

40
JAAR

[DeSleutel] magazine

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

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

36

driemaandelijkse tijdschrift | Nummer 36 | 2013 | oktober - november - december
Verantwoordelijke uitgever: Damien Versele, Jozef Guislainstraat 43a, 9000 Gent
Ond. nummer: 0406.633.304



Drughulpverlening voor minderjarigen: De Sleutel uitgedaagd

www.desleutel.be



[DeSleutel]

40 JAAR

MENSEN KANSEN GROEIEN

In dit nummer

- 3 Team dagcentrum Brugge viert 20 jaar met academische zitting
- 4 Drughulpverlening voor minderjarigen: De Sleutel uitgedaagd
- 7 Werken met de participatieladder in de begeleiding van mensen met een verslaving
- 10 Groepsinteractie versterkt individuele behandeling in dagcentrum Antwerpen
- 12 De R van rehabilitatie
- 14 Middelengebruik bij jongeren in Bijzondere Jeugdzorg
- 15 "Ontwen om Werk" wil laaggemotiveerde cliënten in traject naar werk en behandeling begeleiden

Damien Versele,

Algemeen Directeur De Sleutel

Vooreerst wil ik u, lezer van dit De Sleutel-magazine, hartelijke wensen overmaken voor een zalige kerst en een gelukkig 2014.

Drughulpverlening voor minderjarigen en jongvolwassenen staat centraal in dit nummer. De Sleutel heeft hierin de voorbije jaren op diverse plaatsen heel wat ervaring uitgebouwd. De komende jaren zetten we hier dan ook verder op in. Er wachten ons immers heel wat uitdagingen! Een jongere vraagt een andere behandeling dan een volwassene.... Vroegtijdige detectie en een correcte inschatting van drugproblemen zijn essentieel... En wat te denken van een crisisopvang specifiek voor minderjarigen? Lees vanaf blz 4 hoe we deze uitdagingen aangaan.

Intussen wijzigt het landschap van de hulpverlening. De Integrale Jeugdhulp is een feit. De jeugdhulpverlening wordt grondig bijgestuurd. Het nieuwe decreet stelt de jongere centraal. Dit wordt ook voor onze organisatie een uitdaging. Proefprojecten hebben uitgewezen dat 3 op de 10 jongeren in de jeugdzorg drugs gebruiken. Lees hierover meer in de bijdrage over Keep it Clean. Vanuit De Sleutel staan wij open voor alle vormen van samenwerking.

We hebben het in dit nummer ook over rehabilitatie (onze derde "R" in de reeks, naast re-moralisatie, remediatie en recovery). Het doel van rehabilitatie is om het functioneren van de cliënt in het dagelijks leven te verbeteren op gebieden zoals werk en opleiding, financiële situatie, wonen, familiale en sociale relaties, vrije tijd, eventuele chronische lichamelijke of psychische problemen. Lees op blz 12 hoe we onze cliënten ondersteunen in hun zoeken naar een volwaardige plaats in de maatschappij.

Werk als hefboom in de re-integratie van onze cliënten krijgt tijdens de komende periode meer gewicht binnen onze werking. Een voorbeeld hiervan is alvast het nieuwe "Ontwen om Werk" aanbod waarmee we laaggemotiveerde cliënten van het crisisinterventiecentrum in een traject naar werk en behandeling begeleiden. De sociale werkplaats van De Sleutel krijgt hierin een belangrijke opdracht. Als werk en welzijn (W²) samenkomen in het traject van een cliënt, dan is er nood aan een gezamenlijk referentiekader. De sociale werkplaats van De Sleutel introduceerde enkele jaren terug de participatieladder, om het participatieniveau van de cliënt aan de maatschappij in kaart te brengen.. In dit nummer verneemt u wat de wetenschappelijke onderbouw is van dit instrument en wat de toepassingen zijn binnen de sociale economie en de verslavingszorg.

Hoe belangrijk het hebben van werk in de praktijk soms kan zijn, kan u ook lezen in het verhaal van een cliënt van de interactiegroep uit het Dagcentrum Antwerpen. Dit groepsprogramma biedt onze cliënten een betere kijk op de eigen persoon en de verslaving.

We openen dit nummer eerst en vooral met een terugblik op het mooie feest ter gelegenheid van 20 jaar dagcentrum De Sleutel in Brugge. Het team vat met hernieuwde energie de komende 20 jaar aan. Op onze website vindt u een uitgebreidere reportage met enkele mooie sfeerbeelden.

Volgend jaar viert wij als netwerk ons 40-jarig bestaan. 2014 wordt een jaar van terugblikken en vooruitkijken met blijvend engagement voor verdere innovatie in preventie, hulpverlening en activering van jongeren en volwassenen in nauw overleg met onze zorgpartners

Graag dank ik u voor de volgehouden ondersteuning van onze werking en wens u alvast, namens alle medewerkers van De Sleutel een voorspoedig 2014.

Team dagcentrum Brugge viert 20 jaar met academische zitting



Het Dagcentrum De Sleutel te Brugge bestaat 20 jaar. Deze verjaardag werd midden oktober gevierd met een academische zitting met als gastspreker Prof Peter Adriaenssens. Tijdens de viering werd het team uitgebreid in de bloemetjes gezet. Met Wim Vens aan het roer kreeg dit ambulante centrum ook een nieuw afdelingshoofd.

Tijdens de academische zitting werd afscheidnemend afdelingshoofd Linda Doom gehuldigd. Ze verwees tijdens haar speech naar de uitnodiging. “We hebben ons verhaal van de voorbije 20 jaar de titel ‘van pionier tot gevestigde waarde’ meegegeven. Over pionier valt niet te twifelen. In 1992 opende ons dagcentrum voor gebruikers van illegale drugs én hun omgeving in de Kelkstraat, hartje Brugge. We hadden een huis, een beperkte financiering, een paar vrijwilligers en een opdracht: drughulp uitbouwen in de regio. En we gingen aan de slag...”, zo startte Linda Doom haar terugblik.

Linda Doom: “Vandaag trekken we steeds explicieter de kaart van de minderjarigen. We zetten in op selectieve en geïndiceerde preventie, kiezen voor vroeginterventie. Gelijktijdig verdiepen we onze visie op verslaving en de behandeling ervan. Van hieruit zoeken en vinden we aansluiting bij actuele evoluties rond vermaatschappelijking van de zorg, integrale jeugdhulp, het decreet welzijn-werk. En ondertussen,



doorheen deze 20 jaar, behandelden we meer dan 9000 aanmeldingen van druggebruikers of iemand uit hun naaste omgeving”.

Wim Vens, al 10 jaar werkzaam in het dagcentrum, wees er tijdens zijn maidenspeech op dat verslaving geen op zich staand fenomeen is maar een pathologie, veelal te situeren binnen een ruimere probleemsamenhang op verschillende levensdomeinen, waarbij zowel biologische, psychologische als sociale factoren van invloed zijn. “Dit maakt de behandeling van een verslavingsprobleem tot een complex gegeven wat in vele gevallen meer vraagt dan onze expertise die tot heden vooral afgestemd is op het bereiken van abstinentie of het onder controle krijgen van middelengebruik”, aldus het kerverse afdelingshoofd. Vandaar ook de keuze voor gastspreker Prof. Peter Adriaenssens. “We weten dat het proces van volwassenwording en identiteitsontwikkeling een cruciale periode vormt die factoren kan bevatten die het ontstaan van psychopathologie en verslaving kunnen beïnvloeden. We hopen vanuit dit verhaal over hechting aanknopingspunten te vinden die iets toevoegen aan onze expertise”, zo stelde Wim Vens.

Prof. Peter Adriaenssens slaagde er tijdens zijn uiteenzetting moeiteloos in om inzicht te geven in de relatie tussen hechtingsproblematiek en verslaving en de mogelijke gevolgen hiervan op behandeling. Onder de veelheid van ideeën waarmee hij de toehoorders

inspireerde halen wij er enkele uit :

- gehechtheid is een mechanisme dat instaat voor de regulatie van interne en externe stress
- gehechtheid is een dynamisch gegeven met vele nuances: er is veilige hechting maar ook angstig vermijdende tot angstig ambivalente hechting met tussenin verschillende schakeringen
- centraal staat het idee van mentaliseren: het vermogen om een onderscheid te maken tussen de eigen emotie (als ouder, hulpverlener, ...) en de emotionele toestand van de andere (kind, cliënt ...).
- de capaciteit tot mentaliseren ontstaat doorheen de veilige context van de opvoeding. Een verstoorde opvoedingssituatie heeft gevolgen op de ontwikkeling van het vermogen tot mentaliseren. Hier speelt de hulpverlener een rol in zoverre die de veilige haven wordt waarbinnen de cliënt het mentaliseren zo goed mogelijk aanleert of zich bewust wordt van de dysfuncties hierin. Dat veronderstelt van de hulpverlener de vaardigheid om contact te maken, een vertrouwensrelatie op te bouwen en ruimte te geven zodat de cliënt in het reine kan komen met opgelopen trauma's en tot aanvaarding komt van zijn ervaringen.

