

Erkenningsnummer P702012

België-Belgique
P.B.
9000 Gent
3/3505

THERAPEUTISCHPROGRAMMAVOORDRUGGEBRUIKERS



4 Jaargang 23 | juli, oktober, november, december 2015

Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



Herstelgericht werken

Op 30 oktober ging het congres “Herstelgericht werken in de verslavingszorg” door in het Vlaams Parlement. Op dit congres werd de nieuwe Vlaamse visietekst voor de verslavingszorg voorgesteld aan een breed publiek. Voorafgaand aan dit congres hebben een veertigtal deskundigen (waaronder ikzelf) samengewerkt om de essentie van de toekomstige verslaafdenzorg op papier te krijgen.

Bedoeling is dat deze tekst nog voor de kerstvakantie wordt bekrachtigd door het Vlaams Parlement. Daarna kan ze dienen als kader voor het uitwerken van een nieuw Vlaams decreet voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Een decreet dat deze keer naast de klassieke Geestelijke Gezondheidszorg ook de verslavingszorg zal moeten omvatten. Tegen eind 2017 moet deze regelgeving klaar zijn zodat er voor de nieuwe Vlaamse bevoegdheden (zesde staats-hervorming) eindelijk ook een Vlaamse regelgeving is uitgewerkt.

Een groot deel van de Geestelijke Gezondheidszorg is nu een Vlaamse bevoegdheid, maar niet alles. Ook de federale Minister van Volksgezondheid, Maggie De Block neemt volop initiatieven om de Geestelijke Gezondheidszorg te reorganiseren. Met het zogenaamd artikel 107 voor volwassenen en meer recent met artikel 11 voor kinderen en jongeren wordt volop ingezet op de ontwikkeling van zorgcircuits en zorgnetwerken. De verslavingszorg moet zich hierin dus volledig integreren. In het netwerk voor kinderen en jongeren wordt bijvoorbeeld expliciet aandacht gevraagd voor jongeren met een verslavingsprobleem, voor kinderen van drugverslaafde ouders en voor de scharnierleeftijd 16-25 jaar.

De visietekst “Herstelgericht werken in de verslavingszorg” is een degelijke en vrij evenwichtige basis om verder beleid te voeren. Wat ik het meest betreurt is dat er amper aandacht is voor het feit

dat veel drugverslaafden ook een justitiële problematiek hebben. Met De Kiem pleiten we al jaren voor meer inspanningen en initiatieven om drugverslaafden die in de gevangenis verblijven te helpen. Jammer genoeg wordt dit ook in deze visietekst amper aangehaald.

Recent heeft De Kiem in de gevangenis van Gent een proefproject uitgevoerd waarbij 20 verslaafde gedetineerden een intensief programma hebben gevolgd met de bedoeling om meer probleeminzicht te verwerven en de motivatie tot verandering te verhogen. Dit project kreeg als titel “Drugs de baas?!” De universiteit van Gent zal nu onderzoeken of het volgen van dit programma effectief een invloed heeft gehad op de deelnemers.

In het Tipi project van De Kiem worden al 20 jaar verslaafde ouders opgenomen samen met hun kind(eren). Om de ouder-kind binding aan te moedigen of te herstellen wordt hierbij gebruik gemaakt van een specifieke methodiek: de video-interactiebegeleiding. Aan de hand van enkele getuigenissen wordt deze methodiek voorgesteld.

Werken met drugverslaafden vraagt om een sterk team. Bouwen aan zo’n sterk team doen we onder andere met een “team-dag”. We laten jullie meegenieten van enkele sfeerbeelden.

Als laatste krijgen Iggy en een ouder het woord. Iggy beschrijft zeer doeltreffend hoe een TG programma tegelijk hard werken is aan jezelf en toch samen plezier beleven. Hoe belangrijk de familiewerking voor hem is geweest en hoe ook de nazorgfase ontzettend belangrijk is. De mama van Kenny bevestigt dit.

Het jaareinde nadert. Straks vieren we kerst en nieuwjaar na een bijzonder dramatisch jaar. Moge 2017 een jaar zonder haat zijn!

Dirk Vandevelde
Directeur



Congres Herstelgericht werken in de verslavingszorg

Op 30 oktober 2015 werd de visietekst “Herstelgericht werken in de verslavingszorg” besproken met professionelen, beleidsmedewerkers en ervaringsdeskundigen. Het congres ging door in de gebouwen van het Vlaams Parlement. De bevoegde minister, Jo Vandeurzen, opende het debat.



Deze visietekst is er gekomen om richting te geven aan het Vlaamse beleid rond verslaafdenzorg. De tekst kreeg vorm na ruim overleg tussen beleidsmakers en een veertigtal vertegenwoordigers uit de gespecialiseerde verslaafdenzorg, de brede Geestelijke Gezondheidszorg, ex-verslaafden en familievertegenwoordigers en de betrokken sectoren zoals werk, wonen, justitie...enz.. Met de zesde staatshervorming zijn er verschillende bevoegdheden overgeheveld naar de Vlaamse Overheid. De revalidatiecentra, waartoe ook De Kiem behoort, zijn voortaan een Vlaamse bevoegdheid. Door deze overdracht van bevoegdheden krijgt Vlaanderen de mogelijkheid om een meer congruent beleid uit te werken betreffende de zorg voor mensen met een verslavingsprobleem en hun omgeving.

De tekst is opgebouwd rond 3 belangrijke beleidsopties:

1. De aansluiting tussen de verslavingszorg en de algemene Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).
2. Herstelgerichte zorg.
3. Gericht op specifieke zorgnoden van de cliënt en zijn omgeving.

De volledige tekst kan je terugvinden op https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Zorgaanbod/Geestelijke_gezondheidszorg/Visietekst%20verslavingszorg%2030.10.2015.pdf of op www.dekiem.be

de
kiem



De aansluiting tussen de verslavingszorg en de algemene Geestelijke Gezondheidszorg

Een eerste duidelijke beleids optie is dat de verslaafdenzorg voortaan wordt ingebed in de ruimere Geestelijke Gezondheidszorg. Deze inbedding moet het mogelijk maken om meer flexibele zorgtrajecten uit te werken, meer zorg op maat te bieden en een garantie op zorgcontinuïteit.

De aansluiting van de gespecialiseerde verslavingszorg bij de Geestelijke Gezondheidszorg beoogt een inhoudelijke harmonisatie met respect voor de identiteit, de opdrachten en de competenties van de verschillende voorzieningen. Daarom wil Vlaanderen de bestaande expertise rond verslavingszorg verankeren in een nieuw beleid dat intense en betere samenwerking toelaat met de verschillende diensten binnen de GGZ en de afstemming faciliteert met andere zorgactoren en partners in belendende sectoren. Deze aansluiting moet zorgen voor een beter en efficiënter afgestemd zorgaanbod met een verhoogde zorgcontinuïteit.

Naar analogie met de hervormingsbewegingen in de GGZ voor volwassenen en kinderen en jongeren wenst de Vlaamse overheid de zorg voor personen met een verslavingsprobleem te organiseren in zorgcircuits (afgestemd zorgaanbod) en zorgnetwerken (samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders dat zorgcircuits organiseert).

Hierdoor zullen individuele zorgtrajecten gecoördineerd verlopen en wordt de zorgcontinuïteit verzekerd.

Ten aanzien van een aantal cliënten betekent dit concreet dat de betrokken zorgactoren tot een gezamenlijk handelingsplan komen, waarbij wordt afgesproken welke actor wat, wanneer doet.

De zorg sluit op die manier zo dicht mogelijk aan op de behoeften en zorgvragen van de cliënt en zijn omgeving.

Bedenking:

De categoriale drughulpverlening had liever gezien dat er een aparte sector werd gecreëerd voor de drughulpverlening, omdat op die manier alles dat met verslaving en druggebruik of –misbruik te maken heeft kan worden samengebracht: van drugpreventie over vroegdetectie en vroeginterventie tot behandeling en nazorg. De Minister kiest nu voor een andere optie. Preventie en behandeling worden in afzonderlijke structuren ondergebracht, hoewel er ook wordt aangegeven dat dit naadloos op elkaar

moet aansluiten. De nieuwe koers is nu duidelijk. Aan de partners van de gespecialiseerde drughulpverlening en aan de partners uit de algemene Geestelijke Gezondheidszorg om elkaar hierin te vinden en in de toekomst meer samen te werken binnen een nieuwe structuur. In de dagelijkse praktijk wordt hier nu al volop aan gewerkt. De consequentie is wel dat door zoveel partners samen te brengen er nu met heel veel mensen moet worden overlegd en vergaderd. Het betreft partners die worden aangestuurd door verschillende ministers, Federaal en Vlaams. De richtlijnen die van bovenaf worden opgelegd zijn niet altijd op elkaar afgestemd. Laat ons hopen (en er met zijn allen voor zorgen) dat dit uiteindelijk resulteert in meer samenwerking en vooral meer aangepaste zorg en zorgcontinuïteit voor de cliënten.

