

THERAPEUTISCH PROGRAMMA VOOR DRUGGEBRUIKERS



Jaarverslag 2010

Jaargang 19 | april, mei, juni 2011

2

Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



Energie om verder te doen...

Een jaarverslag schrijven is vooral inspirerend om inspiratie op te doen voor de toekomst.

Het nieuwe ambulante centrum van De Kiem te Ronse, met antenne in Geraardsbergen, heeft zijn eerste volle werkingsjaar achter de rug. Op het eind van het jaar blijken alle doelstellingen vervuld. De bezettingsgraad wordt gehaald. We bereiken de vooropgestelde doelgroep en zijn een actieve partner geworden in de plaatselijke netwerken.

We zijn, met andere woorden, klaar om de volgende stap te zetten in de realisatie van een volledig ambulante netwerk voor drugverslaafden in Zuid-Oost-Vlaanderen.

In Gavere kregen we heel wat nationale en internationale bezoekers over de vloer. Ook Prins Filip verloor ons met een werkbezoek. De onthaalafdeling van De Kiem blijft zijn opdracht prachtig vervullen. Het model krijgt nu ook navolging in Engeland. Het retentiecijfer in de Therapeutische gemeenschap blijft hoog en 8 bewoners gradueerden vorige maand. Dit graduatiefeest was opnieuw een hoogtepunt voor de therapeutische gemeenschap. Het is ongelooflijk hoeveel energie en hoop zo'n feest oproept voor de bewoners die nog in de TG verblijven, én voor hun familie.

Met de financiële steun van de Federale Overheid Volksgezondheid hebben we in het ambulante centrum van De Kiem te Gent een onderzoek kunnen voeren naar een nieuwe behandelmethode voor cocaïnegebruikers. In dit tijdschrift beschrijven we de resultaten van deze succesvolle methode. Dit onderzoek kunnen uitvoeren in samenwerking met een universiteit leert ons niet alleen of een bepaald model ook werkzaam is, maar zorgt er ook voor dat

de huidige manier van werken wordt doorgelicht en bijgestuurd waar nodig. Door dit onderzoek werden met het team ook discussies gevoerd over de haalbaarheid van een meer intensieve werking, over de voordelen van outreachend en meer aan-klampend werken.

Het is jammer dat er in België nog altijd geen structureel onderzoekscentrum bestaat dat op lange termijn onderzoek kan doen naar de verschillende behandelmodellen voor drugverslaafden. Zo'n samenwerking tussen onderzoekers en praktijkwerkers is van onschatbare waarde. Onderzoek bestaat nu vooral uit een opeenvolging van veel verschillende kleine onderzoeksprojecten, zonder veel opvolging of continuering. Een structureel en langdurig onderzoek opgezet in nauwe samenwerking met de behandelcentra zou een ongelooflijke verrijking zijn voor de kwaliteit van de behandelmethodieken in ons land. Via middelen van het Fonds tegen verslavingen zullen we de resultaten van het onderzoek nu verder uitwerken en deze behandelmethode optimaliseren en integreren in het bestaande aanbod van de ambulante werking van De Kiem.

In onze internationale rubriek besteden we deze keer aandacht aan een therapeutische gemeenschap binnen een Canadese gevangenis.

Kim en de ouders van Hendrik krijgen het laatste woord. Zij zijn gelukkig nu. Wij dus ook. Opdracht voltooid... En toch. Zo simpel, zo cool-professioneel is het in de praktijk niet. Gevoelens kun je nooit helemaal uitsluiten. Mensen waar je samen zo'n lange weg mee hebt afgelegd, ... ze nestelen zich ergens in je hart en geven van daaruit energie om verder te doen.

Mooi zo.





2010, een terugblik ... *In onderstaand verslag blikken we terug op het voorbije werkjaar. Naast de courante werking zijn er in 2010 een aantal activiteiten en projecten die extra aandacht verdienen.*

Het ambulante centrum te Ronse, met antenne in Geraardsbergen, kende zijn eerste volle werkjaar. Dit centrum werd volledig nieuw opgestart in oktober 2009. Na één jaar werking blijkt overduidelijk dat er in Ronse en Geraardsbergen echt nood was aan een gespecialiseerd centrum voor de begeleiding van drugverslaafden. Eind 2010 wordt de opgelegde prestatienorm moeiteloos gehaald. Wat opvalt, is dat we hier in vergelijking met andere dagcentra een zeer grote groep heroïnomanen in begeleiding hebben.

Het onderzoek naar een nieuwe behandelmethodede voor cocaïneverslaafden (CRA + vouchers methode) wordt in 2010 afgerond. Het betreft een methode waarbij een intensieve op herstel en reïntegratie gerichte behandeling wordt gecombineerd met een systeem van beloningen. De definitieve onderzoeksresultaten worden elders in dit tijdschrift uitvoering besproken. Het blijkt effectief een goede behandelmethodede te zijn.

Ook het project "Begeleiden van allochtone ouders met druggebruikende kinderen" (Federaal Fonds ter Bestrijding van de Verslavingen) werd in 2010 afgerond. Na drie jaar werken rond het thema diversiteit heeft het team van De Kiem nu heel wat specifieke expertise in huis.

Op woensdag 8 september bracht Z.K.H. Prins Filip een werkbezoek aan het therapeutisch programma van De Kiem te Gavere. De Prins wou zich informeren over de werking van De Kiem, de samenwerking tussen de drughulpverlening en Justitie en in het bijzonder over het hulpverleningsaanbod voor drugverslaafden binnen de gevangenis.

Als voorbereiding van de opstart van een therapeutische gemeenschap binnen de gevangensmuren gingen we in april 2010 op bezoek naar 3 verschillende therapeutische gemeenschappen die zich situeren binnen een gevangenis in Engeland. De

programma's worden uitgevoerd door de externe organisatie Phoenix Futures. De conclusie was duidelijk. Als Justitie bereid is om te voorzien in de nodige aangepaste accommodatie dan moet het mogelijk zijn om ook de in België in de gevangenis verblijvende drugverslaafden een specifieke behandeling te geven. De resultaten van zo'n aanbod zijn sterk afhankelijk van het aanbieden van een residentiële en ambulante vervolgbehandeling buiten de gevangensmuren.

De resultaten van De Kiem, en meer specifiek de behandelmodule "onthaal" hebben de Engelse organisatie Phoenix Futures sterk geïnspireerd. Al hun therapeutische gemeenschappen krijgen nu ook een onthaalfdeling. Daartoe hebben ze in november onze "onthaalwerking" verfilmd als opleidingsinstrument voor hun stafleden.

De Kiem engageert zich verder in de samenwerking met Justitie via de lopende projecten in Gent: "Proefzorg" en "Drugbehandelingskamer" en verschillende initiatieven in de gevangenis: Het "Centraal aanmeldpunt voor druggebruikers" en het "B.leave project" in Ruiselede.

In het residentieel programma beëindigt dit jaar 47 % van de in de therapeutische gemeenschap opgenomen bewoners het programma. De gemiddelde verblijfsduur is nu ongeveer 8 maanden. Deze daling in gemiddelde verblijfsduur is het resultaat van een geplande strategie om de verblijfsduur in de TG te beperken en zo dicht mogelijk bij de geplande tijdsduur te brengen. We realiseren een bezettingspercentage van meer dan 100 %. Berekend over de laatste 10 jaar beëindigt gemiddeld 51 % het volledige programma in de TG. Een stabiel en volgehouden zeer mooi resultaat.

De onthaalfdeling slaagt er in om de meerderheid van de opgenomen bewoners te motiveren voor een verdere behandeling in de TG en realiseert opnieuw





een degelijke vangnetfunctie voor bewoners die tijdelijk de TG hebben verlaten.

