale diensten</i>)</p> | <p>1992 de oorspronkelijke benaming De Ark verdwijnt</p> |
|--|---|

PREVENTIE

- | | |
|--|--|
| <p>1980 Lancering lesmap "Moeder Hasjies is de beste"</p> <p>1986 Opstart dienst Preventie</p> <p>1988 "Drugs praat erover"</p> | <p>1992 Sleutelreinen combineert tijdens schoolreis voorlichting over drugs met getuigenissen</p> <p>1997 train de trainer principe met Contactsleutels Lancering Contactsleutels (lager) (train de trainer)</p> |
|--|--|

▼ Recente visie momenten

- 2002 Lancering www.desleutel.be
- 2004 Start wervingsacties op straat via DDF t.v.v. preventie
- 2004 CIC neemt deel aan Openbedrijven dag
- 2004 18 mei betoging personeel De Sleutel in Brussel tegen besparingen
- 2004 Studiedag: Dubbeldiagnose in ambulante drughulpverlening
- 2005 Project Kunci Indonesië uit startblokken
- 2005 Eerste Zeezeildag
- 2005 Opstart Proefzorg ism Justitie in Gent
- 2006 Unplugged werkt, evidenced based preventie
- 2007 Kerstconcert tvv De Sleutel in stadschouwburg Brugge
- 2007 Dagwerking in Brugge werkt samen met eerste klasser Cercle
- 2007 Damien Versele wordt algemeen Directeur
- 2008 12 december: academische zitting met Prof Schippers rond Drugs en maatschappij (g)een zorg voor iedereen?
- 2008 22 mei bezoek Prins Filip in Mussennest Brugge en het RKJ Eeklo
- 2008 Lancering cannabisstandpunt ▼
- 2009 Viering 10 jaar Dagcentrum Brussel op 2 oktober

- 2010 Lancering visie op substitutiebehandeling ▼
- 2010 Lancering visie op behandeling minderjarigen met verslaving ▼
- 2011 Academische zitting rond Werk als hefboom voor integratie, 't werkt
- 2011 Lancering vernieuwde visie op verslaving op interne studiedag ▼
- 2012 Nieuwe website ook gericht op de gebruiker
- 2013 Opening nieuwbouw school RKJ Eeklo
- 2013 ESF-kwaliteitslabel verlengd met drie jaar
- 2013 De Sleutel onder de Hoge Bescherming van Koning Filip
- 2014 Opstart sportproject
- 2014 Feestelijke zitting "Verslavingszorg uitgedaagd" op 14 november
- 2014 Lancering visie op sport ▼
- 2014 Lancering visietekst rond kwaliteitsbeleid in De Sleutel ▼

2000

- 2002 Terugkeer naar gebouw Merelbeke
- 2005 Lancering zeilproject ism 51 en VWV-Nieuwpoort
- 2006 TGM zet deuren open met kerstmarkt
- 2009 Grote Boekenmarkt tvv De Sleutel

- 2003 Officiële opening RKJ in Eeklo op 26 september
- 2004 Erkenning RKJ onder Bijzondere Jeugdzorg
- 2007 Start vrijwillige opnames(RIZIV)
- 2008 Prins Filip op bezoek

- 2001 Leerwerkproject 't Mussennest in Brugge van start op 1 september
- 2004 10 jaar ambulante drughulpverlening in Mechelen
- 2007 Samenwerking Veurne in de verf gezet met studiedag op 15 mei
- 2009 Verhuis dagcentrum Gent van Meerhem naar Stropstraat
- 2009 Start Contingency Mangement project in Mechelen
- 2009 Heroriëntering Mussennest naar Vroeginterventieproject

- 2004 Nazorg ism initiatief voor Beschut Wonen Zagan
- 2005 Verhuis van Sint Kruiswinkel naar Gent
- 2007 Viering 10 TGG met tentoonstelling Bloed Zweet en tranen

- 2001 verhuis naar Wondelgem
- 2004 Grote CIC-opendeur in kader van Openbedrijvendag
- 2007 Gouverneur Denys op bezoek in CIC
- 2009 Opendeurdag nav 30 jaar CIC