Herstelgerichte zorg

De tweede beleids optie legt de nadruk op herstelgericht werken en vertrekt hierbij van volgende definitie voor een persoon met een verslaving:

“Herstel van verslavingsgedrag en eraan gerelateerde problemen is een individueel proces van positieve verandering, op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling.”

Verslavingsgedrag wordt hier ruim bedoeld: het betreft zowel problematische gebruik van middelen als gedragsverslavingen (gokken, gamen, internet) en ermee gepaard gaande problemen op vlak van lichamelijke en psychische gezondheid, werk, huisvesting, politie-justitie.

Vanuit een ‘herstel’-bevorderende houding worden personen ondersteund om zelf controle te verwerven over het eigen leven, onder meer door controle te verwerven over hun middelengebruik.

Daarbij dienen zelfbepaling en keuzevrijheid voorop te staan. Het ontwikkelen van een nieuwe positieve identiteit evenals maatschappelijke inclusie en volwaardig burgerschap zijn de streefdoelen van herstelgerichte zorg.

Het herstel draait rond positieve veranderingen op verschillende levensdomeinen.

Op vlak van verslaving zijn verschillende streefdoelen mogelijk: abstinentie, gecontroleerd of verminderd gebruik, of het verminderen van de schadelijke gevolgen voor de persoon met een verslavingsprobleem en/of zijn omgeving.



Bedenking:

In de voorafgaande besprekingen was het opvallend hoe het begrip herstelgericht werken voor de geestelijke gezondheidszorg en zeker voor de klassieke psychiatrie een bijna volledige herorientatie betekent van hun visie. In elk geval een minder louter medisch autoritaire benadering van de verslaafde. Voor de gespecialiseerde verslaafdenzorg en zeker voor therapeutische gemeenschappen is dit de evidentie zelf. Therapeutische gemeenschappen zijn destijds opgericht door ex-verslaafden, hebben altijd de nadruk gelegd op de ontwikkeling van een nieuwe positieve identiteit, op maatschappelijke inclusie en op het betrekken van de familie.

De GGZ denkt nu na hoe ze ervaringsdeskundigen kunnen inschakelen in hun werking. In De Kiem is het inschakelen van ex-verslaafden al 40 jaar een beleidsvisie. Momenteel is ongeveer 10% van de medewerkers (5 op 50) een ervaringsdeskundige. Ze zijn tewerkgesteld in diverse functies.

Gericht op specifieke zorgnoden van de cliënt en zijn omgeving

Een derde duidelijk accent in deze visietekst betreft nieuwe tendensen en doelgroepen.

De verslavingszorg zal, naast de aandacht voor personen met een afhankelijkheid aan alcohol en drugs ook moeten inzetten op mensen die gebruik/misbruik maken van andere psychoactieve stoffen (medicatie, designer-drugs.) en op gedragsverslavingen zoals gok- en gameverslavingen.

Sommige bevolkingsgroepen lopen een hoger risico op verslavingsproblemen of vragen om specifieke aandacht. Deze specifieke doelgroepen moeten in kaart gebracht worden om gepaste behandelstrategieën te kunnen ontwikkelen.

Van de hulpverlening wordt verwacht dat ze bestaande goede praktijken consolideert en dat ze open staat om nieuwe zorgvormen te integreren in het al bestaande en diverse continuüm van behandelingsvormen (vroegdetectie-behandeling-nazorg).

Bedenking:

In deze visietekst worden mogelijke nieuwe doelgroepen niet meer benoemd of opgesomd. Dit is wellicht gedaan om door de opsomming niemand uit te sluiten.

In een vorige versie stonden die wel expliciet opgesomd: het ging dan over zwangere vrouwen die middelen misbruiken, kinderen van druggebruikers, jongeren met gedragsproblemen of een gameverslaving, daklozen, mensen in armoede, druggebruikers met een mentale beperking, gedetineerden.

De link met justitie wordt in deze visietekst veel minder gelegd dan dat het aan bod is gekomen tijdens de voorbereidende werkgroepen. Bezit van illegale drugs is nog altijd een misdrijf en gaat zeer vaak gepaard met vermogensdelicten. De helft van de gedetineerden heeft ooit illegale drugs gebruikt. Het wordt hoog tijd om hun re-integratiekansen te verhogen door binnen de gevangenis een behandelingsaanbod uit te werken en het zorgtraject in de gevangenis en de zorgsector op elkaar af te stemmen. In het strategisch plan "Hulp- en Dienstverlening aan Gedetineerden" (2015-2020) - ook een bevoegdheid van Minister Vandeurzen - is daar nochtans wel veel aandacht voor. Als Minister

Vandeurzen op het recente drugscongres 2015 (Gent, 17 november) zijn visietekst komt voorstellen, dan besteedt hij opvallend veel aandacht aan de drugverslaafde gedetineerde. Mogelijks is een gebrek aan middelen de verklaring waarom dit in deze visietekst is geschrapd. Is hulpverlening binnen de gevangenis een taak van Justitie, Volksgezondheid Federaal of Volksgezondheid Vlaams? Hoog tijd dat de verschillende ministers daar samen een beslissing in nemen zodat er eindelijk binnen de gevangenis een aanbod kan worden uitgewerkt. Dat behandeling aan drugverslaafden in de gevangenis werkt is al voldoende wetenschappelijk aangetoond. De Kiem ijvert al jaren voor meer zorg voor drugverslaafden binnen de gevangenis en is nu actief in het B.leave project van Ruiselede en in de Drugvrije afdeling van Brugge. Zeer recent werd in de gevangenis van Gent een methodiek uitgetoond die in Engelse gevangenis al jaren met succes wordt toegepast. Het is nu wachten op de wetenschappelijke evaluatie en hopelijk op een structurele implementatie.

*Dirk Vandeveld
Directeur*

Doelstellingen in een notendop

Personen met een verslavingsprobleem ...

1. ... hebben recht op 'zorg op maat' gericht op een verbetering van hun levenskwaliteit en welbevinden op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling (**aangepaste zorg**),
2. ... hebben vlot toegang tot aangepaste zorg (**laagdrempelige toegang**),
3. ... krijgen 'zo dicht mogelijk bij huis' een geïntegreerd en flexibel aanpasbaar zorgtraject, desgevallend over de sectoren heen (**lokaal en regionaal georiënteerde zorg**),
4. ... volgen een behandelingstraject in dialoog en overleg met hun zorgverlener en hun omgeving (**emancipatorisch en participatieve zorg**).

Mensen uit de omgeving van een persoon met een verslavingsprobleem ...

5. ... worden gehoord en geholpen in de verslavingszorg en worden erkend als belangrijke partner in de zorg (**aandacht voor de omgeving**).

Om de behandelingskloof te beperken ...

6. ... worden vroegdetectie en korte interventies op de eerste lijn systematisch toegepast (**vroegdetectie en vroeginterventie**).

De verslavingszorg zet zich ook mee in ...

7. ... om de beeldvorming in de samenleving en bij andere zorgverleners over verslaving bij te stellen (**beeldvorming over verslaving**).

Principes in een notendop

Een **zorgtraject** in de verslavingszorg ...

1. ... is aangepast aan de noden van de zorgvrager en zijn/haar omgeving (de patiënt/cliënt staat centraal)
2. ... is gericht op verbetering van de levenskwaliteit en op herstel op klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk vlak
3. ... volgt een holistische benadering en is gericht op meerdere levensdomeinen
4. ... staat garant voor continuïteit, is flexibel in de tijd en laat toe om, indien nodig, soepel te schakelen tussen zorgmodules en zorgverleners/zorgvoorzieningen, onder andere via gezamenlijke handelingsplannen. Dit vraagt een vlotte manier om gegevens te delen (met respect voor privacy en geïnformeerde toestemming)
5. ... wordt uitgewerkt in overleg en dialoog met de betrokkenen en hun omgeving
6. ... blijft betaalbaar voor de patiënt/cliënt

De toegepaste **zorgmethodieken** ...