Via de ambulante centra van De Kiem komen wij in contact met meer dan 700 druggebruikers.

Heroïne blijft het belangrijkste product bij de mensen in begeleiding in De Kiem. Ongeveer 60% van de verslaafden geeft heroïne aan als voornaamste product. Alleen in het ambulante centrum van Gent is dit anders. Daar is bij 32% van de cliënten cocaïne het voornaamste product en bij 29% is dat heroïne. Dit is uiteraard een gevolg van het aanbieden van een behandelmethodede specifiek voor cocaïnegebruikers.

Enkele cijfers van 2010 in een notendop:

- Op jaarbasis bereikt De Kiem met zijn ambulante centra 707 personen met middelenmisbruik. 64% stelt een vraag tot ambulante begeleiding, 36% stelt een vraag tot residentiële opname.
- Globaal bereikt De Kiem via al zijn deelwerkingen meer dan 1000 personen.
- De onthaalafdeling slaagt er in om de meerderheid van de opgenomen bewoners te motiveren voor een verdere behandeling in de T.G. en realiseert opnieuw een degelijke vangnetfunctie voor bewoners die tijdelijk de T.G. hebben verlaten.
- In het residentieel programma beëindigt in 2010 zo'n 47% van de in de therapeutische gemeenschap opgenomen bewoners het programma. De gemiddelde verblijfsduur is nu ongeveer 8 maanden (in 2009 was dit 9 maanden). Deze daling in gemiddelde verblijfsduur is het resultaat van een geplande strategie om de verblijfsduur in de TG te beperken en zo dicht mogelijk bij de geplande tijdsduur te brengen. We realiseren in 2010 opnieuw een bezettingspercentage van meer dan 100%.

1. Ambulant

» Ambulante begeleidingen

De Kiem participeerde in 2010 actief in het zorgcircuit middelenmisbruik Oost-Vlaanderen en engageerde zich verder in de samenwerking met Justitie via de projecten "Proefzorg" en "Drugbehandelingskamer" in Gent. In onderstaande cijfers betreffende de ambulante begeleidingen te Gent zitten tevens de cijfers vervat van het specifieke ambulante begeleidingsprogramma voor cocaïnegebruikers (CRA+Vouchers).

Ambulante begeleidingen Gent

In 2010 namen 213 personen met ons contact op met de vraag naar een ambulante begeleiding, 146 daarvan (69%) kwamen ook effectief op gesprek wat resulteerde in de start van 73 individuele begeleidingen (zo'n 34% van de aanmeldingen). Vanuit de aanmeldingen in 2009 werden er nog 12 begeleidingen opgestart. In totaal zijn er in 2010 dus 85 individuele begeleidingen opgestart.

Van de 146 intakes werden 23 personen (11%) doorverwezen naar andere centra, 12 personen (6%) haakten af tijdens de intake en voor 24 (11%) was er geen verder behandeling nodig. Bij 14 personen was de intake nog lopende op het einde van het jaar. Ten aanzien van vorige werkjaren zien we een sterke daling van het aantal - zowel gerechtelijke als niet gerechtelijke - aanmeldingen. Binnen de gerechtelijke doorverwijzing is deze daling voornamelijk te wijten aan de daling van het aantal doorverwijzingen binnen Proefzorg (een halvering). Aangezien we al meer dan een jaar geen intakes meer opstarten van personen zonder gerechtelijk statuut zijn de niet gerechtelijke doorverwijzingskanalen stilgevallen en worden ze ook bijna niet meer geregistreerd.

31% van de cliënten is aangemeld met een probatiemaatregel, 23% van de cliënten met een gerechtelijk

Aanmeldingen	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10
Gerechtelijk	46	55	70	95	100	138	198	171	203	216	138
Niet-gerechtelijk	66	73	119	124	139	136	129	162	148	122	75
Totaal	112	128	189	219	239	274	327	333	351	338	213

Evolutie aantal aanmeldingen 2000 - 2010

statuut zijn aangemeld in het kader van Proefzorg, 11 % van de cliënten met gerechtelijke problemen hebben het statuut “vrij onder voorwaarden” (V.O.V.) op het niveau van de raadkamer of onderzoeksrechter, 14% van de cliënten is “voorwaardelijk in vrijheid gesteld” (V.I.). De gerechtelijke instanties zijn de voornaamste doorverwijzers (65%). De gebruiker zelf en zijn omgeving zorgen samen voor 26% van het totale aantal doorverwijzingen.

Verwijzer	Aantal	%
Medisch	67	28
Justitie	51	22
Gespecialiseerde drughulpverlening	34	14
Omgeving (familie, vrienden, ...)	30	13
Gebruiker	29	12
Welzijn en G.G.Z.	26	11
Totaal	237	100

Ambulante begeleidingen Ronse & Geraardsbergen

In 2010 namen 237 personen contact op met De Kiem te Ronse of in Geraardsbergen met de vraag naar een ambulante begeleiding. 78% van de aanmeldingen resulteert in een intakegesprek. Van alle aanmeldingen resulteert 52% in een individuele begeleiding. 10% haakt af tijdens de intake.

De gerechtelijke/politionele instanties (22%) en de medische sector (28%) zijn de voornaamste doorverwijzers. De gebruiker zelf en zijn omgeving zorgen samen voor 25 % van het totale aantal doorverwijzingen.

» Gevangeniswerking

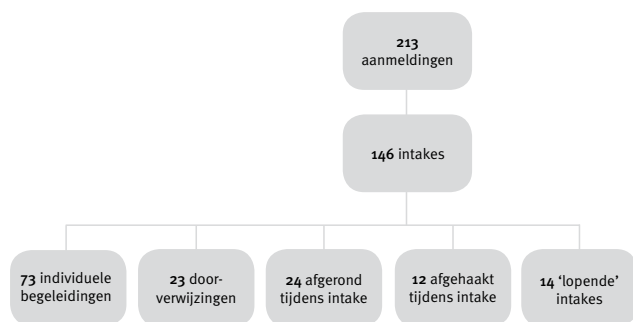
De Kiem is nog steeds op regelmatige basis actief binnen vijf gevangenissen: Gent, Ruiselede, Brugge, Antwerpen en Oudenaarde.

In **Ruiselede** startte het “B.leave”-project 2009-2010 met 16 deelnemers en werd eind juni voltooid door 10 b.leavers. De implementatie van de schakelgroepen in 2009 verliep moeilijker dan verwacht.

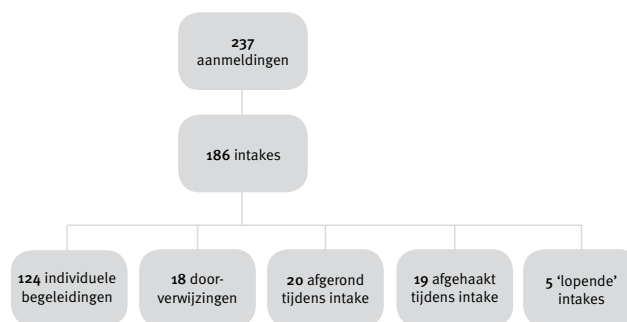
In 2010 kwam men tot een betere verdeling van de schakelgroepen. De nu meer stabiele groepen bevatten beiden personen met en zonder hulpverleningservaring en ex-b.leavers en niet b.leavers. Het verschil tussen beide groepen zit hem vooral in de draagkracht en de leeftijd van de deelnemers.

Binnen de gevangenissen van **Gent, Antwerpen en Brugge** (kortgestrafte mannen en vrouwenafdeling) participeert De Kiem samen met andere centra aan de “Centrale AanmeldingsPunten rond Drugs” (C.A.P.). In 2010 werden binnen de C.A.P.’s te Gent, Antwerpen, Brugge en Oudenaarde in totaal 516 personen gezien, wat leidde tot 837 gesprekken.