- 2001 Lancering 'Het gat in de haag' (kleuter)
- 2006 Knowhow-project in Rusland
- 2007 Lancering Unplugged (middelbaar)
- 2008 Start Vlaamse projectfinanciering dankzij programma Unplugged (MO)

2010

- 2012 Cliënten putten kracht uit Ronde van Vlaanderen
- 2014 Intensieve samenwerking met werkplaats voor activeringstrajecten

- 2011 Start samenwerking met Ziekenhuisschool stad Gent
- 2014 Start time out-project Bruggen Bouwen
- 2014 Erkenning onder Agentschap Zorg en Gezondheid

- 2010 Officiële (her)opening Dagcentrum Antwerpen
- 2011 Dagcentrum Brussel wordt in december noodgedwongen gesloten
- 2012 Dagcentrum Gent pioniert met Outreach
- 2014 Viering 20 jaar dagcentrum Brugge met Prof Adriaenssens

- 2010 Ouderwerking in de verf gezet dankzij project "Omdat vader zijn belangrijk is"
- 2011 Bergtocht in de Pyreneeën
- 2014 Realisatie tuinproject als geïntegreerde methodiek
- 2014 Traject naar Werk ism Sociale Werkplaats

- 2012 Start samenwerking met justitie rond "verslaafde veelplegers"
- 2013 "Ontwen om werk"-project zet in op activering met sociale werkplaats
- 2013 Deelname aan Dag van de Zorg (17 maart 2013)

- 2010 Campagne Campagne 'Drugs, Zwijgen is toestemmen' & 'Waar wacht je op om erover te praten'
- 2010 Sleutelspel krijgt Europees label
- 2012 Erkenning als terreinorganisatie voor training leerkrachten door Vlaamse overheid
- 2013 Lancering 'Het gat in de haag' (kleuter)
- 2014 studiedag voorstelling "Topspel" (Lager)

“DRUGGEBRUIK AL LANG MEER DAN GROOTSTEDELIJK PROBLEEM”



“Toen ik in 1993 in Dagcentrum Antwerpen begon te werken was dat in één van de eerste dagcentra voor ambulante hulpverlening aan drugverslaafden met een erkenning van het RIZIV.

We behandelden toen hoofdzakelijk heroïneverslaafden met substitutiebehandeling in combinatie met psychosociale begeleiding. Het betrof personen met een lange voorgeschiedenis van heroïneverslaving zonder hulpverlening, vaak een tiental jaren. De fysieke verslaving was bij deze mensen groot. Ook het percentage intraveneuze gebruikers en seropositieven voor hepatitis B en voornamelijk hepatitis C was hoog. Ons behandeldoel was in eerste instantie stabilisatie en sociale integratie. Dat werd ook vaak bereikt want mensen gaan toch al gauw hun heroïnegebruik minderen als ze niet meer om de paar uur een toediening nodig hebben om niet ziek te zijn. Het behandelteam in ons ambulante centrum maakte een evaluatie van de verschillende levensdomeinen van de cliënt en een behandelplan in onderling overleg met die cliënt. Een gestructureerd aanbod met behandelcontract was en is daarin zeker ook belangrijk.

Drugverslaving was toen ook een grootstedelijk probleem. Naarmate er meer centra kwamen werd de “gap” tussen start druggebruik en begin van de hulpverlening kleiner. De mate van fysieke verslaving en percentage van besmetting door infecties verminderden hierdoor wel wat. Het

cliëntprofiel veranderde dus. Tegelijk werd harddruggebruik een fenomeen van niet enkel de grootstad maar ook van kleinere steden. Het druggebruik verspreidde zich tot in de provinciesteden en gemeenten. Zo vroeg de stad Mechelen in 1994 ook om een centrum voor behandeling van drugverslaafden en werd in 1997 “Dagcentrum Mechelen” erkend.