1. ... gaan uit van drie kennisbronnen: wetenschappelijke kennis, gedeelde praktijkkennis van de zorgverleners én ervaringskennis van personen met een verslavingsprobleem en hun omgeving
2. ... bestaan uit kwaliteitsvolle, doeltreffende en kosteneffectieve interventies en sluiten aan op innovatieve vormen van herstelbehandeling

Het **zorgaanbod** voor personen met een verslaving ...

1. ... is voldoende veelzijdig
2. ... is laagdrempelig
3. ... is lokaal en regionaal, gediversifieerd en weldoordacht opgebouwd, en op elkaar afgestemd over de verschillende zorgvoorzieningen en zorgsectoren heen en wordt vanuit een netwerk gedragen
4. ... zet in op vroegdetectie en vroegin interventie
5. ... heeft aandacht voor de omgeving van de persoon met een verslavingsprobleem

6. ... heeft aandacht voor kwetsbare doelgroepen

De **gespecialiseerde verslavingszorg** ...

1. ... stelt specifieke expertise ter beschikking aan andere zorgverleners, zorgvoorzieningen en belendende sectoren (geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp, justitie ...)
2. ... begeleidt patiënten/cliënten met complexe zorgnoden
3. ... werkt een gepast aanbod uit voor specifieke doelgroepen waarvoor gespecialiseerde zorg nodig is
4. ... deelt zijn expertise rond bredere maatschappelijke thema's als beeldvorming over verslaving(zorg), preventie en vermindering van gebruik ...
5. ... houdt de vinger aan de pols van nieuwe verslavingstendensen
6. ... staat open voor ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten en hun omgeving en is bereid om samen te werken met zelfhulp- en patiëntengroepen

De **samenleving en de overheid**...

1. ... streven ernaar om het taboe en het stigma rond verslaving te doorbreken, maken verslaving en afhankelijkheid meer bespreekbaar, en zorgen ervoor dat mensen met een verslaving gerespecteerd worden
2. ... zorgen ervoor dat de deskundigheid van zorgverleners (in de ruime zin) ten aanzien van verslavingsproblematieken verhoogt via opleiding en na-opleiding
3. ... voorzien voldoende structurele financiële middelen opdat de verslavingszorg de beoogde doelstellingen kan waarmaken
4. ... bieden ondersteuning op vlak van zorginnovatie
5. ... zorgen voor een coherent en samenhangend overheidsbeleid ten aanzien van de zorg en behandeling voor personen met een verslaving, over de verschillende bevoegdheidsverdelingen (Europees, federaal, regionaal/gewestelijk, gemeentelijk) en bevoegdheidsdomeinen (volksgezondheid, welzijn, gezin, onderwijs, werk ...) heen.





Het is toch al meer ‘mama’ nu...

Sinds 2001 wordt er in de Tipi met video-interactiebegeleiding gewerkt. De stuwende kracht van deze methodiek is het genieten van de positieve dingen die ouders zien in de beelden van het contact met hun kind...

Eigenlijk spreekt men over video-hometraining (VHT) en over video-interactiebegeleiding (VIB). Beide methodieken worden ingezet om het contact en de communicatie tussen opvoeders/ouders en kinderen, hulpverleners en cliënten en hulpverleners onderling onder de loep te nemen. Het doel daarvan is om de relatie en interacties te verbeteren, te herstellen en te ondersteunen. Het onderscheid tussen beiden methodieken is in principe dit:

Video-hometraining (VHT) maakt gebruik van korte video-opnames om de interactie tussen ouders en kinderen zichtbaar te maken, te verbeteren en of te herstellen. Zoals de benaming aangeeft gaat het bij VHT om een methode om pedagogische hulp te verlenen in de thuissituatie.

Video-interactiebegeleiding (VIB) wordt ingezet in professionele werksituaties om de interactie tussen opvoeders en kinderen te verbeteren. Het gaat hierbij om leerkrachten op school, begeleid(st)ers in de kinderopvang, groepsleiders van een begeleidings-tehuis of verplegend personeel in een ziekenhuis.

In dit artikel en binnen De Kiem wordt er vooral gesproken over VIB en de VIB'er (video-interactiebegeleider), hoewel het eigenlijk gaat om de interactie tussen ouders en kinderen en de keuze voor de term VHT misschien meer voor de hand liggend zou zijn. Daarnaast hebben we ervoor gekozen om een ouder te bevragen die een langdurig VIB-traject achter de rug heeft. Ze heeft deze begeleiding ongeveer een jaar geleden afgerond. Haar bevindingen rond VIB zijn te lezen doorheen het artikel.

Ontstaansgeschiedenis VIB binnen en buiten De Kiem

Het werken met videobeelden in de hulpverlening en begeleiding is begonnen omstreeks 1980 in

Nederland. De grondlegger van de methodiek video-hometraining en video-interactiebegeleiding is Harrie Biemans. Deze psycholoog is gaan letten op de lichaamstaal tussen moeders en hun baby's en hoe in deze vroege interactie een basis wordt gelegd voor latere communicatie. In diezelfde tijd kwamen de eerste eenvoudig te gebruiken videocamera's op de markt, waardoor het filmen gemakkelijker werd. In verschillende organisaties in Nederland is men gaan experimenteren met het gebruik van een videocamera in de hulpverlening, begeleiding en kennisoverdracht.

In de loop der jaren werd de methodiek specifiek per doelgroep uitgewerkt. Inmiddels is VIB/VHT geïmplementeerd in alle werkvelden die bij de 'zorg voor jeugd' zijn betrokken in Nederland. De methodes worden specifiek aangeboden onder de naam VHT of VIB, maar kunnen ook onderdeel zijn van bijvoorbeeld ambulante hulpverlening, dagbehandeling, pleegzorgbegeleiding of begeleiding op de kinderopvang of op school.

Ook in België heeft VIB in de loop der jaren steeds meer bekendheid verworven. De methodiek wordt toegepast in verschillende settings, met diverse doelgroepen. Momenteel heeft België een eigen Steunpunt VHT/VIB. Het Steunpunt is in België licentiehouder voor de methodieken Video-hometraining en Video-interactiebegeleiding. Zij organiseren opleidingen tot video-hometrainer en video-interactiebegeleider en opleiding tot opleider VHT en/of VIB, organiseren studiedagen, werkontwikkelingskringen (WOK's) en presentaties in België. Ten slotte geven ze advies en bieden ze ondersteuning aan bij de implementatie van de methodiek en verbinden ze praktijkervaringen en wetenschappelijke inzichten met elkaar aan de hand van onderzoek.

In 1996 bouwde De Kiem de Tipi uit, waar aan

verlaafde ouders de mogelijkheid geboden wordt om met hun (jonge) kinderen samen in opname te gaan. Naast het werken aan de eigen verslavingsproblematiek, werd er ook ruimte gecreëerd voor opvoedingsondersteuning, een taak die de Tipi-begeleiding op zich neemt. Doorheen de eerste jaren van de Tipi werd het team vaak geconfronteerd met specifieke vragen van de ouders en hun kinderen. Het inzicht in de eigenheid van de doelgroep groeide. Het begeleidingsteam was op zoek naar specifieke methoden om het opvoedingsproces te ondersteunen. In 2000 maakte de Tipi-begeleiding op een studiedag kennis met VIB. Daar werd het aanvoelen van de noodzaak van een positieve en ondersteunende benadering bevestigd. Een workshop over contextueel werken met video-hometraining daagde uit om deze methodiek verder te onderzoeken naar zijn bruikbaarheid binnen de Tipi.