Met deze ideeën nam de professor ons meteen mee in de essentie van de “attachment based family therapy” en de “mentalization based therapy”.

Drughulpverlening voor minderjarigen: De Sleutel uitgedaagd

SITUERING

De Sleutel wenst zich als netwerk van categoriale hulpverlening voor personen met een drugprobleem uitdrukkelijk méér te richten naar minderjarigen (tot 18 jaar) en jongeren (tot 21 jaar).

De organisatie doet dit vanuit de wetenschap dat hoe vroeger iemand start met druggebruik, hoe groter de kans is dat hij of zij later een afhankelijkheid ontwikkelt. De ontwikkelingspsychologie en de neurobiologie leren ons bovendien dat jongeren kwetsbaarder zijn dan volwassenen m.b.t. druggebruik. Druggebruik op jonge leeftijd berokkent schade die onomkeerbaar kan zijn.

Binnen de groep van de voorzieningen van de Broeders van Liefde is het tevens de wens om verder in te gaan op de uitdaging van een toenemende zorgvraag bij kinderen en jongeren. Hierbij is het de bedoeling om te investeren in de verbinding tussen de diverse sectoren van onderwijs, welzijn en geestelijke gezondheidszorg. Voor wat drughulpverlening betreft: we zien immers jongeren met drugproblemen in scholen, in de groep van jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen en in de centra van De Sleutel.

Het zorglandschap in Vlaanderen wordt eveneens grondig hertekend in de komende jaren. De Sleutel wordt hierbij ook uitgedaagd om zich in te schrijven in deze hertekening. We willen vertrekken van de mogelijkheden die zich in deze veranderende context voordoen. We leggen hierbij vooral het accent op samenwerking in zorgtrajecten voor minderjarigen, zoals dit ook voor volwassenen uitgewerkt werd.

Binnen deze dynamische context zien wij tevens heel wat mogelijkheden om –zelfs binnen de huidige budgettaire krapte– de kwaliteit van het aanbod t.a.v. minderjarigen te verhogen, de samenwerking te verbeteren en de efficiëntie van de hulpverlening voor deze doelgroep op een hoger niveau te tillen.

WAT DAAGT ONS UIT?

Reeds enkele jaren is er binnen De Sleutel een reflectie gaande over welke uitdagingen we zien in het werken met minderjarigen en jongeren.⁽¹⁾

Uit een interne studie (1998-2004) blijkt dat het gemiddelde aantal jaren drugmisbruik voorafgaand aan een hulpvraag, varieert tussen de 3 en 7 jaar, afhankelijk van het product. Ook was dat gemiddelde overheen de jaren met één jaar opgeschoven, m.a.w. er is een trend om langer te wachten vooraleer beroep te doen op hulpverlening.⁽²⁾

Wat weten ook dat, ongeacht de aard van het product, het eerste misbruik zich concentreert tussen het 13-de en 19-de levensjaar, terwijl de eerste hulpvragen zich pas aandie-

nen vanaf de leeftijd van 19 jaar. Voorts stellen we vast dat het aandeel personen dat na zijn 25ste nog intensief begint te gebruiken, gestaag afneemt om tot 0 te worden herleid (een enkele uitzondering niet te na gesproken) eenmaal de 30 jaar gepasseerd.

Van hieruit stellen we ons enkele kritische vragen t.a.v. onze eigen werking én t.a.v. de ruimere context van hertekening van de zorgverlening:

1. Over welke alternatieven beschikken we om jongeren met een probleem van illegale drugs desgewenst toe te leiden naar de hulpverlening?

Middelenmisbruik bij minderjarigen is vaak een gemiste diagnose in de geestelijke gezondheidszorg. Ook in diverse hulpverleningsvormen voor jongeren zien we dat verslaving laattijdig wordt gedetecteerd en/of qua impact wordt onderschat. In het geval van verslaving is het gelijktijdig toepassen van structurerende en ondersteunende interventies een absolute noodzaak. Anderzijds heeft men vanuit de drughulpverlening te weinig oog voor de mogelijkheden die het emancipatorisch model biedt. Het gevolg is dat de drughulpverlening meestal achter de feiten aanholt en dat jongeren therapeutische programma's aangeboden krijgen die niet passen bij de problematiek (bvb. vroeginterventie, terwijl het gaat om jongeren die al meerdere jaren verslaafd zijn).





De Sleutel heeft via projecten ter bevordering van expertise-uitwisseling tussen bijzondere jeugdzorg en drughulpverlening in Brugge en Gent in de jaren 2010 – 2012⁽³⁾ ervaring opgedaan met het zgn. “outreach” werk, vroegdetectie en –interventie, specifiek naar jongeren die via initiatieven binnen de bijzondere jeugdzorg bereikt worden.

In de Bijzondere Jeugdzorg is al heel wat competentie aanwezig in het werken met minderjarigen. Het is dan ook logisch dat we proberen om zo weinig mogelijk de zorg over te nemen, maar eerder investeren in het ondersteunen en het binnenbrengen van competenties in de bestaande teams. De te verwachten winst ligt vooral in het versterken van bestaande competenties, het helpen detecteren en inschatten van drugproblemen, het (helpen) opstellen en uitvoeren van vroeginterventieprogramma’s voor experimenteren–de jongeren en de wederzijdse beïnvloeding en versterking van de twee sectoren.

Dergelijke projecten leren ons dat we in de toekomst verder moeten inzetten op de volgende alternatieven:

- het trainen in het gebruik van eenvoudige screeningsinstrumenten in diverse voorzieningen en het stimuleren van vroege screening van jongeren (en eventueel hun “gebruikende” context) op het vlak van druggebruik. Niet alle eerstelijnsdiensten, erkende MultiDisciplinaire Teams (MDT’s) ... zullen deze expertise in huis kunnen hebben. Kan een erkende consultfunctie uitgebouwd worden vanuit ambulante centra die expertise hebben in drughulpverlening?
- het maximaal mogelijk maken van informatieve gesprekken met de jongere en hierbij eventueel een begeleider vanuit de jeugdzorg betrekken in de gespecialiseerde drughulpverlening
- het integreren van outreachingsopdrachten vanuit bijvoorbeeld ambulante centra voor drughulpverlening (reeds gestart te Gent en Brugge): omwille van het aanklampend

werken. Door steeds opnieuw kansen te geven en op het terrein van de jongere zelf te komen, wordt vertrouwen opgebouwd t.a.v. de jongere. Dit maakt het mogelijk een band te scheppen waardoor jongeren een stap durven zetten naar hulpverlening m.b.t. een drugprobleem

- het organiseren van regelmatig overleg tussen alle betrokkenen (inclusief de jongere en zijn/haar omgeving) om de stappen in de begeleiding gezamenlijk te bepalen en op te volgen. Door deze overlegmomenten groeit de samenwerking waarbij een visie op specifieke aanpak en interventies wordt gevormd, uitgewisseld en uiteindelijk versterkt.

2. Kunnen we de methodieken, die nu in de drughulpverlening gebruikt worden, wijzigen in de richting van een specifieke aanpak t.a.v. minderjarigen?

De categoriale drughulpverlening is nog te veel gericht op het werken met volwassenen. We pleiten ervoor om bij de overgang naar de Vlaamse Gemeenschap te streven naar een goede regionale spreiding van gespecialiseerde teams die een voldoende hoge capaciteit (kunnen) halen om expertise met minderjarigen op te bouwen en te onderhouden. Dergelijke teams moeten zich modulair kunnen organiseren zodat er vlot heen en weer kan geschakeld worden tussen verschillende hulpverleningsvormen (outreaching, crisisinterventie, vroeginterventie, ambulante, semi-residentiële en residentiële behandeling, contextbegeleiding). Hierbij moet overwogen worden om bestaande hulpverleningsvormen (zoals bvb. de klassieke ambulante therapie) af te bouwen ten voordele van nieuwe vormen (zoals bvb. outreaching en semi-residentiële behandeling).

Interventies moeten gepland en uitgevoerd worden in samenwerking met andere hulpaanbieders (jongerenwelzijn, VAPH, CLB) en met het oog op een onderbouwd evenwicht tussen het principe van de minst ingrijpende maatregel en het bewaken van de fysieke en psychische integriteit van de jongere en zijn context.

We pleiten ervoor om deze teams de mogelijkheid te geven om gedurende een welomschreven periode verder te werken na de 18° verjaardag of dat er minstens een goede overgang gewaarborgd is naar de hulpverleningsvormen voor volwassenen.