Ambulante begeleidingen Gent



Ambulante begeleidingen Ronse & Geraardsbergen





	Gent	Antw.	Brugge Kortgestr	Brugge DVA	Brugge Vrouwen	Ouden.	Totaal
Aantal gesprekken	180	205	218	9	101	124	837
Aantal aanmeldingen	172	182	139	5	42	64	604
Aantal personen gezien	135	131	139	5	42	64	516
DV naar ambulante setting	54	22	94	1	30	35	236
Info over drughulpverlening	31	60	19	3	2	10	125
DV naar residentiële drughulp	25	18	17		4	16	80
DV naar Psychiatrie	7	7	8		6	2	30
Andere	8	13					21
DV naar andere gevang. of vrij	3	3					6
Wachlijst							
B-Leave	1					1	2
Lopende	4	3	1	1			10
DV naar Franstalige drughulp	2	4					6

Overzicht C.A.P.'s Drugs werkjaar 2010 (DV = doorverwezen)

236 personen werden naar een ambulante setting doorverwezen, 80 naar residentiële centra en 125 personen kregen algemene informatie over de drughulpverlening.

» Preventie

De preventiedienst binnen de politiezone ‘Rhode & Schelde’ focust zich op preventie en vroeginterventie naar de bevolking van Melle, Merelbeke, Destelbergen en Oosterzele. Een overzicht van activiteiten van de drugpreventiedienst is terug te vinden in het jaarverslag van de drugpreventiedienst (www.drugpreventie-Rhodeschelde.be).

2. Residentieel

» Intake

De Kiem blijft kiezen voor een degelijk uitgebouwde introductieprocedure voor het residentiële programma. Deze introductieprocedure wordt zo veel

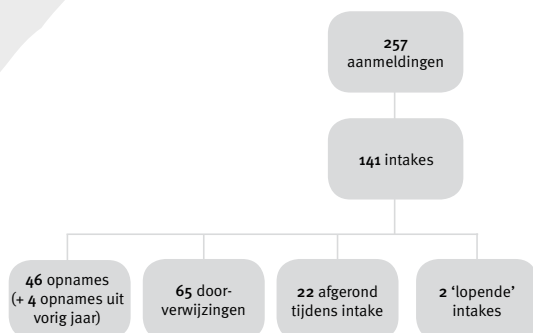
als mogelijk afgestemd op de situatie binnen het zorgcircuit middelenmisbruik Oost-Vlaanderen.

Gedurende het jaar 2010 kregen we in totaal 257 nieuwe aanvragen tot opname voor de Therapeutische Gemeenschap. Hiervan waren 29 aanvragen specifiek gericht naar het ‘Tipi-programma’. Alle aanvragen resulteerden uiteindelijk in 50 opnames: 38 voor de Therapeutische Gemeenschap vanuit de aanmeldingen van 2010, 4 personen vanuit het jaar 2009 en 6 opnames voor de Tipi.

Binnen dit stijgend aantal aanmeldingen en opnames vormen de aanmeldingen van mensen met een gerechtelijk statuut de grootste groep (138). De aanmeldingen van gedetineerden (70) leidden uiteindelijk tot 2 opnames en de aanmeldingen van niet-gedeteneerden met gerechtelijke druk (68) leidden tot 25 opnames.

We kregen 29 aanmeldingen van vrouwen voor de Tipi, wat leidde tot 6 opnames.

Er nemen nog steeds veel mensen op eigen initiatief contact op met De Kiem in functie van een opname. Ongeveer een vierde van deze aanmeldingen leidt ook tot een opname (dit jaar 16 opnames). De residentiële drugcentra (voornamelijk de crisisprogramma’s) blijven een erg belangrijke verwijzer. Dit jaar kregen we 39 aanmeldingen vanuit de verschillende crisisprogramma’s, wat leidde tot 16 opnames. Ongeveer 41% van deze aanvragen resulteren dus effectief in een opname.



Residentieel progr.	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aanmeldingen	195	208	200	241	216	174	228	226	267	301	254	257
Opnames	37	58	48	40	49	33	45	46	41	53	40	50

Vergelijking totaal aantal aanmeldingen en opnames t.a.v. vorige jaren

» Onthaalafdeling

OPNAMES EN ONTSLAGEN.

	TOTAAL
Begin	4
Opnames	46
Opname Tipi-ouder	4
Overgang naar T.G.	35
Overgang naar HWH	1
Doorverwijzing	3
Weg tegen advies	12
Einde	4

Bij de start van 2010 waren er reeds 4 personen opgenomen. In de loop van 2010 werden er 50 nieuwe behandelingen opgestart. Samen met de 5 vangnetfuncties (zie verder) geeft dit een totaal van 59 lopende behandelingen. Bij deze 59 lopende behandelingen gaat het om 56 verschillende personen waarvan er nog 4 opgenomen waren op het eind van het jaar.

De 55 beëindigde behandelingen resulteerden in 35 overgangen naar de T.G., 1 overgang rechtstreeks van Onthaal naar het HWH, 3 doorverwijzingen en 12 bewoners die het onthaalprogramma hebben verlaten tegen advies.

VERBLIJFSDUUR IN DE ONTHAALAFDELING.

De gemiddelde verblijfsduur in onthaal bedraagt 27 dagen.

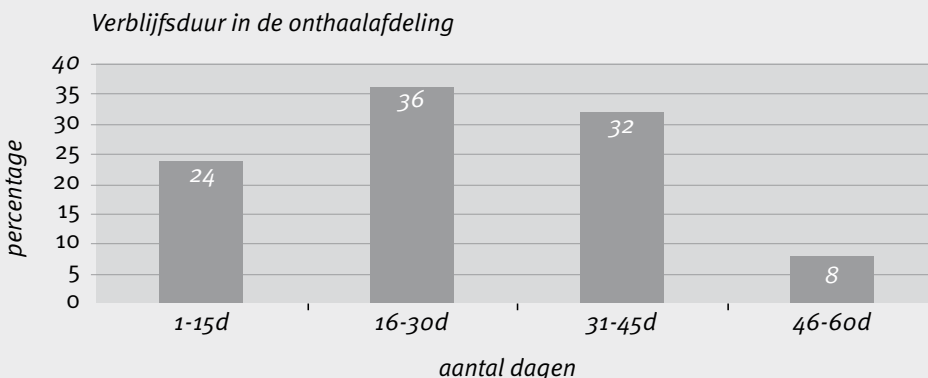
24% verblijft minder dan 15 dagen in het onthaal, 36% tussen de 16 en de 30 dagen, 32% verblijft tussen 1 en anderhalve maand en 8% tussen anderhalve en 2 maanden.

VANGNETFUNCTIE VOOR T.G. EN HALFWEGHUIS

Naast het voorbereiden van nieuwe bewoners op de Therapeutische Gemeenschap, vormt de Onthaalafdeling ook een 'vangnet' voor bewoners die tijdelijk de T.G. of het halfweghuis verlaten of moeten verlaten. We spreken hierbij van een 'vangnetfunctie' en niet van een 'vangnetopname', omdat het geen echte opname betreft, maar een tijdelijke terugplaatsing van iemand in het programma.

In 2010 werden aldus 4 vangnetopnames voor TG & Tipi gerealiseerd waarvan er 3 terugkeerden naar de T.G. en 1 tijdelijke vangnetopname voor het HWH. We brengen deze 'vangnetfunctie' afzonderlijk in kaart als bijkomende indicator voor de reële caseload binnen de Onthaalafdeling.