In april 2001 startten Dirk Calle (beleidsmedewerker) en Els Vandekerckhove (toen Tipi-begeleider) met een opleiding in de nieuwe methodiek. Aangezien er in België nog geen gecertificeerde opleiders in deze methodiek werden gevonden, leidde de zoektocht naar een opleiding hen naar Den Haag. Daar ontwikkelde een zelfstandig werkende Opleider VHT en VIB, gecertificeerd door de AIT, een opleidingsplan op maat. In de periode tussen 2001 en 2005, gebeurde VIB bij vrijwel iedere Tipi-ouder. Na enkele veranderingen binnen het Tipi-team en omwille van tijdsgebrek, geraakte de methodiek op de achtergrond. In 2013 werd VIB opnieuw opgepikt en startte Evelien Van Rompaye met de introductie cursus. Nadien begonnen zowel Evelien als Evy Storme met de langdurige opleiding, die intussen in België plaatsvond. Ten slotte certificeerden beide Tipi-begeleiders in 2015 als video-interactiebegeleider. Sinds 2013 herleefde de methodiek in de Tipi en werden er verschillende trajecten met ouders opgestart.

Waarom de keuze voor VIB in de Tipi?

- VIB vertrekt vanuit een positieve benadering, gaat uit van een positieve visie op opvoeding en ouderschap. In plaats van te spreken over problemen of beperkingen, wordt er gekeken

naar mogelijkheden en kwaliteiten.

- VIB is niet uitsluitend een verbale methodiek, zoals veel andere gespreksmethodieken. De beelden zijn krachtig en spreken voor zich ('Eén beeld zegt vaak meer dan 1000 woorden' is in deze vaak zo). Voor ouders die verbaal minder sterk zijn, levert het werken met VIB daardoor ook voordelen op.
- VIB is een methodiek waarbij ouders geactiveerd worden, wat aansluit bij de empowermentgedachte. De ouders worden gestimuleerd om zelf tot inzichten te komen en de beelden te analyseren.
- De methodiek biedt een objectief denkkader en een gemeenschappelijke taal om over opvoeding en over de moeder-kind-interacties te praten.
- VIB richt zich op het verbeteren van de communicatie tussen ouder en kind en het verhogen van de ouderlijke responsiviteit, die voordien vaak bemoeilijkt werd bij veel ouders door hun verslaving.
- Ouders krijgen door het terugzien van de video-beelden een objectievere kijk op de gebeurtenissen, kunnen afstand nemen en krijgen daardoor meer 'interne controle' over hun emoties en over hun gevoelens tegenover het kind.

Sofie kijkt terug op haar eigen VIB-traject: *"Ik denk dat je er sowieso meer uit haalt dan gewoon in een gesprek. Je ziet de dingen gewoon anders dan in het dagelijkse leven. Je ziet jezelf bezig, je ziet je kind op een andere manier bezig. Je kan echt wel aan die kleine dingen die je normaal gezien niet zou zien aandacht schenken. Dat zijn dingen waar je normaal overkijkt. Terwijl die kleine dingen (onnozele dingen zou je soms denken), kunnen leiden tot grote veranderingen in de relatie denk ik..."*

Theoretisch kader: basisprincipes & uitgangspunten

De basis van video-interactiebegeleiding wordt gevormd door de natuurlijke alledaagse omgang tussen mensen. Dit wordt basiscommunicatie genoemd.





VIB gaat uit van een geloof in de intuïtieve vaardigheden van alle ouders. Men spreekt van een primair, intuïtief vermogen van ouders om communicatieve vaardigheden bij hun kinderen te ontwikkelen. De initiatieven van de kinderen worden als van nature door de ouder herkend. De meeste ouders gaan ook van nature in op het contact zoeken en de gevoelens die een kind uit. Ouders zijn sensitief ten opzichte van hun kinderen. Sensitiviteit betekent in wezen dat de ouder de behoeften en contactinitiatieven van het kind herkent en daarop reageert. Een kind voelt zich ook veilig als zijn boodschappen en contactinitiatieven goed worden ontvangen. Het hechtingsproces komt op gang als een kind zich veilig weet. Hechting wordt dan op zijn beurt weer van groot belang geacht voor de latere psychische gezondheid en bepaalt bovendien de latere mogelijkheden tot contact.

Er kunnen echter verstoringen optreden in het contact tussen ouders en hun kinderen. Dan geraakt de natuurlijke intuïtie verstoord, waardoor de ouders in een negatieve spiraal kunnen terechtkomen in hun gevoel tegenover het kind. Een duidelijk voorbeeld van een verstoring in het contact tussen ouder en kind is een verslavingsproblematiek van de ouder. Het gebruik van alcohol en drugs kan immers een belangrijke invloed hebben op de onderlinge relaties, communicatie en interacties in het gezin. Het onder invloed zijn van drugs en bijhorende ontwenningsverschijnselen zorgt ervoor dat ouders dikwijls emotioneel minder beschikbaar of minder responsief zijn. Ze kunnen moeilijkheden hebben met het herkennen en sturen van gevoelens en met het ondernemen van gepaste acties voor het kind en zichzelf. Veel ouders ervaren ook depressieve gevoelens, gevoelens van onzekerheid ten aanzien van hun eigen capaciteiten als ouder en gevoelens van schuld en schaamte over hun verslaving en bijkomende problemen.

VIB richt zich op het herstel van het contact tussen ouder en kind. Door de eigen videobeelden kunnen de ouders het 'geloof in eigen kunnen' terugvinden en de negatieve spiraal doorbreken. Zowel ouder als kind zijn blij wanneer het goed gaat en hebben een behoefte aan goed contact. Genieten van elkaar en het contact met elkaar zijn essentieel (ontroering bij het zien van mooie beelden). Ouders worden emotioneel sterk aangesproken door mooie beelden van hun kind. De stuwende kracht van VIB is het genieten van positieve dingen die ze zien in het contact met hun kinderen op de beelden, meer dan het cognitief inzicht verwerven in hun handelen.

Bij de analyse van de interactie met behulp van de basiscommunicatie staat de eenheid van contactinitiatief en de ontvangst daarvan centraal. Dit wordt als de kern van alle interacties beschouwd. Een kind laat in zijn gedragingen voortdurend zien dat het contact zoekt. In de videobeelden kan dit mooi duidelijk gemaakt worden. Een contactinitiatief kan zijn: aankijken, iets vragen, iets laten zien, een naam roepen, ... Kinderen hebben ouders nodig om alert te zijn op hun voortdurende aanzetten tot ontwikkeling. Ingaan op deze initiatieven vormt de basis van de ontwikkeling van kinderen op alle gebieden en van opvoedend handelen. Voorbeelden van een ontvangst van een contactinitiatief zijn: terugkijken of glimlachen naar iemand, antwoorden, kijken naar wat iemand doet, ... VIB activeert het natuurlijk vermogen van ouders om aan te sluiten bij de contactinitiatieven van het kind.

Toewending en afstemming zijn kernbegrippen als het gaat over basiscommunicatie en het ontwikkelen van de natuurlijke omgang. Toewending is de boodschap: ik ben er voor je. Het is aandacht hebben voor de ander, gericht zijn op de ander. Met afstemming wordt bedoeld: contact maken met



degene waarmee men te maken heeft. Dit is gericht zijn op dat waar de ander mee bezig is, belangstelling voor heeft, op wat in de ander leeft. Afstemming kan wederzijds zijn maar dat hoeft niet. Afstemmen betekent aansluiten bij hetgeen de ander aanreikt. Eén van de belangrijkste uitgangspunten van VIB is de aanname dat ouders en kinderen wederzijds vanaf het begin erop gericht zijn een goed contact met elkaar te willen hebben en zich actief op elkaar afstemmen. De wederzijdse betrokkenheid van ouders en kinderen en hun verlangen om het goed met elkaar te hebben, vormen de motor van VIB. Dit is de kracht waardoor positieve ontwikkelingen in gang worden gezet en worden doorgezet.

Over de begeleidingen zelf

Hulpvragen

De hulpvragen die binnen de verschillende begeleidingen door de ouders naar voren worden gebracht zijn heel divers. Sommige ouders kunnen een heel specifieke hulpvraag formuleren. Voorbeelden hiervan zijn: “Ik wil de aandacht tussen mijn zoon en dochter beter verdelen” of “Ik wil dat mijn kind beter eet”. Vaak vragen ouders hulp in de omgang met moeilijkheden met hun kind, “Mijn kind luistert niet” of “Mijn kind is stout”. Ze hopen op concrete antwoorden op opvoedingsvragen en willen leren straffen en belonen of consequenter leren zijn. Het is voor de VIB’er echter een uitdaging om de hulpvraag te herformuleren naar een positief doel op maat van de methodiek. Bijvoorbeeld, “Mijn kind luistert niet” wordt dan “Ik wil nagaan op welke momenten mijn kind wel luistert”. Doorheen de begeleiding zie je de hulpvraag vaak evolueren en sommige hulpvragen of problematieken zullen ook vanuit andere invalshoeken worden benaderd en aangepakt.