Ook het soort drugs dat gebruikt, verandert tot op heden. Gebruik van heroïne, cocaïne, amfetamines, cannabis, nicotine en alcoholgebruik kenden we al in de jaren 70. Daarna kwamen er 10-tallen designerdrugs, GHB, ketamine,... bij. Als arts kreeg je dan ook te maken met de specifieke toxiciteit van die verschillende producten en de specifieke lichamelijke verslaving. Omdat we vertrouwd waren met de sterkere fysieke verslaving door heroïnegebruik hadden we daar in de jaren '90 niet zo veel aandacht voor. Maar al deze drugs geven in zekere mate lichamelijke verslaving. Ook opmerkelijk was dat veel cliënten last kregen van de drang naar hun middel eens ze stoppogingen ondernamen. Het heeft tot de DSM V geduurd om dit kenmerk van verslaving op te nemen in de criteria. Jammer genoeg heeft de toenemende kennis over de neurobiologie en de kliniek van verslaving niet geleid tot meer medicamenteuze behandelmogelijkheden. In dagcentrum Mechelen hebben we dan ook andere hulpmiddelen in de praktijk gebracht, denk aan de methodiek van Contingency Management. Parallel met de begeleiding bieden we gedurende 12 weken een systeem van strikte monitoring van het abstinente zijn met een waardebon als incentive. Deze bijkomende methodiek passen we toe voor jongeren die meestal op vraag van hun omgeving naar ons centrum komen en zelf (nog) niet zoveel last van hun druggebruik ervaren. Daarnaast heeft Dagcentrum Mechelen ook steeds “onderdak gegeven” aan de zelfhulpgroep voor ouders en andere familieleden van problematische druggebruikers. Zij worden vaak ernstig belast door de problemen van hun druggebruikend kind. Hun nood en de steun die zij zelf bieden zijn zeer belangrijk en een vaste waarde in ons centrum. Wij houden er ook aan hen te informeren over onze werking en hen te betrekken bij een behandeltraject. Een ander knelpunt blijft de stigmatisering van onze cliënten met repressie door justitie en bemoeilijking van hun toegang tot werk, hulpverlening, geestelijke gezondheidszorg als gevolg. Het is een kwalijke zaak dat toenemende knowhow over aanpak van de problematiek hier niet heeft kunnen aan verhelpen”.

Dr Annemie Vrijders, arts dagcentrum Mechelen (in dienst bij De Sleutel sinds april 1993)

ENGAGEMENT VAN HULPVERLENERS NU ANDERS INGEVULD



andere majeure problematieken, los van het verslavingsprobleem (automutilatie, psychosen,...). Met soms acute toestanden tot gevolg. We experimenteerden daarmee en gingen mee in het verhaal van onze cliënt. Nu is alles beter gekaderd en omschreven in protocols en criteria. Tot in de jaren '90 stond onze crisisafdeling hoofdzakelijk in functie van de eigen TG-werking. Vandaag zijn alle interne afdelingen gelijkwaardig en werken we veel meer samen met onze partners in regionale zorgnetwerken.

In de geschiedenis hebben we ook vaak moeten meesurfen met wat op beleidsniveau werd beslist. Denk aan de komst van de MSOC's, de prioriteit voor meer ambulante thuiszorg (art 107) het werken met justitiecliënten... Vandaag merken we op onze werkvloer dat ook de lokale politiek invloed heeft. In Antwerpen zien we nu meer instroom van gebruikers die administratief of politieel tegen de lamp zijn gelopen. Hun GAS-boete wordt mogelijks kwijtgescholden, op voorwaarde dat ze bij ons in een oriëntatietraject volgen. Dat heeft invloed op onze instroom en werking."