	TOTAAL
Begin	1
Vangnet voor T.G.&Tipi	4
Vangnet voor HWH	1
Terug nr. T.G./Tipi/HWH	4
Weg tegen advies	1
Doorverwijzing	1
Einde = nog in onthaal	0





» *Therapeutische gemeenschap (T.G.)*

OPNAMES EN ONTSLAGEN

	<i>TOTAAL</i>
<i>Begin</i>	20
<i>Opnames in TG</i> <i>(+ terugkeer na vangnet)</i>	35 (+3)
<i>Overgang naar HWH</i>	15
<i>Buitengezet</i>	1
<i>Doorverwijzing</i>	2
<i>Ontslag</i>	16
<i>Einde</i>	20

In 2010 tellen we in de T.G. 35 opnames (van 30 personen) en 15 bewoners stromen na de T.G. door naar het halfweghuis.

VERBLIJFSDUUR IN DE T.G.

De gemiddelde verblijfsduur is 243 dagen. 6% verblijft minder dan 1 maand in de TG, 9% verblijft er tussen de 1 en de 3 maanden, 28 % verblijft tussen 3 en 6 maanden in de TG 25% verlaat de TG tussen de 6 en de 12 maanden. 28% verlaat de TG tussen de 12 en de 15 maanden en 3% verbleef langer dan 15 maanden in de TG.

Bekijken we de gemiddelde verblijfsduur in de T.G. doorheen de laatste 10 jaar, dan merken we eerst een stijging en de laatste jaren een daling.

Dit is te verklaren door het feit dat de T.G. er de laatste jaren beter in slaagt om bewoners tijdig naar het halfweghuis te laten doorstromen. Het aantal bewoners dat langer dan 15 maanden in de T.G. verblijft daalde de laatste 5 jaar zienderogen. In 2010 gaat het nog om 1 bewoner.

Verblijfsduur in de T.G.

<i>Residentieel progr.</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gem. verblijfsduur	9M +4D	9M +2D	8M +27D	8M +24D	12M	13M	10M +12D	11M +20D	9M +25D	8M +24D	8M + 3D
Bew. > 15M						60%	35%	29%	17%	11%	3%

» *De Tipi: Opvang voor verslaafde ouder met kind(eren)*

Sinds 1 januari 2007 werd de werking van de Tipi opgenomen binnen een hernieuwde conventie met het R.I.Z.I.V.. Deze conventie maakt ook het opnemen van mannen met kinderen binnen de Tipi mogelijk.

OPNAMES EN ONTSLAGEN

	<i>TOTAAL</i>
<i>Begin</i>	2
<i>Opnames (+vangnet)</i>	5+1
<i>Overgang naar HWH</i>	2
<i>Terug nr hwh na vangnet</i>	1
<i>Ontslag</i>	3
<i>Einde</i>	2

Bovenstaande cijfers betreffen de moeders of vaders die effectief samen met hun kind in de Tipi verbleven. Binnen de bovenvermelde opname- en ontslagcijfers van de Onthaalafdeling en de Therapeutische Gemeenschap, zitten deze gegevens mee verrat. In de Onthaalafdeling werden doorheen het jaar 4 Tipi-ouders opgenomen en ook twee TG-bewoonsters kregen de zorg over hun kind en maakten de overstap naar de Tipi.

In 2010 gebeurden er aldus 6 opnames in de Tipi. Bij die 6 opnames zijn er 2 heropnames van moeders die in het 3^o kwartaal het programma tegen advies hadden verlaten. Een van hen keerde terug in hetzelfde kwartaal en de andere in het 4^o kwartaal. De opname in het eerste kwartaal betreft een vrouw die in het halfweghuis verbleef en omwille van een

terugval voor korte tijd heropgenomen werd in onthaal en met haar kind ook opnieuw in de Tipi verbleef. De gemiddelde verblijfsduur in 2010 is in de Tipi 164 dagen.

» Halfweghuis (H.W.H.)

RESIDENTIËLE H.W.H.-BEGELEIDING

	TOTAAL
Begin	11
Opnames vanuit T.G.	15
Opnames vanuit onthaal	1
Opnames vanuit semi-residentieel statuut	1
Weg tegen advies	6
Overgang naar ambulante H.W.H.-begeleiding (pos. advies)	9
Ambulante begeleiding negatief afgerond	3
Einde:	
- R.I.Z.I.V.	2
- Huurcontract	11
- Allen wonende met residentieel statuut	1

Bij de start van 2010 verbleven 11 bewoners in het residentieel halfweghuis (verspreid over 3 huizen). In de loop van het jaar worden 15 bewoners vanuit de TG opgenomen, 1 vanuit Onthaal en 1 rechtstreeks van buiten met semi-residentieel statuut. 9 bewoners verlieten het halfweghuis met positief advies en gingen zelfstandig wonen. 6 bewoners verlieten tegen advies het residentieel halfweghuis.

AMBULANTE NAZORG

AMBULANTE H.W.H.-BEGELEIDING	TOTAAL
Begin	7
Van residentieel naar ambulante nazorg	4
Van semi-residentieel naar ambulante nazorg	3
Van residentieel naar semi-ambulante nazorg	2
Ambulante nazorg positief afgerond	6
-gegradueerd in 2010	9
-nog niet gegradueerd	-
Ambulante begeleiding negatief afgerond	3
Einde	7

Bij de aanvang van 2010 waren er 7 bewoners in ambulante nazorg. In de loop van het jaar komen er 9 bij. Van de 16 ambulante bewoners gradueren er 4 (de andere 5 gradué's hadden in 2009 reeds de ambulante begeleiding positief beëindigd), beëindigen er 2 positief het ambulante programma (de ene ziet af van een graduatie, de andere is kandidaat om in 2011 te gradueren); onderbreken er 3 de ambulante begeleiding (1 ervan heeft terugval en wordt later dat jaar opnieuw in de TG (met doorsturing naar HWH) opgenomen) en 7 bewoners zijn op het einde van het jaar nog in ambulante begeleiding, waarvan 1 semi-ambulante.

3. Cliëntkenmerken

Tot slot geven we een aantal 'kenmerken' van de cliënten waarmee De Kiem werkt. We maken hierbij een onderscheid tussen de cliënten van een ambulante begeleiding en de bewoners van het residentieel programma.

Een aantal variabelen vertonen een aantal "missing values". Dit kunnen zowel ontbrekende als onbekende gegevens zijn. Om de cijfers zo min mogelijk te beïnvloeden zijn ze niet bij de "totalen" gerekend.

3.1. Cliënten ambulante begeleidingen

AMBULANT CENTRUM GENT

Onderstaande gegevens hebben betrekking op personen die in 2010 effectief een psychosociale begeleiding hebben opgestart. Om de gegevens niet te beïnvloeden hebben de cliëntkenmerken betrekking op het aantal verschillende personen, nl. 85, en niet op het aantal opgestarte begeleidingen (121).

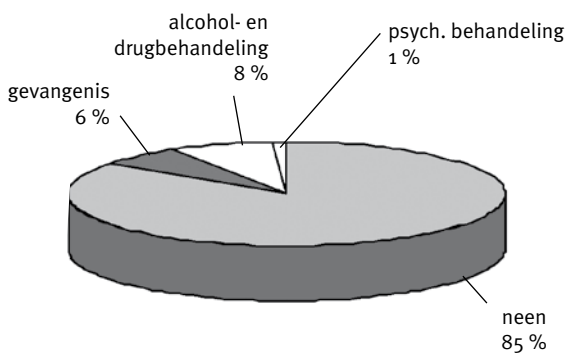
Een analyse van de gegevens maakt duidelijk dat de doorsnee cliënt man is (75%), en 28,9 jaar oud (2003: 24 jaar, 2004: bijna 26 jaar, 2005: 26,4 jaar, 2006: 25,8 jaar, 2007: 28 jaar, 2008: 29 jaar, 2009: 29,7). De helft van de cliënten is 28 jaar of jonger. Eén op vier cliënten is jonger dan 24 jaar, één op vier cliënten is 32 jaar of ouder.