Sofie formuleert het vanuit haar ervaring met VIB als volgt: *“We hebben rond verschillende dingen gewerkt, maar de eerste keer wou ik met iets anders starten. Ik had er eerst een verkeerd beeld van. Je zei toen dat het was om de positieve dingen er uit te halen om beter te leren omgaan met de negatieve dingen, terwijl ik het anders zag. Ik wou de moeilijke momenten filmen om daaruit te halen hoe ik het anders kon doen. Dat is hoe ik het in het begin dacht. Maar blijkbaar was het de positieve momenten opnemen om te zien hoe je dan anders kan omgaan met de negatieve...”*

Ten slotte kan het ook zijn dat een ouder geen hulpvraag kan formuleren en is het nodig om laagdrempelig te starten en naar de algemene interactie tussen ouder en kind te gaan kijken. Soms ligt de meerwaarde voor de ouder van VIB bijna uitsluitend in het genieten van mooie beelden. Ook dit kan in de begeleiding van ouder en kind zijn functie hebben.

Doelstellingen

De doelstellingen van de video-interactiebegeleiding zou je in het kort als volgt kunnen opsommen:

- beeldvorming ouder & kind,
- activeren ouder,
- stimuleren hechtingsprocessen,
- relatievorming of – herstel ouder & kind,
- verhogen sensitiviteit & responsiviteit ouder,
- verhogen zelfbeeld als ouder,
- genieten van mooie momenten,
- op een positieve manier naar kind laten kijken,
- empathisch vermogen ontwikkelen/versterken,
- zelfreflectie en inzicht verhogen,
- empowerment/ de ouder ‘in zijn kracht zetten’, ...



Werkwijze

De werkwijze bestaat er concreet in dat de ouder-kind-interactie kort wordt gefilmd (maximum zo'n 15 minuten). De keuze van het moment waarop en de situatie waarin wordt gefilmd, gebeurt in samenspraak met de ouder. Bij voorkeur gaat dit om een leuk moment tussen ouder en kind, waarin er veel geslaagde interacties plaatsvinden. De ouder behoudt steeds het recht om ook op het laatste moment af te zien van de filmopname, bv. omdat het kind ziek is of de ouder die dag te gestresseerd is.... Dan wordt gewoon een nieuwe afspraak gepland. Na de opname worden de beelden door de VIB'er geanalyseerd. Dit betekent het selecteren van één of meerdere fragmenten waarin een geslaagde en positieve interactie zichtbaar is. Deze fragmenten kunnen soms maar een tiental seconden duren en sluiten aan bij de hulpvraag die de ouder heeft. De analyse van de beelden start bij de contactinitiatieven van het kind. Stemt de ouder zich daarop af? Ontvang hij het initiatief? Wat is het effect daarvan op het kind? In een terugkijkgesprek bespreekt de VIB'er de opname samen met de ouder en gaat hij zelf bewust om met zijn eigen manier van communiceren. Een weloverwogen selectie van beeldfragmenten zorgt er voor dat de bewoner net die positieve elementen kan zien/ontdekken.

De VIB kan op verschillende tijdstippen binnen het programma tijdelijk worden ingeschakeld:

- Vrij snel na opname, in functie van beeldvorming van ouder en kind
- Begin tweede fase, wanneer de ouder zich voldoende thuis voelt in de Tipi en de begeleiding voldoende vertrouwt.
- Opnieuw in de tweede of derde fase
- In het Halfweghuis

Afhankelijk van de hulpvraag van de ouder of de situatie waarin die zich bevindt, kan er gekozen

worden voor een kort- of een langdurend traject (tot ongeveer maximum 8 opnames en gesprekken). Doorgaans wordt VIB opgestart met Tipi-ouders die fulltime in de Tipi verblijven. Voor ouders die hun kinderen tijdens weekends en/of vakanties in de Tipi zien, kunnen we ook een traject opstarten indien zij een expliciete hulpvraag hebben. Praktisch gezien is het filmen dan soms moeilijk te organiseren en kiezen we dan eerder voor een korter traject.

Houding/vaardigheden VIB'er

Een video-interactiebegeleider moet zich bewust zijn van zijn eigen basiscommunicatie tijdens het terugkijkgesprek. Dit betekent dat hij zich een toegewende houding aanneemt. Hij is alert voor de initiatieven van de ouder, hoe klein deze ook zijn (een bepaalde glimlach, wegstijven, dichterbij gaan, ...) en let erop dat hij telkens deze initiatieven benoemt en ontvangt. Dit betekent dat hij zich afstemt op de ouder, vanuit een open en nieuwsgierige houding. Wat zijn de intenties van de ouder? Wat zijn gedachten, gevoelens en belevingen van de ouder, ook al worden deze niet expliciet uitgesproken? Een voorwaarde hiervoor is dat de begeleider voldoende ruimte geeft aan de ouder om initiatieven te kunnen nemen. Het is een voortdurend aftoetsen, afstemmen en nagaan wat er in de ouder omgaat en wat de eigenlijke nood is. Dit gebeurt tijdens het terugkijken, maar ook door het afspreken van korte- en langere termijn doelstellingen binnen een traject. Deze doelstellingen worden bij aanvang en afronding van ieder gesprek geëvalueerd. Op die manier wordt er gestreefd naar een maximale afstemming tussen VIB'er en ouder.

Eerder in dit artikel werd omschreven hoe VIB uitgaat van een geloof in de mogelijkheden van ouders. Het (her)vinden van eigen kracht wordt ook wel eens 'empowerment' genoemd. Dit betekent dat een VIB'er er eigenlijk vanuit gaat dat de deskundigheid van de ouder in feite groter is dan die



van de hulpverlener zelf (Delfos: ‘Deskundigheid zit in mensen zelf – de kunst is alleen hoe we bij die deskundigheid kunnen komen en hoe we daar zuiver naar kunnen luisteren’). Vanuit die empowermentgedachte is de hulpverlener terughoudend met zijn analyse van het probleem, zijn beoordeling van de ernst en zijn idee van de oorzaak ervan. Dit betekent dat een VIB’er eigenlijk start vanuit het idee dat de ouder zelf in staat is zijn eigen problemen op te lossen. Om hiertoe te komen moet de begeleider de ouder ‘activeren’. Activeren is bedoeld om mensen zichzelf vanuit hun (eigen) mogelijkheden te laten ontwikkelen. In het handelen van de VIB’er moet het zwaartepunt niet vallen op hetgeen als probleem gedefinieerd wordt door hulpverlener of ouder, maar op hetgeen waartoe ouder of gezin in staat is. Deze werkwijze is erop gericht om door reflectie bewust te worden van eigen mogelijkheden en sterke kanten en niet op mislukkingen en tekortkomingen. Dit bevordert de motivatie, het zelfbewustzijn, het gedragsrepertoire, de kennis en de doelgerichtheid van ouders. In de praktijk betekent dit tijdens een terugkijkgesprek iedere keer opnieuw eerst de beurt aan de ouder geven: “Wat heb je gezien?”. Het is aan de VIB’er om de ouder uit te dagen, creatief te zijn in het stellen van open vragen en om op sommige momenten op de eigen tong te bijten en het telkens weer bij de ouder te leggen.

Sofie heeft dit tijdens haar begeleiding zo ervaren: *“Ik vind het goed dat je het zelf ook leert zien. Daardoor let je in het dagelijkse leven ook meer op de kleine dingen of weet je waarop je moet letten. In plaats van als het je allemaal wordt voorgezegd.”*

Valkuil binnen het terugkijkgesprek is dat je als VIB’er te veel zelf aan het woord bent en in een adviserende of corrigerende houding terecht komt. Het gaat er net om de ouder te activeren (uit de afwachtende houding te halen) door deze zelf de beelden te laten analyseren. Het is daarbij noodza-

kelijk om het tempo van de ouder te respecteren en niet de eigen doelstellingen te laten primeren op het proces van de ouder.