Wim Aertssen, voormalig afdelingshoofd (DCG, CIC), individueel therapeut in DCA, in dienst sinds 1979

"Toen destijds bij De Sleutel begon als psychiatrisch verpleegkundige, was het team in de TG in Mendonk bezig met het optarten van een kleine aparte crisis "kamer". Nieuwe bewoners, vaak nog onder invloed, kregen er hun eerste screening. Overdag kregen ze therapie. 's Nachts bleef je als begeleider bij hen op kamer slapen. In de beginjaren was het TG-gedachtengoed 'de bijbel'. De waarden respect, eerlijkheid, verantwoordelijkheid en vriendschap stonden centraal, ook voor de staf. Door je levensstijl als hulpverlener was je een rolmodel, 24 u per dag. "Wat je vraagt van de cliënt moet je zelf ook uitdragen". Zo hielden we zelf in team ook wekelijkse confrontatiegroepen waarin we elkaar op een erg directe en emotionele wijze aanspraken op gedrag en houding. Voor mij ging dat soms té ver. Wel was er een sterke onderlinge verbondenheid. Nu zijn er geen emo-groepen meer maar worden bij uitzondering interviews georganiseerd. De dag van vandaag is er een even grote solidariteit en empathie van hulpverleners. We kunnen nu wel werken binnen een duidelijker professioneel kader qua aanpak, houding, wetenschappelijke kennis en logistiek. De ingrijpende intieme sfeer binnen de stafteams van de beginjaren heeft plaatsgemaakt voor een meer gereserveerde ingehouden houding. Ik kijk er soms wel met heimwee naar terug. Maar, het opgebrand-zijn door het te vergaande persoonlijke engagement is verdwenen. In de beginperiode stond het team ook meer open voor

Paul De Neve



† IN MEMORIAM Anthony Nevejans

Herinnering aan een competente, betrokken en ingoëie collega die met weinig woorden, maar des te meer daden, onze missie van mensen – kansen – groeien belichaamde.

Op zondag 14 september 2014 is Anthony Nevejans heel plots overleden.

Anthony belichaamde waar De Sleutel voor staat in het dagdagelijks werken met cliënten en doelgroepmedewerkers. Hij was sterk betrokken op zijn werk en gaf zijn jongens in de klussendienst een nieuw toekomstperspectief. Hij leerde hen het vak, maar was ook een luisterend oor, bekrachtigde het positieve. Hij leerde hen te geloven in eigen kracht, op eigen benen te staan. Allen waren opgetogen over hun leermeester, hun mentor, hun coach. Als geen ander wist Anthony relaties aan te gaan met mensen: hij nam tijd om te luisteren naar het verhaal van de ander, en het positieve te blijven zien en te benadrukken. Een vriendelijk woord, een knipoog, een plagerige kwinkslag, een schouderklopje,...We zullen hem hard missen.

“VANDAAG ZIJN WE ECHT EEN PROFESSIONELE WERKPLAATS GEWORDEN”

“De eerste sociale werkplaats-activiteiten zijn opgestart in mei 1998 in het voormalige gemeentehuis van Sleidinge. Heel kleinschalig. Onze eerste ploeg bestond uit 5 mensen met een gesco contract die werden toegeleid door de VDAB. Ondanks het voornemen om ons helemaal te focussen op mensen met een drugproblematiek, kregen we van dag één al mensen met een ander profiel doorgestuurd. Ook vandaag richten we ons niet exclusief naar personen met een drugprobleem. In elk geval moet men langdurig werkloos zijn, maar steeds is er een ruimere problematiek aan de orde. Zelf was ik erbij zes maanden na de opstart, vanaf het moment dat we ons klein atelier in Merelbeke opgestart hebben. We deden vooral grote mailings (o.m. voor die Keure), verpakkingsopdrachten, productie- en assemblagewerk (vb badkamertoebereiden, fotokaders, fietsbinders). Ik heb ooit gewerkt als begeleider in de industriële werkplaats, als werkplaatsbegeleider groendienst, als trajectbegeleider maar was ook actief rond het realiseren van doorstroom naar het reguliere circuit....

Zelf heb ik een communicatie-achtergrond en verwachtte mijn baas dat ik vooral van aanpakken wist. Ik startte met relatief weinig technische bagage en beschikte niet over een specifieke sociale achtergrond. Dat zou nu ondenkbaar zijn.