Alle cliënten komen uit Oost-Vlaanderen, waarvan de meerderheid uit Gent zelf.



Het merendeel van de cliënten (85%) verbleef niet in een gecontroleerde omgeving gedurende de laatste 30 dagen voor de aanmelding. Van de overige 15% verblijft 6% in de gevangenis. Ongeveer 9% volgde een alcohol-, drug- of psychiatrische behandeling.

verblijfplaats laatste 30 dagen



Op het niveau van de onderzoeksrechter of raadkamer kwam 8% vrij onder voorwaarden. Op het niveau van de rechtbank heeft 36% een probatiemaatregel gekregen en 6% vanuit de drugbehandelingskamer. Op het niveau van strafuitvoering kwam 8% van de cliënten vrij onder voorwaardelijke invrijheidstelling.

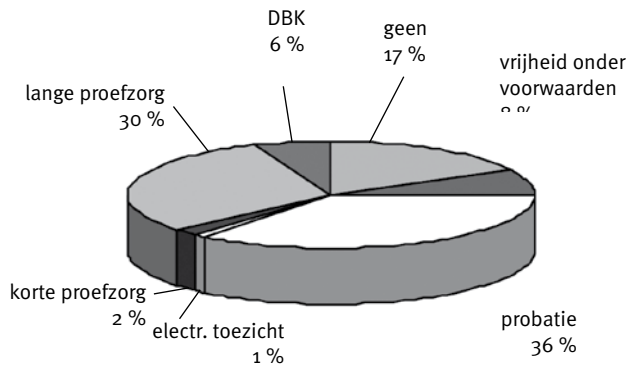
Cocaïne (32%), amfetamines (19%) en heroïne (29%) worden het vaakst vermeld als voornaamste product. Het grote aandeel cocaïnegebruikers is uiteraard het resultaat van het specifieke project voor cocaïnegebruikers dat in 2010 in het ambulante centrum liep.

31% van de cliënten heeft ooit geïnjecteerd, 7% daarvan de laatste maand.

AMBULANT CENTRUM RONSE/GERAARDSBERGEN

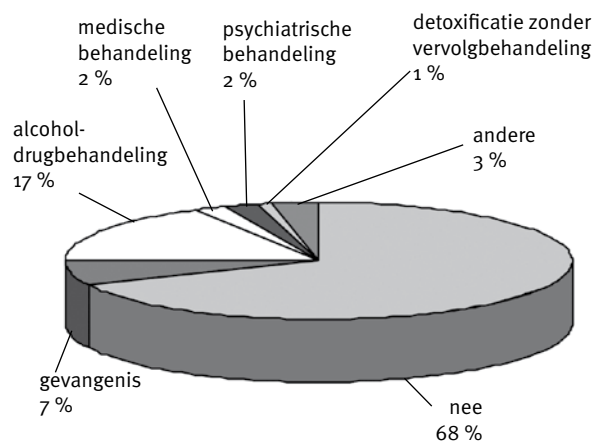
Onderstaande gegevens hebben betrekking op personen die in 2010 effectief een psychosociale begeleiding hebben opgestart. Om de gegevens niet te beïnvloeden hebben de cliëntkenmerken betrekking op het aantal verschillende personen, nl.168, en niet op het aantal opgestarte begeleidingen. Een analyse van de gegevens maakt duidelijk dat in

justitiële situatie



17% van de cliënten heeft op het ogenblik van de begeleiding geen justitiële druk. Op het niveau van het parket kreeg 32% van de populatie een alternatieve afhandeling via Proefzorg.

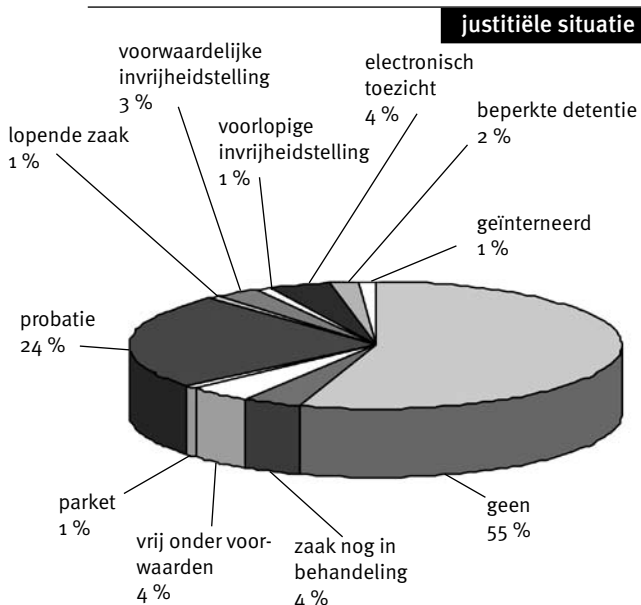
verblijfplaats in een gecontroleerde omgeving



Ronse/Geraardsbergen de doorsnee cliënt man is (81%), en 27,8 jaar oud. De helft van de cliënten is 27 jaar of jonger. Eén op vier cliënten is jonger dan 24 jaar, één op vier cliënten is 31 jaar of ouder.

Het overgrote deel van de cliënten komt ook hier uit Oost-Vlaanderen, nl. 93%.

Het merendeel van de cliënten (68%) verbleef niet in een gecontroleerde omgeving gedurende de laatste 30 dagen voor de aanmelding. Van de overige 32% volgde 20% een alcohol-, drug- of psychiatrische behandeling.



55% van de cliënten heeft op het ogenblik van de begeleiding geen justitiële druk. De meeste personen hebben een probatiemaatregel (24%).

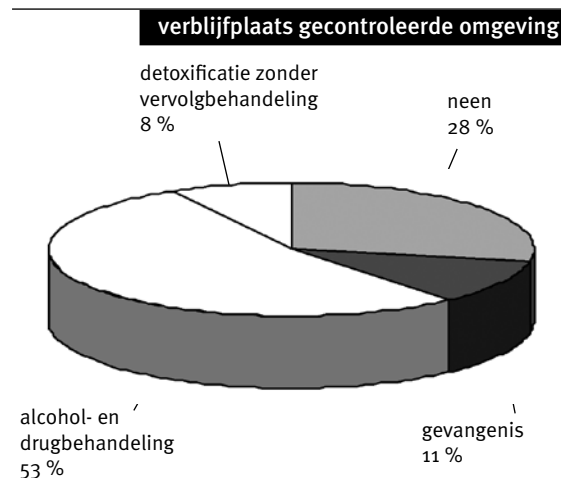
Heroïne (62%), cocaïne (8%) en amfetamines (12%) worden het vaakst vermeld als voornaamste producten. 33% van de cliënten heeft ooit geïnjecteerd, 10% daarvan de laatste maand.

3.2. Bewoners residentieel programma

In 2010 zijn er residentieel 50 opnames gerealiseerd; 3 personen werden tweemaal opgenomen. Om de gegevens niet te beïnvloeden hebben de bewonerskenmerken betrekking op het aantal personen, nl. 47, en niet op het aantal gerealiseerde opnames.

Van de verschillende personen die zijn opgenomen, zijn er 77% mannen en 23% vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedraagt 28,2 jaar. De helft van de bewoners is 28 jaar of jonger. 25% van de bewoners is jonger dan 25 jaar en 25% is 32 jaar of ouder. De jongste bewoner is 17 jaar en de oudste bewoner is 37 jaar.