Naast het bewaken van een juiste houding in terugkijkgesprekken, maakt het analyseren van de beelden zelf een belangrijk onderdeel uit van de taak van een video-interactiebegeleider. In de keuze van de fragmenten baseert hij zich op de hulpvraag van de ouder. Dit betekent dat hij op zoek gaat naar positieve interacties, naar momenten waarop de ouder en het kind het wél goed doen. Wanneer de ouder als initiële hulpvraag het probleem noemt dat zijn kind nooit luistert, kan de vraag anders geformuleerd worden als ‘samen kijken naar momenten waarop het kind wel luistert’. De VIB’er wil samen met de ouder nagaan op welke momenten het wel goed loopt en het kind wel kan luisteren en hoe dit komt. Het bevestigen en aandacht schenken aan de positieve interacties en vaardigheden van de ouder, stimuleert de ouder om deze op andere momenten ook meer toe te passen. Naarmate de begeleiding langer loopt, kan er dan gekozen worden om iets moeilijker momenten te filmen om de vaardigheden te ‘oefenen’ in andere situaties. Ook daar blijft een positieve benadering het uitgangspunt. Wanneer een traject er zich echter toe leent en er in voldoende mate een positieve basis gelegd is, kan er uitzonderlijk gekozen worden voor een moeilijker moment in de interactie te filmen en terug te kijken. Dit moet een weloverwogen keuze zijn, aangezien negatieve beelden heel beklievend en confronterend kunnen zijn voor de ouder en hem/haar weer in een neerwaartse spiraal kunnen duwen. Als dit past binnen het traject van de ouder, kan dit echter ook veelbetekenend zijn en hem/haar mooie inzichten opleveren over zichzelf en het kind.

Sofie benoemt het als volgt: *“Er was één fragment waar ik niet zo goed was, met het slaapritueel. Ik was zelf niet goed, ik had hoofdpijn en had er zelf*



niet al te veel goesting in. Het ging allemaal niet zoals ik het wou. Ik zag dan op een bepaald moment hoe dat ik snel van alles afhield en Klaas aan de kant duwde. En ik zag hoe dat hij maar zijn best deed om toch maar aandacht te kunnen krijgen. Gewoon de manier waarop ik zelf toen bezig was ten opzichte van hem, dat vond ik wel een heel moeilijk moment. Terwijl hij zo zijn best deed van 'blijf bij mij en geef me aandacht' en proberen lief te zijn. Ik denk dat ik aan dat beeld echt heel veel heb gehad. In het begin was het zo moeilijk en ik denk dat het dan bij mij echt is beginnen veranderen in mijn houding naar Klaas toe. Omdat het vaak roepen was en van alles en nog wat en dat ik op dat moment niet kon zien wat dat eigenlijk met hem deed. En als je naar die film terugkijkt ben je rustiger en in een andere sfeer, en dan beseft ik echt wat dat allemaal met hem deed. En dat was zelfs nog niet zo'n erge situatie. Dat heeft wel veel bij mij losgemaakt. Ik word er zelf weer helemaal 'dinge' (emotioneel) van als ik eraan terug denk. Ik denk dat dat voor mij echt een groot keerpunt is geweest.. (...) In het begin was dat mijn vraag om de moeilijkere momenten terug te zien maar ik denk eigenlijk wel dat het wel goed is om dat gewoon één keer te doen. Ik denk uiteindelijk dat je daar meer onzekerder van zou worden dan dat het je echt goed zou doen die VIB."

Ten slotte heeft een video-interactiebegeleider toch ook een aantal technische vaardigheden nodig. Hij moet in staat zijn te werken met een videocamera, met een laptop. Voor de analyse van de beelden vooraf en tijdens het terugkijkgesprek zelf moet een VIB'er de behendigheid hebben om beelden te pauzeren en vertragen.

Ouder aan het woord

Hoe keek je naar je relatie met je zoon, naar Klaas en naar jezelf als moeder bij het begin van het VIB-traject?

"Dat was niet zo gemakkelijk toen. Voor mij was dat heel moeilijk om die band aan te gaan met Klaas. Het was heel moeilijk om te aanvaarden dat hij er was. Daardoor kon ik er moeilijk positief mee om-

gaan. Dat was constant tegen elkaar ingaan. Ik zag mezelf ook niet echt als moeder, het was meer iets dat me opgelegd was, niet echt maar (...). Het was niet mijn keuze om moeder te zijn dus dan voelde ik me op dat moment niet echt mama van Klaas. In het begin was het meer een last. Ik zag dat manneke ergens wel graag, maar het was moeilijk. Zeker ook omdat hij dan ook zo druk was en dat botste tussen ons. Dat was allemaal niet eenvoudig."

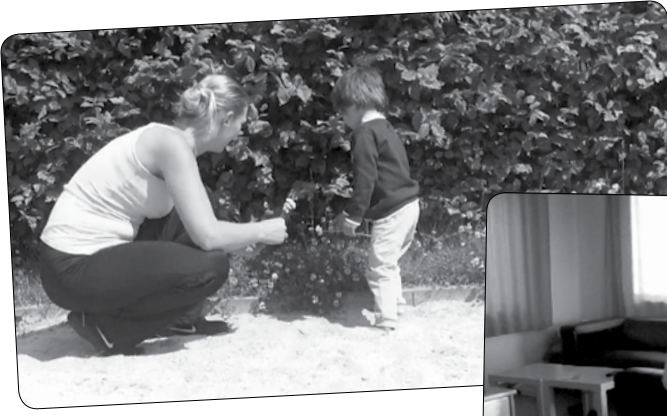
Heeft VIB hierin een rol gespeeld om het anders te gaan bekijken?

"Ja, ik denk het toch wel omdat ik ook wel vond in het begin dat ik vaak dingen niet goed deed naar Klaas toe. Omdat ik niet goed wist hoe met hem om te gaan en ik heel onzeker was over de dingen die ik deed. Ik zag dan wel met VIB dat ik wel dingen goed deed, dat ik wel dingen kon leren of goed met hem kon omgaan. Of dat hij op bepaalde momenten als we samen waren wel veel naar me keek en dat er toch wel een contact was tussen ons. Ik weet nog een opname met een boek en aan tafel, dat je zag dat onze houdingen hetzelfde waren of dat we op hetzelfde moment naar elkaar keken, dat je toch wel voelde dat het wel klikte, ja dat ik er toch een andere kijk op kreeg. Ik deed wel dingen goed en hij wou wel dingen van mij aannemen."

Ik heb veel dingen gehaald uit VIB en dan toegepast. Door de film zie je de dingen anders dan dat je ze in het echt ziet. Je ziet de beelden in slow motion, de blikken daar wordt meer nadruk op gelegd dus dan ben ik hem wel anders gaan bekijken, in een meer positieve zin. Als ik zag hoe hij naar mij lachte, of hoe hij naar mij keek... heeft dat toch wel veel veranderd."

Ik denk dat ik veel uit VIB heb gehaald. Gewoon om positief te blijven, omdat het vroeger vaak met roepen was of op een negatieve manier met hem omgaan was. Door gewoon als hij alleen aan het spelen was, eens bij hem te gaan zitten of de dingen eens uit te leggen, om hem op gang te helpen. Of onze momentjes samen blijven behouden."

Wat iedere keer naar me terugkomt, dat zijn die blikken van hem naar mij als ik hem iets aan het



uitleggen ben, met stickertjes of kleurtjes. Waarom weet ik niet maar dat beeld komt iedere keer terug. Dat hij zo naar mij zit te kijken, terwijl ik het dan aan het uitleggen ben wat hij juist moet doen...hoe moet ik dat uitleggen...het is alsof hij toch naar mij opkijkt op de een of andere manier. Want hij is ook geen gemakkelijke geweest, in het begin was het altijd 'oma, oma, oma'. Nu nog wel maar het is toch al meer 'mama' nu."

Met dank aan Sofie en haar mooie woorden over haar VIB-traject!

Evelien Van Rompaye, Tipibegeleidster

Bronnenlijst

Associatie voor Interactiebegeleiding en Thuisbehandeling (AIT). (2014) *Video-analyse staat centraal bij video-hometraining en video-interactiebegeleiding*. Geraadpleegd op 13 november 2015, van <http://www.aitnl.org/onderzoek.html>.

Calle, D. (2002). *Video-interactiebegeleiding: Implementatie van een methodiek voor opvoedingsondersteuning in de Tipi*. Geraadpleegd op 13 november 2015, van <http://www.dekiem.be/documents/tekst/VIBDeKiem2002.pdf>.