Het spreekt voor zich dat deze teams zich maximaal moeten integreren binnen het systeem van de integrale jeugdhulp.

3. Het motiveren van jongeren met een verslavingsprobleem stelt heel wat uitdagingen

De minderjarige ondervindt meestal minder last en meer voordelen van zijn gebruik dan de volwassenen gebruiker. Er is dan ook vaak externe druk nodig vooraleer de jongere kan gemotiveerd worden om actief te participeren aan een intensiever hulpaanbod. Deze problematiek vereist een nauwe samenwerking tussen de hulpaanbieder en het jeugdparquet en de -rechtbank. Samenwerking tussen justitie en hulpverlening vormt echter steeds een voortdurende uitdaging om een gezond evenwicht te vinden tussen belangrijke principes zoals het beroepsgeheim, de rechtszekerheid en het respect voor de participatie en de wilsbekwaamheid van de jongere, het optreden in verontrustende situaties, de veiligheid en de rechtsorde in de samenleving enz...

De wet op de jeugdbescherming voorziet in de mogelijkheid tot gedwongen behandeling (ambulant of residentiële) maar tot op heden is dit dode letter gebleven. Wij geloven niet in gedwongen opnames 'tout court', maar denken wel dat –mits goede afspraken en een goede organisatie- meer mogelijkheden kunnen gecreëerd worden om jongeren “extern te motiveren” om hulp te aanvaarden. Hulpverlening “met de stok achter de deur” helpt bij minderjarigen met een verslavingsprobleem wel degelijk, en in onze ervaring vaak zelfs beter dan puur vrijwillige hulpverlening (o.a. omdat de jongeren minder snel opgeven).

4. Vastgestelde leemtes in het hulpaanbod vanuit onze ervaring

Vanuit onze werking zijn wij regelmatig getuige van situaties die eigenlijk onaanvaardbaar zijn voor een welvarende maatschappij als de onze. Er zijn heel weinig mogelijkheden om jongeren op een professionele wijze te omkaderen bij hun ontwenning in een voor jongeren aangepaste setting. Dit heeft tot gevolg dat jongeren ontwennen zonder aangepaste begeleiding of dat ze worden opgenomen met volwassenen en zo in contact komen met ongewenste situaties of personen. Er zou o.i. dringend werk moeten gemaakt worden van de organisatie van een netwerk voor aangepaste crisisopvang met detoxificatie-mogelijkheid voor deze doelgroep.

Lees de meer uitgebreide versie van deze bijdrage op onze website



Een tweede belangrijke hiaat is de gesloten residentiële behandeling. Wij worden regelmatig geconfronteerd met jongeren die niet of onvoldoende kunnen opgevangen worden in het Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma (RKJ) van De Sleutel te Eeklo. Het gaat om jongeren met een zeer destructief gebruik, jongeren die slachtoffer zijn van seksueel misbruik en prostitutie, jongeren met een suïcideproblematiek of jongeren van wie de psychische labiliteit dermate groot is dat ze niet kunnen functioneren in een groepsprogramma. In dergelijke situaties ziet men vaak geen andere mogelijkheid dan deze jongeren door te verwijzen naar de gemeenschapsinstellingen. Een maatregel die uiteraard geen fundamentele oplossing biedt, handenvol geld kost en het probleem alleen maar voor zich uit schuift. Een gesloten setting die het accent legt op behandeling en zorg kan hier een oplossing bieden.

BESLUIT

De huidige evoluties stellen ons voor heel wat uitdagingen, maar vooral voor een perspectief en nieuwe mogelijkheden om het aanbod voor jongeren met een verslavingsprobleem te verbeteren. Hierbij wijzen we op 3 aandachtspunten:

1. Voldoende erkenning voor de specificiteit van de doelgroep van minderjarigen met een probleem van illegale drugs en drughulpverlening. Dit zal wellicht leiden tot bijkomende modules in het hulpaanbod.
2. Voldoende aandacht voor de vroegtijdige detectie en een correcte inschatting van drugproblemen.
3. Voldoende aandacht voor levensbedreigende situaties die kunnen ontstaan bij middelenmisbruik en de daaruit volgende noodzaak aan snelheid bij het behandelen van een dossier én de noodzaak aan crisisopvang, ook eens een jongere is opgenomen in een voorziening voor personen met een handicap of een voorziening binnen bijzondere jeugdzorg.

⁽¹⁾ Zie visietekst “Werken met minderjarigen met een drugprobleem in het netwerk van De Sleutel”, www.desleutel.be

⁽²⁾ De Sleutel magazine, nr. 26, april-juni 2011

⁽³⁾ Zgn projecten minister Heeren “projecten ter bevordering van expertise-uitwisseling bijzondere jeugdzorg en drughulpverlening”

Wérken met de participatieladder in de begeleiding van mensen met een verslaving

De participatieladder biedt een referentiekader dat het belang en de relevantie van het samengaan van werk-, welzijns- en zorgpartners onderstreept. De doelstelling van het werken met de participatieladder is om mensen op maat van ieders individuele competenties te laten participeren in de maatschappij. Het is een instrument om iemands actuele participatieniveau vast te leggen en tegelijk het niveau voor de toekomst te bepalen.

De meer politieke bijklank van het oorspronkelijk begrip uit de late jaren 60 is niet meer. Het verwees toen meer naar burgerparticipatie in het beleid. De aandacht voor maatschappelijke participatie verschoof later naar specifieke groepen van mensen: jongeren, patiënten, mensen met een functiebeperking ... Met die verschuiving kreeg het begrip een veel bredere betekenis. Het verwijst naar iemands deelname aan het maatschappelijke leven in de brede betekenis van het woord. Wat betekent dit nu en hoe gaat men daar in de praktijk mee om?

Drie componenten

De participatieladder introduceert een manier van denken of kijken naar mensen die kan helpen om personen te positioneren op het vlak van hun maatschappelijke integratie. Binnen de context van de sociale economie ligt de focus van die maatschappelijke integratie heel sterk op arbeidsparticipatie. Het al dan niet hebben van werk en/of welk soort werk vormt dan ook de belangrijkste indicator om iemand op die ladder te positioneren en daar een aanbod op te enten. Een tabel ter verduidelijking:

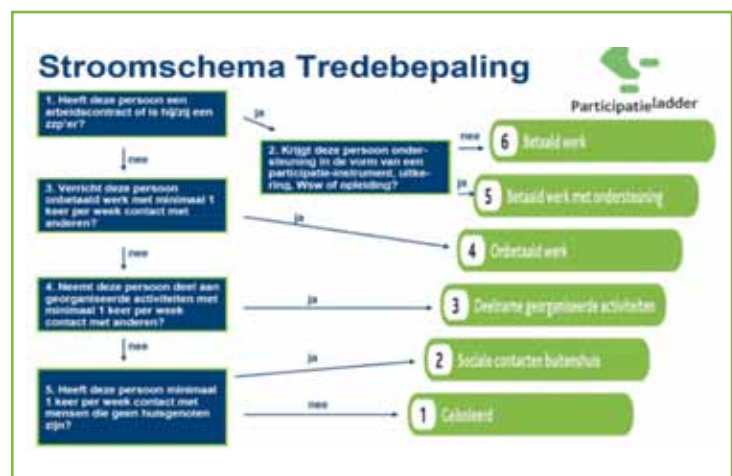
Mensen zonder arbeidscontract	
En geen aansluiting met activiteiten buitenshuis	→ hulpverlening
En wél aansluiting met activiteiten buitenshuis, maar ongepland, zonder regelmaat	→ zorg alle aandacht, met werk als middel
En wél aansluiting met activiteiten buitenshuis, met duidelijke regelmaat	→ werk kan, met nog veel zorg (arbeidszorg)
In staat tot werken als vrijwilliger	
Mensen met arbeidscontract	
In staat tot werken in een beschermde omgeving	→ een overeenstemmende werkomgeving
In staat tot werken in het normaal arbeidscircuit	

We herkennen hier drie componenten: het hebben van werk, de aansluiting op activiteiten én het hebben van een beschermende of ondersteunende omgeving.

In de praktijk

De vraag die we ons dan stellen is **hoe** personen die aankloppen bij de sociale werkplaatsen nu op die participatieladder worden gepositioneerd? In Nederland vonden we hiervoor een beslisboom die daarin kan helpen.