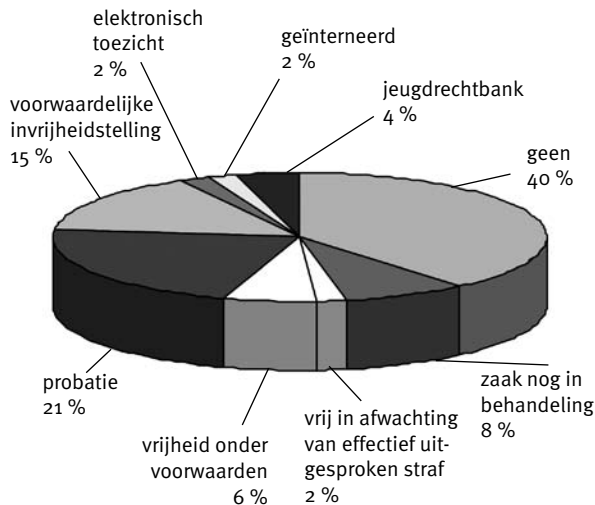
44% van de bewoners verblijft in de periode voor opname in Oost-Vlaanderen, 35% in West-Vlaanderen, 14% in Antwerpen en 7% in Brabant.



61% van de populatie heeft reeds een behandeling gevolgd vooraleer ze werd opgenomen in De Kiem. 11% van de populatie verbleef in de gevangenis voor de start van de behandeling. 28% vertoefde niet in een gecontroleerde omgeving.



justitiële situatie



40% van de cliënten heeft geen justitiële situatie bij het moment van opname, bij 8% is hun zaak nog in behandeling. Op het niveau van de raadkamer of onderzoeksrechter kwam 6% vrij onder voorwaarden. Op het niveau van de rechtbank heeft 21% een probatiemaatregel gekregen. Op het niveau van de strafuitvoering werd 15% voorwaardelijk in vrijheid gesteld.

59% van de bewoners vermeldt heroïne als belangrijkste product. Alcohol vormt voor 15% het voornaamste product en amfetamines en cocaïne worden telkens door 11% van de cliënten als voornaamste product vermeld. 55% van de cliënten heeft ooit geïnjecteerd, waarvan 33% de laatste maanden voor opname.

*Dirk Calle
Beleidsmedewerker*

- De druggebruikers in begeleiding in het Ambulant Centrum te Gent zijn vnl. mannen (75%), gemiddeld 28,9 jaar en allen afkomstig uit Oost-Vlaanderen. Slechts 17% heeft geen justitiële druk; 36% staat onder probatie en 32% valt onder Proefzorg. Cliënten vermelden als voornaamste product cocaïne (32%) of heroïne (29%).
- De druggebruikers in begeleiding in het Ambulant Centrum te Ronse/Geraardsbergen zijn vnl. mannen (81%), gemiddeld 27,8 jaar en vnl. afkomstig uit Oost-Vlaanderen (93%). 55% heeft geen justitiële druk; de meesten hebben een probatiemaatregel (24%). Heroïne wordt hier door 62% als voornaamste product vermeld.
- De druggebruikers opgenomen in het residentieel programma te Gavere zijn voornamelijk mannen (77%), gemiddeld 28,2 jaar en hoofdzakelijk afkomstig uit Oost-Vlaanderen (44%) of West-Vlaanderen (35%). 61% heeft reeds een behandeling gevolgd vooraleer ze in Gavere worden opgenomen. 60% staat onder justitiële druk bij opname; het betreft hier vnl. cliënten onder probatie (21%) of onder voorwaardelijke invrijheidstelling (15%). Ook hier wordt heroïne (61%) als voornaamste product vermeld.



Werkbezoek Z.K.H. Prins Filip



Is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?

» Inleiding

Sinds het midden van de jaren '90 lijkt cocaïne een opmars te hebben ingezet (Mol et al., 2002; EMCDDA, 2007b). Globaal gezien blijkt er in de meeste Europese landen sprake van een toeneemende consumptie van cocaïne (EMCDDA, 2009; Haasen et al., 2004; Legl, 2007).

Wanneer we ons toespitsen op bevindingen voor België, merken we dat er slechts beperkt prevalentieonderzoek voorhanden is. Toch kunnen we spreken van een bevestiging van de internationale bevindingen aangaande cocaïnegebruik (Sartor & Walckiers, 2001; Sleiman & Roelands, 2006). Een studie naar cocaïnegebruik onder problematische- en gemarginaliseerde druggebruikers toonde een progressieve stijging van het cocaïnegebruik tussen 1994 en 2001. Tot slot toonde een uitgaansonderzoek van de Vereniging voor Alcohol – en andere Drugproblemen (VAD) een stijging van het cocaïnegebruik in 2007 ten opzichte van 2003 en 2005.

Overigens wordt duidelijk dat er zowel in Vlaanderen als op Europees niveau een toenemend aantal hulpvragen omtrent cocaïnegebruik wordt geregistreerd (Vermeulen et al., 2001; EMCDDA, 2007a).

Hoog tijd dus om werk te maken van een onderbouwd behandelaanbod voor deze specifieke groep van cocaïneverslaafden. Na een uitvoerige literatuurstudie omtrent effectieve behandelmethoden specifiek afgestemd op cocaïnegebruikers heeft het team van De Kiem, in samenwerking met de vakgroep Orthopedagogiek van de universiteit Gent, een onderzoek uitgevoerd naar de toepassing van de Community Reinforcement Approach (CRA) + Contingency Management (CM) methodiek.

Het onderzoeksproject "Toepassing en analyse van een cocaïnespecifiek behandelingsprogramma" werd uitgevoerd in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en het Leefmilieu. Het onderzoek liep van 1 december 2008 tot 15 september 2010.

De implementatie van deze nieuwe werkvorm lokte bij de start zowel in de media als op de werkvloer en in wetenschappelijke kringen heel wat reacties uit. De voornaamste reden hiervoor is het feit dat druggebruikers beloond worden voor abstinentie volgens een cumulatief opgebouwd premiestelsel, waarbij ze op een periode van 6 maanden tot 1265EUR kunnen verdienen.

Het vouchersysteem is echter slechts één onderdeel van een meer omvattende cognitief-gedrags-therapeutische behandeling (CRA of Community Reinforcement Approach), die bestaat uit individuele gesprekken, het oefenen van gedrags- en sociale vaardigheden, relatietherapie, motiverende gespreksvoering en terugvalpreventie. Tegoedbonnen (vouchers) worden toegekend elke keer als men het vooropgestelde gedrag (cocaïneabstinentie) bewijst aan de hand van een speekselcontrole. Indien men gebruik van cocaïne vaststelt, wordt geen beloning toegekend en valt het tot dan toe verdiende bedrag terug tot de beginwaarde (2.50 EUR).

» Methodologie

Om de vraag te beantwoorden of de CRA+vouchers methodiek effectiever is dan de bestaande behandeling, werd gekozen voor een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoeksopzet of een Randomised Controlled Trial (RCT). De cliënttevredenheid en de perceptie van de verschillende betrokken actoren

werd via een kwalitatieve bevraging nagegaan. Tijdens het onderzoek werden 18 cocaïnegebruikers behandeld in de CRA+vouchers groep en 16 in de controlegroep (TAU). Deze proefgroep werd zorgvuldig geselecteerd en geëvalueerd op het vlak van middelengebruik, psychische klachten en kwaliteit van leven bij de start van de behandeling en na drie en zes maanden.