Dekker, J., Hoogland, M., Eliëns, M. & van der Giessen, J. (2004). *Video-interactiebegeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dekker, T. & Biemans, H. (1994). *Video-hometraining in gezinnen*. Houten/ Zaventem: Bohn

Stafleu Van Loghum.

Eliëns, M. (2005). *Baby's in beeld: video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij kwetsbare baby's*. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.

Gilchrist, G., & Taylor, A. (2009). Drug-using mothers: factors associated with retaining care of their children. *Drug and Alcohol Review*, 28, 175-185

Hogan, D. & Higgins, L. (2001) *When Parents Use Drugs: Key Findings from a Study of Children in the Care of Problem Drug Using Parents*. Dublin: Children's Research Centre, Trinity College.

Schuler, M. E., Nair, P., & Black, M. M. (2002). Ongoing maternal drug use, parenting attitudes and a home intervention: effects on mother-child interaction at 18 months. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 23, 87-94.

Tunnard, J. (2002). *Parental Drug Misuse: A Review of Impact and Intervention Studies*. Research in Practice, Dartington.

Velez, M. & Jansson, L.M. (2008). The opioid dependent mother and newborn dyad: nonpharmacologic care. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 113-120.

Velleman, R., & Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 79-89. doi: 10.1192/apt.bp.106.002386

In het zweet...

Hip als we zijn, zijn we met ‘foodsharing’ gestart. Iedereen bracht iets mee dat kon gedeeld worden met de andere collega’s. Het werden overvolle tafels vol lekkers met kaas, brood, wraps, slaatjes, taart en zoveel meer. Na de lunch werden de 53 personeelsleden in verschillende groepjes opgedeeld.

Zo was er “Sweet & salt” waar de voorbereidingen voor de pizza’s werden gemaakt en verschillende aperitiefhapjes, onder begeleiding van onze kok Malika en van Luca, onze echte Italiaan.

Een ander groepje ging dan weer schuddebuiken tijdens een lachyoga. Wat we hiervan vooral onthouden hebben is dat we ‘goooooooooooooo bezig!!!’ zijn (en dat de ene zijn lachspieren al wat beter onder controle kon houden dan de ander).

Het groepje “Forbidden for high heels” bezocht het natuurgebied Burreken onder begeleiding van een gids. Helaas waren zij eerst wat verkeerd gelopen en zat het weer niet zo mee. Ondanks dat alles toch alleen maar lachende gezichten bij onze sportievelingen!

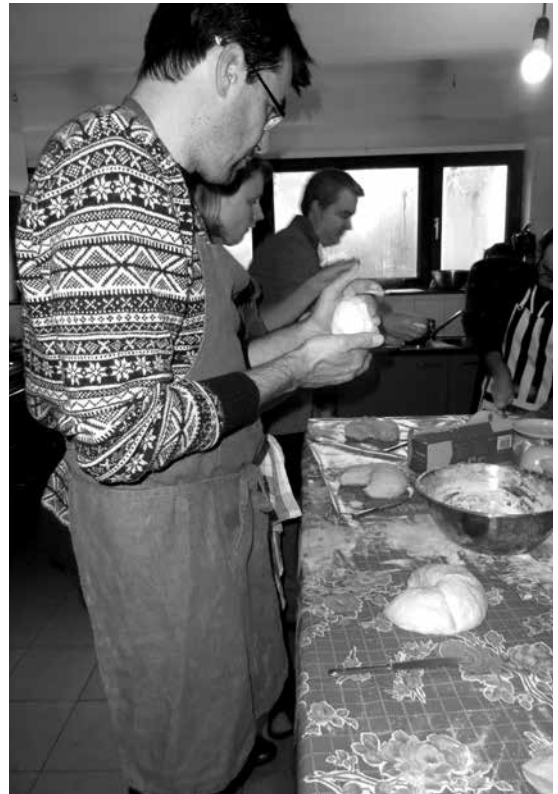
Ook voor de creatievelingen was er een leuke workshop voorzien. Het fingerspitzengefühl kwam van pas tijdens het juwelen maken met fimo klei. Deze groep had zelfs zoveel plezier dat ze van geen ophouden wisten. Bij het ophalen waren zij nog steeds volop aan het kralen rijgen en het aantrekkelijke voortuizicht op lekkere hapjes kon hen met moeite overhalen om af te ronden.

De laatste groep mocht dan weer hogere sferen opzoeken tijdens een namiddag muur klimmen. Het was duidelijk dat de mannen minder angst hadden dan de vrouwen, maar dat hield onze dames niet tegen om zich toch te bewijzen.

Na een leuke namiddag werd iedereen verwelkomd op een hapje en een drankje en werden de ervaringen uitgewisseld. Ondertussen had Luca al de houtoven aangestoken om overheerlijke verse pizza’s te bakken. Een geslaagde dag, met dank aan alle organisatoren, maar vooral aan Malika voor de heerlijke hapjes en aan Luca die zich letterlijk in het zweet heeft gewerkt aan de pizzaoven!

Magali D’hondt, administratief medewerker

Op 15 oktober werd er naar tweejaarlijkse traditie opnieuw een teambuilding georganiseerd voor alle medewerkers van De Kiem. Place to be was ditmaal de vierhoekhoeve Diggie in Brakel.





Een trotse mama...

Helaas ben ik niet de enige mama of ouder waarvan een kind in aanraking is gekomen met verboden middelen. Wat ooit bij mijn zoon begon als een 'proeverke' kende in de kortste keren geen grenzen meer. Mijn zoon is zoveel keren gevallen en opgestaan. Maar van een verbetering was er geen sprake.

Daarvoor had hij de kracht en de moed nodig om in een programma zoals De Kiem te gaan. Een heel zware opgave, maar alleen dit kon hem redden. Een eerste programma werd niet afgemaakt. Hij vond na een paar maanden dat hij het vanaf dan wel alleen kon. Niets was minder waar! Jammer dat niemand hem op dat moment kon tegenhouden. Wij niet en de begeleiding niet.

Het werd helaas de zoveelste nachtmerrie. Ik heb hem toen gezegd: "Indien je verder voor zo'n leven kiest, dan doe je maar". Zelf kon ik niet meer volgen. Mijn batterij was leeg, ik was 'op'. Ik heb toen dus wat afstand genomen. Hij kon altijd terug op me rekenen, maar niet in zo'n situatie. Gelukkig heeft hij korte tijd nadien zelf de beslissing genomen om weer in behandeling te gaan. Hij koos ook toen weer voor De Kiem, hoewel hij heel goed wist hoe zwaar het was.

In het begin dat je er op bezoek gaat voel je je heel onwennig. Je bent heel blij dat hij terug vooruit wil, maar tegelijkertijd merk je dat de boog daar heel erg gespannen staat. Er zijn daar heel wat regels die moeten gevolgd worden. Nu ben ik heel blij dat er daar de nodige discipline gehandhaafd wordt. Want het is verdomd nodig! Gedurende zijn programma ben ik regelmatig op maandagavond naar de ouderavonden geweest, of op zondagnamiddag op bezoek. Op die momenten ontmoet je ook andere

ouders die lotgenoten zijn. Dan pas weet je dat je niet de enige bent met zo'n probleem. Wat voor mij het zwaarste was, dat waren de familiegesprekken. Zeker toen ik, naarmate het programma vorderde, al eens woorden van spijt moest aanhoren, over van alles en nog wat. Dan pas groeide bij mijn zoon het besef hoeveel verdriet hij me had aangedaan. Het waren harde momenten, maar ik zag na al die maanden mijn zoon terug van voor het druggebruik. Van mij krijgt De Kiem met al zijn medewerkers een dikke vette pluim!

Na de therapeutische gemeenschap volgde het halfweghuis. Daar komt men beetje bij beetje terug in de maatschappij. Ook niet evident, want vanaf dan moet je er meer zelf je plan trekken. Ik ben toen maar een 3 tal keer op de ouderavonden geweest. Maar als ik met vragen zat wist ik dat ik ook toen nog altijd bij iemand terecht kon. Je wordt altijd heel erg gesteund en hebt een fantastische achterban! En nu, na al die jaren, is de rust teruggekeerd. Hopelijk blijft het zo! Ik ben iedereen heel erg dankbaar voor de begeleiding van mijn zoon, voor de ondersteuning aan de familie, gewoon voor alles! Ik kijk nu met volle teugen uit naar het graduatiefeest in mei 2016! Dan ben ik zeker een trotse mama.