Vanaf eind 1999 kenden we een grote groei. We haalden erkenningen binnen voor ander soort werk (eerst groendienst, later renovatie) en om meer doelgroepmedewerkers tewerk te stellen en te begeleiden. Die groei werd dus ook van overheidswege bevorderd. In de jaren daarna volgde de opstart van aparte werkplaatsen in Brugge, Antwerpen en Mechelen. Het soort werk vroeg ook meer technische begeleiding. Om dat op te vangen werden er technisch geschoolde werkplaatsbegeleiders aangeworven.

Qua soort werk zijn we na verloop van tijd gebotst op onze eigen grenzen. Grootchalige renovatie-opdrachten doen we vandaag bijvoorbeeld niet meer. Dit werd te zwaar voor het omkaderingspersoneel dat we per ploeg konden installeren. We focussen nu meer op klussen en kleinere renovaties.

Ook de manier waarop ik mijn Weerwerk-orderboekje vul, is serieus veranderd. In het begin haalden we contracten binnen dankzij goede netwerkers en contacten met openbare besturen. Vandaag komt het een groot deel na een openbare aanbesteding of via actieve prospectie.

Doordat we ontstaan zijn vanuit de hulpverlening, staan de cliënt en de begeleiding altijd centraal. De nood om ook op het methodische te focussen was van in de aanvang aanwezig. We hebben daar ook heel wat knowhow rond op-



gebouwd. Dat inhoudelijk werk financieren was en is echter niet evident. Om extra begeleiders binnen onze teams geïnstalleerd te krijgen haalden we ESF-projecten binnen, om de inhoudelijke werking uit bouwen gingen we samenwerkingen aan met het OCMW voor artikel 60-medewerkers. Dat is eerst gelukt in Gent met de oprichting van Perspectief in 2001. Samen beschikten we over de knowhow om alle levensdomeinen (van middelengebruik tot inkomen en woonst) op te volgen. In Mechelen en Brugge is zo'n uitbouw niet gelukt. In Antwerpen uiteindelijk wel.

Vandaag zijn we echt een professionele werkplaats geworden. Het economische en de rendabiliteit zijn nu even belangrijk als het inhoudelijke, zeker sinds we onze operationele werkzaamheden onder Weerwerk bundelden.

De lat voor wie bij ons solliciteert, ligt vandaag wel hoger in vergelijking met vroeger. We verwachten echt dat er kwalitatief werk wordt afgeleverd. Destijds kon iedereen bij ons starten, los van motivatie en attitude. Nu zijn er goede screenings- en evaluatiemethodes. We moeten veel minder overgaan tot ontslag. Vandaag geraakt zeker niet iedereen binnen in Weerwerk. Voor hen is er een ander traject nodig.

Ook inzake achtergrond van onze doelgroepmedewerkers merken we een evolutie. We werken nog altijd met heel wat nationaliteiten (constant ongeveer 50% niet-Belgen). In de beginjaren trokken we meer mensen aan met een Marokkaanse of Turkse achtergrond. Vandaag hebben we veel mensen afkomstig uit het Balkangebied, Afghanistan, Irak, ...

Wat wel een constante is: de doelstelling van doorstroom, nu zelfs met wat druk vanuit de overheid. Ik sta daar achter, het verplicht ons om rond competenties bezig te blijven. Maar ik denk dat de tewerkstelling in de sociale economie voor 80 % van ons mensen het maximaal haalbare is. Een cliënt die na jaren geknoei eindelijk wat standvastigheid gevonden heeft, is niet geneigd die sprong te wagen en bv in een interimcontract te stappen. We moeten rekening blijven houden met het plafond van onze mensen”.

Mario Polfiet, Coördinator Weerwerk Antwerpen (in dienst sinds februari 1999)

“HOE HEBBEN ZE HET VOLGEHOUDEN”



Veertig jaar? 40! Er zijn van die momenten, vooral op maandagmorgen, dat ik denk: “Hoe hebben ze het volgehouden?” Toen ik, nu ook al weer acht jaar geleden, de leiding opnam van vzw Labeur, een kleine sociale werkplaats uit het Gentse, kreeg ik van één van mijn bestuurders een gouden tip: kijk naar De Sleutel. En naar Ateljee. Daarmee moest ik het doen.