Het nadeel van deze beslisboom is dat abstractie wordt gemaakt van functionele karakteristieken die deelname aan de arbeidsmarkt en/of aan sociaal culturele activiteiten in de weg staan. Om het best passende antwoord te kunnen



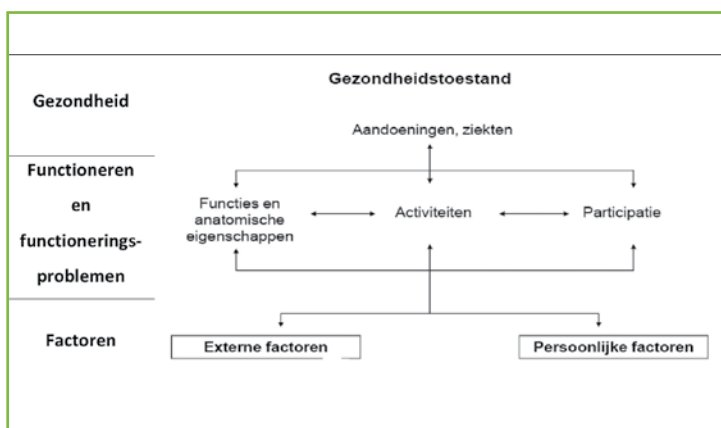
geven op iemands actuele deelname is het dus belangrijk om die positiebepaling juist te kunnen duiden. Daartoe mogen we niet alleen kijken naar het hebben van werk al dan niet contractueel, de aansluiting op activiteiten buitenshuis en de beschermingsgraad daarvoor. We moeten eigenlijk nog verder kijken, met name naar

- De mate waarin een persoon **kan** deelnemen aan het maatschappelijke leven
- De mate waarin een persoon dat ook **daadwerkelijk doet**
- De mate waarin hij/zij daar **steun bij nodig** heeft en
- De mate waarin hij/zij daar **al dan niet steun bij krijgt**.

Een handige tool om zicht te krijgen op dat geheel is het "internationaal classificatiesysteem voor functioneren, beperkingen en gezondheid" (ICF), dat in 2001 ontwikkeld en gepubliceerd werd vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit systeem is precies ontwikkeld om revalidatie- en (arbeids)re-integratie –initiatieven te helpen *holistische oplossingen* te ontwikkelen voor complexe problemen.

Het Internationaal Classificatiesysteem voor Functioneren (ICF)

Het ICF is een model dat zowel medische, functionele, sociale als omgevingsfactoren integreert.



Anders dan bij de internationale classificatie van “ziektes” (ICD) – waar de DSM in de geestelijke gezondheidszorg een afgeleide van is – ligt de focus van het ICF op het werkelijke functioneren van een persoon, op datgene wat *iemand effectief kan*, al dan niet met hulp (middelen), wat dan verwijst naar ondersteuning en naar persoonlijke en externe factoren.

Het gebruik van het ICF als instrument werd al voor verschillende doelgroepen en sectoren uitgewerkt, waaruit dan telkens een “ICF-coreset” ontstaat. Ook in de sociale economie werd binnen de context van arbeidscompetentie-ontwikkeling voor werkzoekenden met een arbeidshandicap en nood aan een zorg/empowerment traject of personen in arbeidsrehabilitatie een specifieke coreset uitgewerkt. Deze bestaat uit een selectie van functies, activiteiten en participatie, omgevings- en persoonlijke factoren, die voor het bepalen van een participatieniveau relevant zijn. Hoewel er voor elke categorie van het ICF een beknopte omschrijving is, vraagt werken met het ICF wel enige training⁽¹⁾.

In de verslavingszorg

Specifiek voor de verslavingszorg werd in de MATE⁽²⁾ (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie), evenals in de MATE-Y (Youth – Jongeren) op basis van die ICF een aparte module (MATE-ICN) uitgewerkt die *activiteiten en participatie meet, zorg en ondersteuning én externe factoren* die van invloed zijn op het herstelproces.

De MATE bestaat uit 10 modules, waarvan 8 zijn opgebouwd als interview en twee zelfrapporteringvragenlijsten zijn. Eén van de acht interview-modules is gebaseerd

op ICF, waarin eerst de *activiteiten en participatie* van de voorbije 30 dagen op zeven voor het maatschappelijke leven relevante domeinen worden overlopen. Bij elk van die domeinen, soms ook sub-domeinen, wordt dan telkens nagegaan of de persoon hier *ondersteuning* bij krijgt en hoeveel en door wie/ welke (maatschappelijke) voorziening. Tenslotte wordt gekeken naar *externe factoren* in de laatste 30 dagen die een *positieve of een negatieve invloed* kunnen hebben op het herstelproces. Die externe factoren – met positieve of negatieve invloed – kunnen aanwezig zijn bij partner, familie, vrienden, kennissen, burens, collega’s, ..., maar ze kunnen ook gevonden worden in de maatschappelijke attitudes van de betrokkene, of in de invloed van diensten, systemen en beleid, in casu juridische voorzieningen of in andere omstandigheden of factoren.

Anders dan in het ICF waar zowel de uitvoering van activiteiten en participatie als het vermogen om dat te doen worden gescoord, wordt in de MATE *enkel de uitvoering* beoordeeld. Dat betekent bijvoorbeeld dat als iemand niet zelfstandig huishoudelijke taken kan uitvoeren, maar wel met de hulp van anderen én die anderen zijn er voor die persoon, dan wordt ‘geen beperkingen’ gescoord op het vlak van huishoudelijke taken. De hulp van anderen wordt dan aangeduid onder externe factoren met een positieve invloed. Het voordeel van zo’n op ICF gebaseerd instrument t.o.v. bovenstaande beslisboom is, dat de “activiteiten buitenshuis” en de “beschermd omgeving” verder uitgewerkt en benoemd worden. Er wordt dieper gekeken dan alleen naar de expliciete zichtbare activiteiten en/of participatie. Met name bekijkt men evenzeer het kunnen *aangaan en onderhouden* van relaties en algemene tussenmenselijke interacties, het kunnen *verwerven en behouden* van woonruimte, huishoudelijke taken, het kunnen uitvoeren van dagelijkse *routinehandelingen*, omgaan met stress en andere mentale eisen, het kunnen leren en toepassen van *kennis*, problemen *oplossen*, *beslissingen* nemen, ... Er wordt ook verder gekeken dan alleen naar de aanwezigheid van een “theoretisch” ondersteunende omgeving. Die omgeving moet er ook (kunnen) *zijn* voor de betrokkene.

Het resultaat van de afname van deze interview-module (MATE-ICN) leidt tot één totaalscore voor beperkingen en drie scores, respectievelijk voor basale beperkingen, voor relationele beperkingen en voor zorg en ondersteuning bij beperkingen. Daarnaast zijn er nog drie scores die bepalend zijn voor de positieve, negatieve externe invloed en tenslotte de zorgbehoefte. Het biedt tevens een glasheldere basis om samen met de betrokkene een best passend en haalbaar traject uit te stippelen.

Het samengaan van de beleidsdomeinen

De nieuwe visie met de participatieladder als referentiekader heeft zich ook vertaald in een samenwerking op beleidsniveau. Overeenkomstig een actuele positionering op de participatieladder en de inschatting van een bereikbaar niveau van participatie, worden trajecten mogelijk gemaakt waarbij personen hetzij tijdelijk een tussentrap nemen alvorens betaald werk al dan niet met ondersteuning aan te kunnen, hetzij maatschappelijk georiënteerd worden naar welzijn en zorg, hetzij naar arbeidsmatige activiteiten onder begeleiding én met welzijns- en zorgondersteuning. Die ontwikkelingen zullen een grote invloed hebben op onze expliciete keuze in De Sleutel om een arbeidstraject tot een geïntegreerd onderdeel van de begeleiding van volwassen cliënten te maken. Het wordt dus een hele uitdaging om met een goed instrument dat aansluit op een door de overheid gehanteerd classificatiesysteem in alle afdelingen aan de slag te gaan met het oog op het vinden van het meest gepaste antwoord op de noden van personen ongeacht waar en in welke afdeling men zich aanmeldt.