Martine, de mama van Kenny

Een TG?, nooit van mijn leven!..

Mijn eerste opname was niet echt een succes te noemen. Ze vond elders plaats in een ontwenningafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Een soort kortdurend programma zeg maar...

Ik heb dit programma wel volledig uitgedaan en een verandering was toen heus wel zichtbaar... maar spijtig genoeg waren de wortels van mijn problematiek hier niet mee aangepakt en van de juiste motivatie was er ook niet echt sprake. Na een korte periode in het tussenhuis van dit programma ben ik dan ook vrij snel hervallen, met alle gevolgen van dien. Ik heb toen in allerijl een woonplaats moeten zoeken in het Gentse. Mijn moeder zag het niet echt meer zitten dat ik terug naar huis kwam en ik wou op dat moment mijn job niet echt verliezen. Natuurlijk was er toen totaal geen sprake meer van een veilige en gecontroleerde omgeving en ging alles razend snel bergaf. Dit had als gevolg dat ik het leven zoals het toen was niet echt meer zag zitten. Ik wou er, deze keer vanuit mezelf, verandering in brengen. Ik was van plan me terug aan te melden bij hetzelfde programma, aangezien ik me er echt goed voelde en ik reeds vertrouwd was met de mensen daar. Bij mijn tweede intake in de crisisafdeling werd al snel duidelijk dat dit programma mij geen hulp meer kon bieden. Ze verwezen me door naar een therapeutische gemeenschap (TG).

Tijdens mijn eerste opname had ik reeds enkele mensen ontmoet die ooit aan een TG-programma begonnen waren, maar nadien hadden afgehaakt. Zij hadden talloze 'cowboy-verhalen' over de gang van zaken in een TG. Dit had me eerder afgeschrikt, waardoor ik van mening was: "Een TG?, nooit van mijn leven!..". Na talloze gesprekken met de begeleiding en mijn ouders, heb ik me uiteindelijk toch laten overhalen. Er was dan ook niet echt een andere uitweg meer voor mij.

Zodra ik de beslissing had genomen en voor mezelf de knop had omgedraaid was ik vastbesloten er volledig voor te gaan, en heb ik alle cowboyverhalen dan ook achter mij gelaten. Ik zou zelf wel zien hoe het er aan toe zou gaan, al trok ik er wel naartoe met een bang hartje.

Eens aangekomen in de Onthaalafdeling werd ik meteen goed ontvangen en op mijn gemak gesteld. De eerste vier weken waren echter niet gemakkelijk. Ik zou het een beetje vergelijken met een ontdekkingsreis naar jezelf; één waarin je jezelf volledig leert kennen, je eigen positieve maar vooral ook je negatieve kanten die soms moeilijk te aanvaarden zijn. In het onthaal heb ik wel de fundering gelegd voor de rest van mijn programma. Mezelf openstellen voor anderen, maar ook opkomen voor mijn eigen mening, waren zaken die voordien bij mij niet echt van toepassing waren, aangezien ik altijd vrij verlegen en onzeker was. Ook het gemis van het oude vertrouwde, van familie en vrienden vielen me erg zwaar. De begeleiding heeft me hier met hart en ziel echt door geholpen en me tot andere inzichten gebracht. Eindelijk was het dan zover, de grote overgang naar

maar ook meer en meer voldoening over je reeds afgelegde traject. Je voelt jezelf week na week groeien, maar dit komt natuurlijk niet vanzelf. Het is soms echt wel superhard werken om je eigen werkpunten aan te pakken en tegelijkertijd help je ook nog eens andere bewoners hun werkpunten aan te pakken. Dit in combinatie met de verantwoordelijkheid die je opbouwt en het feit dat je 24 uur op 24 uur met elkaar samenleeft zorgt regelmatig voor de nodige spanningen en stress. Ik moet toegeven dat ik in de TG soms door een hel ben gegaan en met mezelf totaal geen raad meer wist. Maar ik heb er op zijn minst evenveel plezier gemaakt en momenten beleefd waar ik nog steeds met een glimlach aan terugdenk. In de TG heb ik leren genieten van de kleine dingen, heb ik vriendschappen opgebouwd en nog zoveel meer! Dankzij de intensieve familiewerking is de band met mijn ouders en familie, die een serieuze deuk had gekregen in het verleden, nu ook weer volledig hersteld. Ik heb er ongeveer een jaar over gedaan. Dit lijkt op het eerste zicht eindeloos lang en op sommige momenten lijkt de tijd soms wel stil te staan, maar ik kan je verzekeren dat achteraf bekeken, dat jaar echt is voorbijgevlogen. Ik herinner me de dag van mijn overgang naar het halfweghuis (HWH) nog heel goed. Ik dacht dat ik er eindelijk vanaf was, maar niets was minder waar. In het HWH moet je jezelf opnieuw structuur opleggen, je houden aan je eigen regels en jezelf regelmatig verplichten om open te praten over wat er in je leeft. Dit is in combinatie met de dagelijkse routine van werk, huishouden en ontspanning echt geen eenvoudige opgave. Ook al lijkt dit voor buitenstaanders misschien vanzelfsprekend. Ik had al snel de neiging om van dag tot dag te leven. De oorzaak hiervan werd vrij snel duidelijk. Ik wou nog niet echt naar de toekomst kijken omdat ik voor de onmogelijke keuze stond tussen een nieuw leven in Gent of de draad weer oppikken in mijn oude vertrouwde omgeving waar ik al zo lang heimwee naar had. Na talloze gesprekken met de bewoners en de begeleiding heb ik uiteindelijk de knoop doorgehakt en toch gekozen om terug te keren naar huis. Dicht bij mijn familie die ik al zo lang had moeten missen, ook al wist ik dat er een handvol risico's en valkuilen aan verbonden waren. Inmiddels woon ik nu weer opnieuw een half jaar thuis en heb ik nog geen seconde spijt van mijn beslissing, al moet ik toegeven dat het niet altijd even gemakkelijk is! Maar ik ben er van overtuigd dat dit hetzelfde zou geweest zijn als ik het in Gent had geprobeerd. Ik ben nu ruim 2 jaar clean, heb een vaste job, zicht op de toekomst en mensen rondom mij waar ik steeds op kan terugvallen.

Moest je mij nu vragen wat ik vind van De Kiem, dan zou ik zeggen dat het tot hiertoe de beste beslissing is geweest die ik in mijn leven heb gemaakt. Ik zou



Jaargang 23 | oktober, november, december | nr. 4

De Kiem biedt hulp aan personen die problemen ervaren door het gebruik van drugs en aan mensen uit hun omgeving.

Het **residentiële luik** van het programma te Gavere omvat een onthaalafdeling, een therapeutische gemeenschap (T.G.), een woonhuis voor moeders / vaders met kinderen en verschillende halfweghuizen. Het **ambulante luik** omvat ambulante centra te Gent en te Ronse/Geraardsbergen, een gevangeniswerking, een regionale preventiedienst en oudergroepen.

Colofon

Redactie

Dirk Calle, Jo Thienpont,
Dirk Vandevelde

Eindredactie en Directie

Dirk Vandevelde

Fotografie

Dirk Calle, Chris Lemaitre

Vormgeving

dotplus

Abonnement

Abonnementen kosten 12,5 euro voor vier nummers, te storten op rekeningnummer BIC GEBABEBB / IBAN BE 270012 1652 3173 van v.z.w. De Kiem, 9890 Gavere.

Voor giften vanaf 40,00 euro kan u een attest voor fiscale vrijstelling bekomen.

Adressen

Contactadres voor opname of begeleiding

(elke werkdag te bereiken van 8u30 tot 17u00)

Ambulant Centrum Gent

Kortrijksesteenweg 185, 9000 Gent
Tel. 09/245.38.98
Fax 09/245.41.71
ambulant.gent@dekiem.be

Ambulant Centrum Ronse

Oswald Ponettestraat 31
9600 Ronse
Tel. 055/21.87.00
ambulant.ronse@dekiem.be

Antenne Geraardsbergen

Abdijstraat 2, 9500 Geraardsbergen
Tel. 055/21.87.00
ambulant.geraardsbergen@dekiem.be

Contactadres voor Administratie – Directie

(sociale dienst, familiebegeleiding, stages)

Vluchtenboerstraat 7A
9890 Gavere
Tel. 09/389.66.66
Fax 09/384.83.07
admin@dekiem.be