Er konden bij aanvang van de behandeling geen verschillen vastgesteld worden tussen de experimentele en de controlegroep, behalve dat de controlegroep een grotere behandelingsbereidheid vertoonde in vergelijking met de CRA+vouchers groep. Om de meerwaarde en beperkingen van de CRA+vouchers methodiek te kunnen nagaan, vonden ook kwalitatieve interviews plaats met cliënten en betrokken hulpverleners. Bij deze evaluatie werd gebruik gemaakt van de Nederlandstalige versie van de Motivation for Treatment-scale (Mft) (De Weert-Van Oene, De Jong, Schippers & Schrijvers, 2002). Om het alcohol- en druggebruik, de justitiële situatie en psychische gezondheid na te gaan, werd gebruik gemaakt van de leefgebieden 'alcohol en drugs', 'justitie' en 'psychische, emotionele klachten' van de Nederlandstalige versie van de EuropASI (McLellan et al., 1992; Raes, Lombaert & Keymeulen, 2005). Om de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie van druggebruikers te meten, werd de Lancashire Kwaliteit van Leven Profiel (van Nieuwenhuizen, Schene & Koeter, 1998) afgenomen. Deze drie instrumenten werden zowel bij de baselinemeting als bij de follow-up metingen gehanteerd. Bij de follow-up metingen werd tevens gebruik gemaakt van de 'GGZ Thermometer Cliëntwaardering' (Kertzman, Kok & van Wijngaarden, 2003) om de behandelingstevredenheid na te gaan.

» Resultaten

De onderzoeksresultaten tonen aan dat het aantal dagen cocaïnegebruik in de CRA+vouchers groep na zowel drie als zes maanden duidelijk lager ligt dan in de controlegroep (3.7 vs. 6.2 dagen na 3 maanden en 2.3 vs. 6.1 dagen na 6 maanden). Ook



het aantal personen dat volledig abtinent is van cocaïne ligt veel hoger in de CRA+vouchers groep (50% vs. 25%). Zes maanden na de start van de behandeling was de kans op abstinentie drie keer groter in de CRA+vouchers groep. Dergelijke verschillen konden evenwel niet vastgesteld worden voor andere middelen dan cocaïne en we merken zelfs een verschuiving op in de richting van meer sociaal aanvaarde middelen zoals alcohol en cannabis in de CRA+vouchers groep.

Naast het cocaïnegebruik is ook de ernst van de psychische klachten meer gedaald in de CRA+vouchers groep in vergelijking met de controlegroep. Na zes maanden rapporteren significant minder personen in de experimentele groep depressieve gevoelens. Ook de globale tevredenheid met de kwaliteit van leven blijkt beduidend meer toegevoerd in de CRA+vouchers groep vergeleken met

de controlegroep. Tenslotte maken de resultaten duidelijk dat de behandelingstrouw hoger lag in de CRA+vouchers groep. Meer cocaïnegebruikers in de experimentele groep hielden de behandeling zes maanden vol en de gemiddelde behandelingsduur bij deze cliënten bedroeg 17 weken tegenover 12 weken in de controlegroep.

Ondanks, en allicht ook dankzij, het intensieve en aanklappende karakter van de CRA+vouchers behandeling houden cocaïnegebruikers deze behandeling langer vol, wat indirect een positieve invloed heeft op de behandelingsresultaten. De intensiteit van de CRA+vouchers behandeling (2 à 3 cliëntcontacten/week tijdens de eerste 12 weken) vormt allicht het voornaamste verschil met de bestaande behandeling, zeker qua kostprijs. Immers, de kosten van de speekselcontroles en vouchers betekenen slechts een relatief beperkte wekelijkse meerkost van 20 EUR per cliënt, terwijl de extra personeelsinvestering hier een veelvoud van bedraagt. Gezien de betere resultaten in de experimentele groep, lijkt de grotere tijds- en personeelsinvestering vanaf het begin van de behandeling en gedurende een duidelijk afgebakende periode evenwel te verantwoorden.

Hoewel de regelmatige speekselcontroles en het werken met bonnen de kostprijs van de behandeling van cocaïnegebruikers verhogen, blijkt uit de kwalitatieve interviews dat ze een belangrijke meerwaarde vormen binnen het totale behandelingspakket. Zo zijn de speekselcontroles en vouchers een belangrijke motivatie voor cliënten om abstinente te blijven en hebben ze ook een bekrachtigende functie. Volgens de bevroegde actoren heeft het intensieve en aanklappende karakter van de methodiek een positieve invloed op het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener. De CRA+vouchers therapeuten verwijzen eveneens naar de mogelijkheid om aldus kort op de bal te spelen, wat ook als een meerwaarde ervaren wordt door de bevroegde cliënten.

Tot slot kunnen we op basis van dit kleinschalig onderzoek voorzichtig besluiten dat de CRA+vouchers methodiek een meerwaarde heeft ten aanzien van

de bestaande behandeling van cocaïnegebruikers in De Kiem. Gezien de beperkte steekproef en de werkzaamheid van de bestaande behandeling, konden op dit vlak (net) geen statistisch significante verschillen aangetoond worden. De betere resultaten van de CRA+vouchers groep op het vlak van cocaïnegebruik en verschillende aspecten van kwaliteit van leven doen evenwel vermoeden dat deze interventie gericht op het bekrachtigen van positief gedrag (cocaïneabstinentie) en het versterken van verschillende levensdomeinen (bvb. vrije tijd, familie, werk) beter werkt dan de standaardbehandeling.

» Aanbevelingen

AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Om meer inzicht te verwerven in de effecten van de CRA+vouchers methodiek op lange termijn, is het aangewezen om een meer grootschalig en langdurig onderzoek op te zetten. Onderzoek bij een grotere steekproef in verschillende behandelingscentra zou niet alleen de 'power' vergroten, maar zou ook bijdragen tot de generalisatie van de onderzoeksresultaten. Hierbij kan gedacht worden aan een uitbreiding naar andere antennes van De Kiem, maar ook naar andere behandelingscentra binnen of buiten het regionale zorgcircuit.

Andere boeiende pistes voor verder onderzoek betreffen de verschillende onderdelen van de methodiek. Zo lijkt het interessant onderzoek te doen naar het belang van de vouchers binnen de methodiek door bijvoorbeeld het effect van hoge en lagere beloningen te vergelijken of de meest kosteneffectieve manier van belonen te onderzoeken. Tevens is het interessant na te gaan bij welke cliënten deze behandeling het beste aanslaat en het meeste succes resorteert. De rol die cliëntkenmerken zoals impulsiviteit en verstoorde executieve functies hierbij kunnen spelen, wekt recent heel wat belangstelling in de wetenschappelijke literatuur. Onderzoek naar welk type cliënten het meeste baat hebben bij de CRA+vouchers behandeling draagt bij tot het verhogen van de efficiëntie van

de zorg (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). Een andere onderzoeksvraag is de vraag of CRA zonder vouchers even effectief is als CRA met vouchers. Tenslotte is het aangewezen verder onderzoek te doen met betrekking tot de CRA-component door nader in te gaan op afzonderlijke elementen ervan en hun belang voor het succes van de interventie (Rozen et al., 2004). Hierbij aansluitend kan onderzocht worden wat de optimale frequentie en duur is van nazorg in het kader van deze behandeling.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Hoewel reeds verschillende studies de meerwaarde en effectiviteit van de CRA+vouchers methodiek hebben aangetoond, blijft de toepassing ervan in de praktijk relatief beperkt en vormt dit een belangrijke uitdaging voor de toekomst (Knapp et al., 2007). De implementatie van deze specifieke methodiek vraagt immers een goede voorbereiding, waarbij met verschillende aspecten moet rekening gehouden worden.