(1) Een interessante presentatie die ICF en het werken met ICF toelicht is <http://prezi.com/kkrhg0794zul/icf-endaz-9-1-13/>

(2) Gerard M. Schippers, e.a. *Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications*, *Addiction*, 105, 862–871, 2010

MATE		7. Activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning (MATE-ICN)					
ICF Component d: Activiteiten en Participatie en Component e: Zorg en ondersteuning door diensten		Bepaling van de mate van beperking	Component e: Zorg en ondersteuning door diensten	Hoofddomein: Zorg en Ondersteuning	ZORG BEHOEFTE		
HOOFDSTUK	Component d: Activiteiten en Participatie	1 Wel de mate van beperking in: a. Gevoel b. Licht c. Macht d. Inzicht e. Volledig	Hoeveel zorg of ondersteuning kreeg de persoon hierbij?	1 Wel de hoeveelheid zorg in: a. Gevoel b. Licht c. Macht d. Inzicht e. Volledig	1 Wel de mate van behoefte aan ondersteuning?	2 Wel de mate van behoefte aan ondersteuning?	3 Wel de mate van behoefte aan ondersteuning?
	Waren er de laatste 30 dagen moeilijkheden met						
	Het aangaan en onderhouden van:						
TUSSENMENSLIJKE INTERACTIE EN RELATIES	d720 Intieme relaties «Had u moeilijkheden met uw partner? (of er mocht mee dat u geen partner had?)»		NVT		Ja	Ja	Ja
	d7600 Ouder-kind relaties «Waren er moeilijkheden in de omgang met uw kind(eren)? 1 Let op tekenen van verwaarlozing, misbruik.»		Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij, bijv. van de jeugdzorg?		Ja	Ja	Ja
	d760, d760 Informele sociale relaties en familierelaties «Had u moeilijkheden met familie of met vrienden?»		NVT		Ja	Ja	Ja
	d740 Formele relaties «Had u moeilijkheden in de omgang met uw werkgever, de zandiger, dienstverleners of zorgverleners?»		NVT		Nee	Nee	Nee
	d710, d720 Algemene tussenmenselijke interacties «Had u moeite om contact met andere mensen te maken of met andere mensen om te gaan?»		NVT		Ja	Ja	Ja
BELANGRIJKE LEVENSGEBIEDEN	d810, d810 Opleiding, beroep en werk «Had u moeilijkheden met werk of met het volgen van onderwijs?»		Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. in de vorm van werktoeleiding, arbeidsbemiddeling of scholing?		Ja	Ja	Ja
	d820 Economische zelfstandigheid «Had u moeite in uw dagelijks levensonderhoud te voorzien, kwam u geld tekort?»		Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. in de vorm van een uitkering of budgettering?		Ja	Ja	Ja
MAATSCHAPPELIJKE, SOCIAAL EN BURGERLIJK LEVEN	d920 Recreatie en vrije tijd «Had u moeite met het vinden of besteden van vrije tijd, bijvoorbeeld om te ontspannen of te sporten?»		NVT		Ja	Ja	Ja
	d940 Religie en spiritualiteit «Had u moeilijkheden met het meedelen aan religieuze of spirituele bijeenkomsten of organisaties in kader van zelfontplooiing het zoeken naar zingeving, religieuze of spirituele waarden?»		NVT		Ja	Ja	Ja
HUISHOUDEN	d840 Verwerven en behouden van woonruimte «Had u gebrek aan anderszins of had u andere problemen met huisvesting?»		Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. in de vorm van woonvoorzieningen of social pension?		Ja	Ja	Ja
	d840, d840 Huishoudelijke taken «Had u moeite met huishoudelijke taken, zoals inkopen doen, het bereiden van maaltijden of het huishouden doen?»		Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. van thuiszorg?		Ja	Ja	Ja

MATE-ICN: ICF core set and need for care

Groepsinteractie versterkt individuele behandeling

10

Bernard is 29 jaar en is de voorbije 6 jaar in behandeling in het dagcentrum te Antwerpen. Reeds op zijn tiende rookte hij zijn eerste joint. 's Avonds smokkelde hij toen ook al regelmatig een pintje bier mee naar boven om het dan stiekem in het donker op te drinken. Het was zijn manier om tegen de regels te zondigen. Misschien deed hij dit een beetje uit protest, omdat hij niet verder kon gaan in zijn turnen. Daar had hij talent voor.

Op zijn 12-de gebruikte Bernard al dagelijks cannabis en alcohol. Op zijn 14-de al experimenteerde hij met het basen van cocaïne. Bernard geraakte op latere leeftijd wel relatief vlot aan werk. Hij begon als onderhoudsmonteur en leerde er lassen. Hij ontdekte iets dat hij goed kon. Als snel maakte hij zich onmisbaar op de werkvloer. Werk was zijn hobby. Toch verloor hij meermaals zijn job. Omwille van agressie, niet opdagen op het werk. Uiteindelijk was het één van die werkgevers die Bernard deed inzien dat hij niet goed bezig was.

“Ik heb altijd goed mijn geld verdiend. Maar vaak moest ik na een week al een voorschot vragen op mijn loon. Toen mijn baas hier uitleg over vroeg, moest ik toegeven dat ik vast zat in het gebruik. Eerst gaf ik enkel toe dat het cannabis en alcohol was. Maar eigenlijk zat ik ook al vast aan cocaïne. Zo ben ik op mijn 24-ste bij De Sleutel terechtgekomen. Ik heb me er dan vier jaar ambulantly laten helpen in het dagcentrum van Antwerpen. Dat waren vooral gesprekken en individuele begeleiding. Ik heb dat twee jaar goed volgehouden. Ik wist mijn cannabisgebruik en alcoholgebruik te beperken en kon van de cocaïne afblijven. Tot het mis ging in mijn relatie.”

Na de breuk met zijn vriendin ging het serieus fout. Bernard werd verliefd op een meisje uit het gebruikersmilieu en is zwaar hervallen. “Na verloop van tijd stopte ik de begeleiding in het dagcentrum. Ik was zwaar aan de heroïne, zat met veel angsten om naar buiten te komen,... en werd uiteindelijk ook serieus ziek. Toen wou ik echt stoppen met heroïne. Toch duurde het meer dan een jaar voor ik me dan - via het dagcentrum van De Sleutel - liet opnemen bij de Broeders Alexianen”.

“Na die opname van drie maanden kon ik vrij vlot opnieuw werk vinden. Ik gebruikte enkel nog wat cannabis en alcohol en kwam opnieuw op gesprek in jullie dagcentrum. Toch bleef ik regelmatig hervallen. Ik denk omdat ik geen echt doel had, uit verveling. Het feit dat ik opnieuw geld verdiende, maakte het moeilijk om aan de verleiding te weerstaan”.

Na nog eens een opname, werd de ambulante begeleiding van Bernard in het dagcentrum uitgebreid. “Toen ze me voorstelden om in de interactiegroep mee te draaien ging ik daar meteen mee akkoord. Ik had van die opnames geleerd dat



Binnen de interactiegroep voorziet het programma zowel in individuele als groepsactiviteiten

ik eigenlijk thuis tegen mijn verslaving moest leren vechten. Tijdens zo'n opname is het makkelijk om clean te zijn, maar eenmaal thuis hervalt je dan. Het is goed dat je in zo'n groepsprogramma gans de dag bezig bent. Je hebt een reden om 's morgens niet te beginnen drinken of smoren. En 's avonds bots je opnieuw op je moeilijkheden. Maar 's anderendaags kan je daar wel weer aan verder werken.

“ 11 jaar gewerkt en niets bereikt ”

Het hoofdstuk werk heeft Bernard nu tijdelijk afgesloten. Ook al weet hij dat hij bij zijn vorige baas nog altijd welkom is. Teruggaan is echter geen goed idee, vindt Bernard. Hij is immers niet fier op zijn drugsverleden. “Bovendien is het praktisch niet te combineren. Vier dagen op vijf, zo'n 18 u per week doe ik mee aan de activiteiten tijdens het groepsprogramma. Dat gaat dan om kookactiviteiten, om sport zoals zwemmen of buitenactiviteiten als “Kubben” of een museumbezoek. Maar we leren ook omgaan met orde en vooral goed naar onszelf kijken. We krijgen hier bijvoorbeeld opdrachten rond hoe we de toekomst zien: waar wil je binnen twee maanden staan? Zo ben ik nu opnieuw naar een opname aan het gaan. We maken ook telkens een weekplanning en stellen onze eigen doelen voor. Concreet probeer ik nu tijdens de

week niet meer dan twee glazen te drinken en ook telkens een dag zonder alcohol in te lassen. Zo'n zaken bespreken we wekelijks in groep. Iedereen krijgt dan van de anderen feedback. We hebben het bijvoorbeeld ook regelmatig over iemands herhal tijdens het weekend en hoe daarmee om te gaan”.

Dankzij dat groepsprogramma kreeg Bernard een betere kijk op zijn eigen persoon en zijn verslaving.

“Na 9 maanden heb ik nu echt door dat ik mezelf te lang blaasjes heb wijsgemaakt. Ik vecht al een tijdje zwaar tegen dat gebruik, maar stel vast dat het niet lukt om het tijdens het weekend te laten. Ook al heb ik door mijn schuldbemiddeling niet veel budget... Wat zal dat op vrijdagavond dan geven na een echte werkweek... Ik wil eerst echt neen kunnen zeggen. Ik heb 11 jaar gewerkt in mijn leven en heb niets bereikt, ook al kon ik lassen als de beste.”