Maar met kijken alleen, raak je niet vooruit, integendeel. Kijken doe je vanop de zijkant; ik moest in het peloton geraken, liefst vooraan. En, als het even kon, zelfs met de eersten over de eindmeet finishen.

Dacht ik toch. Dus begonnen we even aan een oefening industriële spionage. Wat doet De Sleutel? Ateljee? Maar evenzeer: Compaan of Ryhove. Kopieer ze, was me in het oor gefluisterd. Doe zoals hen en je stuwt Labeur naar ongekende, ja zelfs onverhoopte hoogtes.

Erg goed voelde ik me daar niet bij. Niet in het minst omdat ik enkele collega's – waaronder, inderdaad, Guido Maertens – kende uit een eerder professioneel leven. Bovendien meende ik, toen al, dat management net iets meer betekent dan functioneren als kopieermachine.

Soit, ik heb altijd geloofd in samenwerking, in partnerschappen. “Pas op! Ze gaan u opslokken. Ze willen maar één ding: u overnemen,” zo kreeg ik te horen. Ik wou dat niet geloven. De bankencrisis had net de wereld op de knieën gekregen; zeker de wereld van de sociale economie. Als ik naar de sector luisterde, ging het telkens weer over tijdelijke werkloosheid, zelfs ontslagen, over omzetten die kelderden, sociale werkplaatsen die elkaar beduvelen door telkens weer onder de prijs van de collega's te werken. Binnen dit gegeven lukte het toch: Labeur en De Sleutel begonnen zelfs aan een gezamenlijke schildersopdracht.

In Eeklo. Het liep desastreus af. Labeur en De Sleutel werden door de opdrachtgever tegen elkaar uitgespeeld. Dat we vandaag nog on speaking terms zijn, komt alleen omdat mensen belangrijk zijn. Omdat Guido (Maertens), Wim (Speecke) en ikzelf gaan voor wat ons professioneel bovenal dierbaar is: onze organisatie, onze mensen. Langzaam leerde ik de collega's uit het Gentse kennen. Ook hun usp's, het unieke van elke organisatie. Die uniciteit bleek wel eens te botsen. Jarenlange bijeenkomsten rond de verhuis naar de UCO-site leerden me heel wat over de directeurs van de verschillende organisaties. En dus, zo veronderstel ik, ook over hoe hun organisatie wordt geleid, waar elk voor staat. Hoe ze hun organisatie proberen uit te bouwen of, minstens, van de ondergang proberen redden. Operationeel zijn er nauwelijks contacten tussen De Sleutel en Labeur, elk doet zijn eigen ding. Samen intekenen op aanbestedingen? Daarover is wel eens gepraat. Maar er is nooit iets gerealiseerd.

Toch blijft De Sleutel, althans voor mij, een referentieorganisatie. Hun expertise op het vlak van activeringstrajecten, hun niet aflatende inspanningen om methodisch te werken rond het opmaken van persoonlijke ontwikkelingsplannen, hun permanente wil om doorstroming daadwerkelijk te realiseren: stuk voor stuk items waarvoor velen De Sleutel bewonderen. Ook ik.

Ron Hermans (Directeur Labeur)

SOCIALE WERKPLAATS

- 1990**
- 1998** Opstart in Sleidinge/Merelbeke
- 1998** Erkenning vzw door Vlaamse overheid
- 2000**
- 2001** Verhuis naar Mahatma Gandistraat Gent
- 2002** Arbeidszorg ism ocmw Gent
- 2007** Erkenning als aannemer
- 2007** Start groenwerkplaats Antwerpen
- 2008** Lancering eigen website
- 2008** Opening Van Trier in Antwerpen
- 2009** Oprichting vzw Werkervaring
- 2010**
- 2012** De werkplaatsen opereren voortaan onder de noemer Weerwerk
- 2014** Methodiek activerende werkvloer valt in de prijzen