Dat besef is er pas echt gekomen dankzij dat groepsprogramma, door die interactie die ook individueel begeleid wordt. “Je wijst mekaar op fouten. Anderen spreken je dan aan over mogelijke gevaren of vragen zich af waarom je de lat niet hoger legt. Het feit dat je de eigen doelen verwoordt voor een groep van mede-gebruikers zorgt voor sociale druk. Tegen de volgende week wil je echt dat doel bereiken. Als je dan vaststelt dat je in het weekend blijft gebruiken, besef je dat je niet eerlijk bent met jezelf. Onbewust weet ik vooraf al zelf dat ik die vrijdagavond zal gebruiken. Dat dan ook effectief toegeven, helpt. Al vechtend tegen je schuldgevoel, begint het te wringen. Die twijfel is ook voelbaar als je anderen aanspreekt. Als je vraagt: 'Waarom spreek je nu af met die persoon', gekend als (ex) gebruiker?”

“We bekijken hier week per week tevens hoe we onze vrije tijd invullen. Zo staat in mijn planning dat ik vanavond mijn pleegouders bezoek, en morgen ga ik langs bij mijn vader. Mede dankzij mijn individuele begeleiding slaagde ik erin om de banden met hen terug aan te halen. Ook moet ik een afspraak maken met het ziekenhuis voor mijn verstuikte pols”.

“Ik droom ervan om geld op een serieuze manier te kunnen spenderen en om echt clean te kunnen door het leven gaan. Ik kreeg ook waardering en steun door mijn werk. Een van mijn vroegere bazen is destijds gaan praten met mijn ouders toen ik vier dagen in coma lag na een zelfmoordpoging/OD. Ik wil echt niet meer werken alleen om mijn drugs te betalen. Ik heb er genoeg van om telkens met 100 of 200 euro iets te gaan halen. Dat doet me echt pijn. Daar ben ik nu al twee jaar tegen aan het vechten”.

Interactiegroep : Wat?

Dit is een module binnen het ambulante aanbod van dagcentrum Antwerpen met een gemiddelde duur van 6 maanden. Het programma richt zich tot cliënten die beslist hebben om hun afhankelijkheid (van eender welk illegaal middel) aan te pakken en stappen te zetten naar een drugvrije sociale re-integratie. De prioritaire doelstellingen zijn: stoppen met gebruik, het komen tot een concreet perspectief op werk of opleiding en het uitbouwen van vrijetijdsbesteding en sociale contacten. Binnen de interactiegroep voorziet het programma zowel in individuele als groepsactiviteiten.

Groepsactiviteiten

- weekendevaluatie (o.a. uitvoering weekendplanning, leuke/moeilijke momenten en gebruik)
- opvolging interne weekplanning en persoonlijk doelenplan (kort overlopen wat er de komende week op het programma staat, bespreking in groep van ieders concrete acties of aandachtspunten)
- creatieve therapie (op niet-verbale wijze met jezelf en de ander bezig zijn)
- individuele werktijd (denkopdrachten waarbij men iets op papier moet zetten)
- workshops (vaardigheidstraining)
- sport – en buitenactiviteiten (2 u per week)
- koken (wekelijks)

Daarnaast krijgt elke cliënt ook **individuele uitdagingen** bijvoorbeeld door hen een verantwoordelijke functie te geven (voor koken, tijd en orde). Zo leert men anderen aanspreken bv rond netheid, te laat komen, edm.

Naast de interactiegroep kan de cliënt ook in individuele begeleiding of behandeling en beschikt het dagcentrum over een team van professionele begeleiders waarvan sommigen zich specifiek richten tot jongeren, echtparen of justitiecliënten. Via intensieve contacten ondersteunen zij het met de cliënt afgesproken veranderingstraject. Op indicatie kan ook een gedrags- of systeemtherapeutische behandeling worden opgestart. Partner en familie worden hierbij maximaal betrokken.

Het multidisciplinaire team is versterkt met twee verslavingsartsen en een psychiater. Binnen een psychosociale begeleiding kan eventueel een substitutie- of medicatiebehandeling opgestart worden.

De R van rehabilitatie

Deze bijdrage is de derde in een reeks over de 4 R-en. Eerst bespraken we remoralisatie of hoe we iemand weer hoop doen krijgen dat het nog anders kan. We vervolgden met de bespreking van remediatie of hoe we de verslaving zelf in de focus van de behandeling brengen. De derde "R", waar we het nu willen over hebben, is rehabilitatie. Het doel van rehabilitatie is om het functioneren in het dagelijks leven te verbeteren op gebieden zoals werk en opleiding, financiële situatie, wonen, familiale en sociale relaties, vrije tijd, eventuele chronische lichamelijke of psychische problemen. Op het moment dat rehabilitatie in de focus komt is de verslaving zelf onder controle gebracht. De laatste "R", die van recovery of herstel, wordt.

Positiever geformuleerd gaat rehabilitatie over hoe iemand terug een volwaardige plaats kan innemen in de maatschappij. Hoe kan hij een nieuwe levensstijl verwerven die hem toelaat om, een nieuwe identiteit te ontwikkelen die verder gaat dan deze van ex-druggebruiker, ondanks het feit dat er latent nog een chronische problematiek aanwezig is. Een leven na een behandeling zou gedreven moeten worden door interne motivatie en niet bepaald mogen worden door de vermindering van vervelende consequenties. Dit betekent dat een clean leven op zichzelf belonend wordt, waardoor activiteiten die geassocieerd zijn met druggebruik, niet meer relevant zijn.

Vrije tijd

Verslaafd zijn is een fenomeen dat veel tijd in beslag nam. Eens ontwend komt er daarom veel tijd vrij. Het feit dat iemand verslaafd is geweest - ook al is hij geremedieerd - heeft wel een aantal blijvende consequenties voor zijn vrije tijd. Dat betekent bijvoor-

beeld dat een aantal alternatieven in de vrije tijd die voor een 'gewone' mens wel kunnen – denk aan gewoon iets gaan drinken – voor een ex-verslaafde geen goed idee zijn. Hij blijft immers een risico voor verslaving met zich meedragen net omdat hij ooit al eens verslaafd was. Zo is het aangaan van nieuwe sociale contacten een belangrijk doel, maar waar doe je dit? Sporten kan wel een leuke vrijetijdsactiviteit worden, daarom is het belangrijk om tijdens de behandelingsfase hier al mee te beginnen, om dan tijdens de rehabilitatiefase verder te kunnen gaan. In elk geval blijkt ondersteuning bij de zoektocht naar wat men leuk vindt en waar men dit kan doen, dikwijls noodzakelijk.

Opleiding en tewerkstelling

De participatieladder is een handige tool om in kaart te brengen waar een individu op een bepaald moment staat inzake participatie in het maatschappelijk gebeuren. In het W² decreet van 1 juli 2011 van de Vlaamse Gemeenschap krijgt de participatieladder een centrale plaats. Elders in dit magazine leest u concrete informatie over dit instrument. Deze tool concretiseert de huidige mate van participatie van een individu in de maatschappij. De participatieladder laat toe om stapsgewijs en concreet aan te geven wat de volgende doelen en interventies zullen zijn. Het is bovendien interessant dat hierdoor de verschillende disciplines (bijvoorbeeld: activerende werkvloer, wonen, vrije tijd, therapeutische zorg) in één geheel kunnen werken, met behoud van hun specifieke focus. Dit betekent dat in één interventie, maar weliswaar fasegericht, begeleiders van verschillende zorgsectoren, hun eigen knowhow binnenbrengen in één geïntegreerd individueel plan.

Om doelgericht naar (her)integratie te werken vertrekken wij van volgende kernwoorden: herstelgericht, participatief en empowerend. Van bij aanvang wordt samen met de cliënt een actief ontwikkelingsgericht rehabilitatieplan opgesteld. In dit plan worden vooropgestelde doelen aangaande maatschappelijke participatie, identiteits- en competentieontwikkeling samen vastgelegd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. De rehabilitatie is dus in sé een individueel en uniek traject, maar de context (familie en/of belangrijke derden) wordt actief betrokken in dit proces.

Binnen De Sleutel geven we een centrale plaats aan de opleidings- en tewerkstellingsmogelijkheden. Kunnen werken impliceert ook een eigen inkomen kunnen verwerven, maar ook een ander zelfbeeld krijgen en nieuwe sociale relaties opbouwen. Werk dient niet alleen opgevat te worden als werken in het normaal economisch circuit, want dit is niet meer mogelijk voor iedereen. Werk kan ook deelname aan een activerende werkvloer betekenen of contractuele tewerkstelling in een beschermd circuit.

De vaardigheid om te leren werken wordt best verworven in een omgeving die zo veel als mogelijk een effectieve werksituatie benadert. In een werkatelier worden arbeidsmatige opdrachten aangeboden. Stages op de reële werkvloer zullen steeds een mogelijk ingrediënt zijn. Het systematisch verwerven van arbeids- en verwante sociale competenties verloopt in 3 fasen. Samengevat kunnen we stellen dat we tijdens fase 1 de focus leggen op het trainen van basisvaardigheden, tijdens fase 2 concentreren we ons op het leren nemen van verantwoordelijkheid en tijdens fase 3 gebeurt een screening en oriëntatie ⁽¹⁾.



We trachten de sociale omgeving van de cliënt zodanig te herorganiseren zodat deze uiteindelijk gekenmerkt wordt door belonende elementen.

Binnen dergelijk veilig werkatelier krijgen de doelgroep-werknemers de ruimte om onder andere hun persoonlijke talenten en gebreken, hun relationele mogelijkheden enz.. te ontdekken en hiermee te experimenteren. Om dit te integreren in een nieuw zelfbeeld kan een beroep worden gedaan op de ervaring en deskundigheid van drug- en andere hulpverlening. Een aansluitende interventie is dan het eerste contact met de arbeidscoach.

Wonen

Zeker voor wie langere tijd opgenomen was en niet terug kan naar zijn vorig netwerk, is wonen een belangrijk aandachtspunt tijdens de rehabilitatie. Nazorghuizen en initiatieven in beschut wonen gaan verder dan het aanbieden van een hotelfunctie, ze activeren hun bewoners ook op gebied van vrije tijd, sociale contacten en werk.

Community Reinforcement Approach en de andere levensterreinen

Wat we tot hier toe beschreven hebben wordt in de klinische en wetenschappelijke literatuur vermeld onder de noemer van CRA of Community Reinforcement Approach. Ook andere thema's worden onder de noemer CRA ondergebracht. Zo worden er in de Nederlandstalige literatuur niet minder dan 11 CRA-procedures beschreven:

- een psycho-educatief overzicht van wat essentieel is in CRA met afname van een tevredenheidslijst, vaststellen van behandeldoelen
- behandeldoelen en functieanalyse
- behandeldoelen en communicatievaardigheden
- behandeldoelen en probleem oplossen
- behandeldoelen en sociaal netwerk
- behandeldoelen en sobriety sampling⁽²⁾
- behandeldoelen en middelen weigeren
- behandeldoelen en plezierige activiteiten
- behandeldoelen en terugvalmanagement
- behandeldoelen en medicatie
- behandeldoelen en relatietherapie.

CRA tracht de cliënt te helpen bij het bereiken van een drugvrije levensstijl door de sociale levensstijl van de cliënt te beïnvloeden. We trachten de sociale omgeving van

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

Een essentieel element van CRA is vaardigheidstraining. De interventies omvatten: training van de vaardigheid om het eigen gebruikspatroon te herkennen, om te weigeren bij aanbidding van drugs, om hoge risicosituaties met betrekking tot herval te identificeren en er leren mee om te gaan (terugvalpreventie).

Rehabilitatie = Multidisciplinair en Interprofessioneel samenwerken

Een goede rehabilitatie laat toe om op structurele wijze de interventies op verschillende levensterreinen te combineren zodat we inspelen op de noden en verwachtingen van onze cliënten. Maar rehabilitatie gaat verder dan het herstel van de opgelopen schade: we willen dat de verslaafde leert om een leven op te bouwen dat belonend is zonder dat er middelenmisbruik aan te pas komt.

Medewerkers in een rehabilitatieprogramma moeten professioneel opgeleid zijn om in team te werken en over verschillende competenties beschikken. Dit team gaat gestructureerd en methodisch te werk. Van teamleden wordt verwacht dat zij discipline-overstijgend werken en dat zij buiten het centrum, met collega's binnen en buiten hun eigen netwerk, tot een volwaardige en intensieve samenwerking komen.

Tijdens de rehabilitatie komt de professionele hulpverlener nog sterk op de voorgrond. Dat zal minder het geval zijn tijdens de herstel- of recoveryfase. Deze laatste fase bespreken we volgende keer.

⁽¹⁾ Meer over onze methodiek rond "Activering binnen Sociale Werkplaats De Sleutel" in het De Sleutelmagazine 33, blz 14-15 of naar www.desleutel.nl ("de Activerende werkvloer").

⁽²⁾ Periodes van clean zijn

Middelengebruik bij jongeren in Bijzondere Jeugdzorg

14

Uit onderzoek blijkt dat jongeren die begeleid of opgevangen worden binnen de bijzondere jeugdzorg regelmatig ook met drugs te maken hebben. Dankzij samenwerking met de drughulpverlening kon al werk worden gemaakt van de versterking van de knowhow van de teams binnen de bijzondere jeugdzorg. De Sleutel wil hier actief aan meewerken.

Keep it Clean was een samenwerkingsproject ⁽¹⁾ in de regio Gent waarin 7 voorzieningen bijzondere jeugdzorg en 2 druggespecialiseerde centra, waaronder De Sleutel, hun krachten bundelden. Drie jaar lang werden informatie en bevindingen uitgewisseld met als doel initiatieven te ontwikkelen die gericht zijn op de specifieke noden van voorzieningen binnen de bijzondere jeugdzorg, inzake preventie en aanpak van druggebruik.

De Sleutel werd o.m. gevraagd voor teamondersteuning en voor het binnenbrengen van knowhow inzake drughulp. Concreet gaven we ondersteuning bv door mee aanwezig te zijn op casusbesprekingen. Gezien het bij deze doelgroep vaak om complexe problematieken gaat, is het immers aangewezen om met een ruim team na te denken over wie best residentieel wordt opgevangen en wie best niet. Vanuit ambulante hulpverlening bestaat de samenwerking erin om samen trajecten op te zetten via outreach. Ook is er een samenwerking met onze afdeling voor minderjarigen, waar een "time out"-mogelijkheid gecreëerd werd.

Opmerkelijke eindconclusies proefproject

Bij de afronding van het Keep it Clean-project werden volgende resultaten bekendgemaakt:

- 3 op 10 jongeren in de bijzondere jeugdzorg gebruikt drugs;
- 1 op 10 gebruikende jongeren in de bijzondere jeugdzorg groeit op in een gezin waar 1 of beide ouders ook drugs gebruiken ;
- Zowel bij jongeren als bij opvoedingsverantwoordelijken komt combigebruik veelvuldig voor ;

Preventie, tijdige detectie, dagelijkse aanpak van misbruik en toeleiding naar gespecialiseerde zorg vormen een blijvende uitdaging voor elk team binnen de jeugdzorg. Er is nood aan een creatief zoekproces omtrent het bereiken van gebruikende ouders en aan betere samenwerking tussen de sectoren jeugdzorg en drughulp. De kwalitatieve aanpak van drugproblematiek dient ook een structurele basis te hebben. Het opbouwen van wederzijdse bruggen tussen de sectoren vraagt om een consequenter beleid.

Meer info op www.projectkeepitclean.be en op www.desleutel.be .



Plaats vinden in "Integrale Jeugdhulp"

In maart treedt de integrale jeugdhulp in Vlaanderen in werking. Het nieuwe decreet stelt de jongere centraal en hertekent het jeugdhulplandschap volledig. Uitgangspunt is dat elke jongere die hulp nodig heeft, zo snel mogelijk en in zo weinig mogelijk stappen, passende hulp moet kunnen vinden. Van hulpverleners wordt verwacht dat ze in eerste instantie de mogelijkheden van de jongeren en de context, het gezin, gaan aanspreken en versterken. Concreet zal een jongere straks niet steeds opnieuw voor de jeugdrechter moeten verschijnen als de situatie verandert. Intussen is men gaandeweg alle jeugdhulpvoorzieningen aan het omvormen tot multifunctionele centra. De organisatie zal de hulp zelf kunnen bijsturen. Er komt ook een onderscheid tussen lichtere jeugdhulp, voor iedereen snel bereikbaar, en zwaardere, alleen voor wie die echt nodig heeft. Hulpdiensten zullen het gezin dan via een centrale "Toegangspoort" kunnen aanmelden. De bestaande procedures die toegang geven tot de jeugdhulp veranderen dus ingrijpend. Tegelijk verdwijnen de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg. Ook de werking van de bemiddelingscommissies stopt. In de plaats komen er Ondersteuningscentra Jeugdzorg.

Enkele cijfers

In 5 jaar tijd steeg het aantal jongeren in de bijzondere jeugdzorg met 15%, tot bijna 27.000. De stijging situeert zich vooral bij jonge kinderen. Bijna 1 op 3 is zelfs jonger dan 10 jaar. Er zijn ook meer meisjes dan jongens. De groep van jongeren die een als misdrijf omschreven feit (MOF) plegen, nam af van 3.100 in 2011 naar 2.700 in 2012. De overgrote meerderheid – zo'n 24000 - komt in aanraking met jeugdzorg omdat ze in een problematische opvoedingssituatie (POS) opgroeien. Ook voor de drughulpverlening heeft deze hervorming impact. Jongeren die in een problematische opvoedingssituatie opgroeien, vormen een risicogroep voor druggebruik. Vanuit De Sleutel staan wij open voor alle vormen van samenwerking. We willen ons steentje bijdragen in de kennisoverdracht rond deze problematiek binnen integrale jeugdzorg.

⁽¹⁾ Het eindrapport van dit project (binnen de voorzieningen Vzw Stappen, Vzw Hadron, Vzw aPart, Vzw Jongerenhuis, CAB, Vzw De Totem, OOC De Waai, gefinancierd door het Agentschap Jongerenwelzijn met als druggespecialiseerde partners De Sleutel en CGG Eclips) vindt u op www.desleutel.be

“Ontwen om Werk” wil laaggemotiveerde cliënten van het crisisinterventiecentrum in traject naar werk en behandeling begeleiden



“Het Ontwen om Werk-programma zal cliënten ook sterker maken bij hun latere stappen naar hulp en re-integratie.”

“Ontwen om Werk” wil laaggemotiveerde cliënten van het crisisinterventiecentrum in traject naar werk en behandeling begeleiden.

Hoe slagen we er in om meer cliënten te motiveren om daadwerkelijk een hulpverleningsprogramma op te starten? Dat was de vraag die men zich in het Crisisinterventiecentrum (CIC) stelde. Nog te veel cliënten haken na een relatief korte periode in het centrum af. Sommigen onder hen zijn weinig gemotiveerd om zich verder te laten behandelen. In samenwerking met de sociale werkplaatsen in Gent en Antwerpen en het dagcentrum Antwerpen is daarom vorige maand een proefproject gestart waarbij we de factor “werk” voor het eerst inbrengen binnen de crisiswerking.

We laten Elien Vanborm aan het woord over deze vernieuwende “Ontwen om Werk”-module. Elien is afgestudeerd als bachelor orthopedagogie en maatschappelijk werk en werkt momenteel drie jaar in het CIC. In de beginperiode was ze actief op de sociale dienst, de laatste 2,5 jaar als intake- en justitiemedewerker in onze crisisinterventie-unit.

Hoe is het nieuwe CIC-aanbod “Ontwen om Werk” gegroeid?

Elien: Het idee is ontstaan eind 2011 na een oproep tijdens het ‘Drugscongres 2020’. Daar deed men een appel op residentiële hulpverleners om creatiever te zijn in hun aanbod naar laaggemotiveerde cliënten. Ons afdelingshoofd Geert Verhaege is hier toen mee aan de slag gegaan. Ook eigen cijfers van het CIC bevestigden dat er veel drempels waren. Te veel cliënten haken nog af na de eerste weken ontwenning en revalidatie (40 % na week 1, 20% extra na week 2) en geraken dus niet in een traject naar hulp. Die uitval is een uitdaging. Het gaat om mensen die ‘vastzitten’ in druggebruik, maar een langdurige opname niet zien zitten. Toch hebben ze allemaal het verlangen om een ‘normaal’ leven te leiden en dus ook een vaste tewerkstelling te hebben. Metingen van onze dienst wetenschappelijk onderzoek wijzen uit dat een gemiddelde stabilisatie d.m.v. detox of substitutie in het crisisinterventiecentrum 17,8 dagen duurt. De kans dat deze groep laaggemotiveerden niet stabiel het programma verlaat, is dus relatief groot. Van daaruit groeide het idee om samen met de sociale werkplaatsen van De Sleutel en het dagcentrum te Antwerpen een nieuwe laagdrempelige tewerkstellingsmodule op te zetten die het succes op stabilisatie vergroot en tegelijk een motiverend perspectief biedt aan die groep cliënten. We doen dit door arbeidstherapie te integreren in de revalidatie en op die manier reeds vroeg in de revalidatie een perspectief naar opleiding, tewerkstelling en legaal inkomen te bieden. Tegelijk spelen we hiermee in op beleid rond W² waarin gesteld wordt dat welzijn en werk meer op elkaar moeten afgestemd worden.

Met welke problemen kampt de gemiddelde cliënt in het CIC ?

Elien: Het gaat om mensen met een verslavingsprobleem die er niet meer in slagen om de eindjes aan elkaar te knopen. Vaak kwamen ze terecht in de criminaliteit om hun gebruik te financieren. Hun administratie is meestal niet meer in orde, soms leven ze op straat. Er zijn problemen op meerdere levensdomeinen. Met dit nieuwe aanbod willen we de cliënt opnieuw perspectief bieden en hen een positieve ervaring bieden binnen de hulpverlening.



Komt elke CIC-cliënt in aanmerking voor dit proefproject?

Elien: We kunnen hiermee starten op beperkte basis dankzij de erkenning als proefproject door het RIZIV. Bij de start reserveren we 1 van onze bedden. We moeten wel voorwaarden stellen. Cliënten dienen in Antwerpen woonachtig te zijn, mogen niet illegaal in ons land verblijven, moeten in regel zijn met de mutualiteit,... De meerwaarde is dat ze in een ruimer traject zullen zitten. Normaal verblijven cliënten een 6 tot 8-tal weken in het CIC. Bij dit project zullen ze al snel, parallel met het residentieel verblijf in het CIC, kunnen meedraaien op de activerende werkvloer van de Sociale Werkplaats. Dit moet hen ook sterker maken bij hun latere stappen naar hulp en re-integratie.

Hoe verloopt dergelijke aanpak in de praktijk?

Elien: De eerste twee weken bestaan uit stabilisatie, ontwenning, opvolging door de artsen inzake substitutiemedicatie. Vanaf week 3 start de prevocatienele training op de activerende werkvloer. Dit beslaat vier namiddagen per week gedurende een drietal weken. De werkplaats werkt met goed afgebakende fasen. We starten op de werkvloer in Gent met fase 1, wat inhoudt dat ze vooral werken aan arbeidsattitudes zoals het nemen van kleine verantwoordelijkheden, op tijd leren komen en natuurlijk ook clean aan het werk zijn. Het gaat dan om lichte arbeid zoals het renoveren van meubilair. Als alles goed loopt, laten we de cliënt tijdens week 7 kennismaken met het aanbod van ons netwerk in het Antwerpse: dagcentrum en sociale werkplaats, aangezien hij of zij daar een woonplaats heeft. Om het werktraject verder te zetten, voorzien we dan een kennismaking met de sociale werkplaats te Antwerpen. Ze worden ook meteen ingeschreven bij de VDAB, als eerste stap richting arbeidsmarkt, in combinatie met een opvolging via ambulante therapie in het dagcentrum van Antwerpen.

Elien, hoe zorg je voor goede afstemming tussen begeleiders sociale werkplaats en CIC?

Elien: Dat wordt een mooie uitdaging. We werken immers met vier afdelingen rond één cliënt, waarbij ik de bindende factor zal zijn. De methodiek hebben we samen uitgewerkt. Alles start met de aanmelding in het CIC. Deze basisgegevens worden aan alle betrokkenen bezorgd. De cliënt wordt daarna voorgesteld op het indicatiestellingsteam in de Sociale Werkplaats waar ik mee aanwezig ben. Verder zullen er ook regelmatig informele contacten zijn die duidelijk maken hoe alles loopt. Op het einde van het traject in Antwerpen is er opnieuw een evaluatie, ditmaal met de cliënt.

Hoe ziet u de toekomst tegemoet?

Elien: Het proefproject is iets volledig nieuw. We starten bewust heel kleinschalig. We bekijken het cliënt per cliënt. Tussentijds blijven we evalueren en bijsturen waar nodig. Zoiets opstarten heeft ook veel praktische impact binnen het CIC: het transport moet goed geregeld worden, cliënten die terug van het werk naar het CIC komen moeten gecheckt worden op illegale middelen, enz. Ook de opvolging en de communicatie worden heel belangrijk. We werken met veel hulpverleners rond de cliënt en deze mag hiervan geen nadelen ondervinden. Nadat we dit traject een aantal maal hebben doorlopen, zie ik een mooi groeipotentieel voor latere cliënten.

Directie & centrale diensten

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

Dagcentrum Antwerpen (DCA)

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

Dagcentrum Brugge (DCBG)

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

Dagcentrum Mechelen (DCM)

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

Dagcentrum Gent (DCG)

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

Crisisinterventiecentrum (CIC)

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

Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (TGM)

Hundelgemsesteenweg 1
9820 Merelbeke
T 09 253 44 40
F 09 253 44 35
E tgm.info@fracarita.org

Therapeutische Gemeenschap Gent (TGG)

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

Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma

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

Preventiedienst

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

VZW Sociale Werkplaatsen De Sleutel Gent

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

VZW Sociale Werkplaatsen De Sleutel Antwerpen

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

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