Zorg op maat is een belangrijk werkingsprincipe en daarom is binnen de CRA+vouchers behandeling een flexibele aanpak aangewezen, waarbij men onder meer soepel omspringt met openingsuren en afspraken (Haasen et al., 2001). Cocaïnegebruikers zijn dikwijls nog goed geïntegreerd in de maatschappij, waardoor het onder andere door hun werk niet altijd mogelijk is om tijdens de reguliere openingsuren op afspraak te komen. Om die reden is het, vertaald naar de ambulante werking van De Kiem, belangrijk meer avondgesprekken te organiseren, rekening houdend met de agenda van cliënten. Dergelijke laagdrempelige aanpak blijkt voor deze doelgroep een bijzondere meerwaarde te hebben (Haasen et al., 2001).

Het is vervolgens aan te raden voldoende praktische informatie aan te bieden met betrekking tot de behandeling. Door bij het begin van de behandeling expliciet aan te geven dat men aandacht zal besteden aan verschillende leefgebieden, kan beter aan de ondersteuningsbehoeften van cliënten tegemoet gekomen worden en kunnen ze (nog) meer

gemotiveerd worden. Een nauwgezette assessment bij het begin van het programma maakt het mogelijk om individuele noden in kaart te brengen en een behandeling op maat te voorzien (Norton et al., 2000; Haasen et al., 2001; Ford, 2004). Als therapeut is het belangrijk cliënten zoveel mogelijk te stimuleren en te bekrachtigen wanneer ze bij niet-druggerelateerde activiteiten betrokken zijn, omdat dit een invloed kan hebben op hun abstinentie op lange termijn (Higgins et al., 2004).

Van de therapeuten wordt verwacht dat ze aandacht hebben voor de noden van cliënten, maar ze kunnen steeds terugvallen op thema's uit het CRA-protocol. Hierbij worden het gestructureerd en doelgericht werken en het vooropstellen van haalbare korte termijn doelen zodat resultaat snel merkbaar is, als goede praktijken beschouwd in het werken met cocaïnegebruikers (Donckers, 2007). In dit verband worden ook het gebruik van concreet materiaal en visuele werkinstrumenten als succesvol ervaren (Leysens & Haesendonck, 2007). De directe toepassing van wat tijdens de sessies besproken wordt en de link met het dagdagelijks leven blijkt van groot belang.

Naast het belang van de inhoud van de CRA-sessies, is het ook belangrijk dat cliënten hun therapeut vertrouwen en ruimte krijgen om zelf hun verhaal te doen. Er wordt van de therapeut een empathische, motiverende en flexibele houding verwacht. De therapeut is actief betrokken en maakt samen met de cliënt een behandelingsplan op. Hij neemt een aanklappende rol aan om de retentie in behandeling te verhogen. Zo worden cliënten die een afspraak missen meteen opgebeld. Deze aanpak lijkt een positieve invloed te hebben op de therapietrouw en op de relatie tussen therapeut en cliënt (Budney & Higgins, 1998; Higgins et al., 2007; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). Om de methodiek succesvol in de praktijk te implementeren, is het verder nodig trainings- en supervisiemomenten te organiseren voor therapeuten (Higgins et al., 2007; DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). De intensiteit van het programma en de aanklappende aanpak maken het bijvoorbeeld erg belangrijk oog te hebben voor de grenzen op het vlak van afstand en nabijheid.



De waardebonnen (contingency management) zijn in de CRA+vouchers methodiek minstens even belangrijk als de Community Reinforcement Approach. Het belonen van gewenst gedrag met vouchers blijkt immers erg effectief te zijn (Higgins, Silverman & Heil, 2007). Om het vouchersysteem in het bestaande hulpverleningsaanbod in te passen, is het echter noodzakelijk een houding aan te nemen waarbij vooraf afgesproken gewenst gedrag beloond wordt, in plaats van ongewenst gedrag te bestraffen of te veroordelen (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). Het afnemen van speekseltesten vereist verder een goede planning en organisatie. Een duidelijke taakverdeling is hierbij aangewezen (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). Gezien het aan te raden is de speekselcontroles door iemand anders dan de therapeut zelf te laten afnemen, kunnen eventueel ook vrijwilligers betrokken worden. Zo wordt het technische gedeelte van de interventie gescheiden van de counsellingssessie.

Een andere manier om de tijdsinvestering van de CRA-therapeuten te optimaliseren, betreft het voorzien van een groepsgericht aanbod van CRA+vouchers (cf. Higgins et al., 2004). Dit willen we evenwel niet aanbevelen op basis van de bevindingen uit voorliggende studie, waarbij cliënten meermaals wezen op het belang van een individuele en persoonlijke aanpak. Een andere manier om de kostprijs van de CRA+vouchers behandeling te drukken, is het verlagen van de waarde van de vouchers. Hoewel studies op dit vlak wijzen op een lagere effectiviteit, bestaat hiervoor toch enige mate van bewijs (Petry et al., 2005). Het belangrijkste is dat de waarde van de vouchers vooraf bepaald wordt. Bij het bepalen van het puntensysteem en de maximale uitgaven per cliënt, is het aan te raden rekening te houden met de budgettaire mogelijkheden van de voorziening. Een onderbouwd financieel plan, waarbij rekening gehouden wordt met de geraamde kosten van de vouchers, het personeel en de aankoop van de speekseltesten, is hierbij aangewezen. Daarnaast moet ook de duur van de behandeling vooraf bepaald worden. Om abstinentie te bereiken is een minimumperiode van 8 tot 12 weken aangewezen (Higgins et al., 2007).

Voorliggend onderzoek toont aan dat de effecten nog toenemen tijdens de tweede fase van de behandeling en daarom lijkt de vooropgestelde behandelingsduur van 24 weken het meest geschikt. Wel dient er op structurele wijze nazorg voorzien te worden (Haasen et al., 2001; Vermeulen et al., 2001; Vivancos et al., 2006; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008), zodat ingezette gedragsveranderingen verder geconsolideerd kunnen worden. In vergelijking met de standaardbehandeling lijken vooral de hoge intensiteit van ondersteuning in de beginfase (in combinatie met de materiële beloningen) en de in tijd afgebakende behandelingsperiode een meerwaarde.

De resultaten maken tenslotte duidelijk dat cliënten en therapeuten vooral wijzen op de meerwaarde van het totaalpakket. Het is niet of CRA of de vouchers die het belangrijkste zijn, maar net de combinatie van de verschillende elementen in één omvattende methodiek. Het is dan ook niet aangewezen om slechts een deel van de CRA+vouchers methodiek aan te bieden. Eerder onderzoek toonde immers superieure resultaten aan wanneer beide interventies geïntegreerd werden aangeboden (Higgins et al., 2001; Higgins et al., 2008). Via deze omvattende aanpak focust men niet alleen op het cocaïnemisbruik, maar ook op een breed spectrum van ermee gerelateerde problemen (Haasen et al., 2001; Vermeulen et al., 2001; Higgins et al., 2008).

» Toekomst

Gedurende 2011 wordt de CRA + vouchers methodiek met middelen van het Fonds tot Bestrijding van Verslavingen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en het Leefmilieu) verder toegepast in de ambulante centra van De Kiem in Gent en Ronse. Ongeveer 25 cocaïnegebruikers zullen met de hulp van deze nieuwe behandeling proberen hun cocaïneafhankelijkheid te overwinnen.

Wouter Vanderplasschen
- Vakgroep orthopedagogiek UGent
Jo Thienpont, Luca Littera, Veronique Hauglustaine
- De Kiem

Referenties

- DeFuentes-Merillas, L. & De Jong, C.A.J. (2004). Community Reinforcement Approach Plus Vouchers: behandeling van cocaïneafhankelijkheid. Nederlandse vertaling van de Therapy Manuals for Drug Addiction A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: treating cocaine addiction. Nijmegen: Novadic-Kentron.
- DeFuentes-Merillas, L. & De Jong, C.A.J. (2008). Is belonen effectief? Community reinforcement approach + Vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie. Nijmegen: NISPA.
- DeFuentes-Merillas, L., Greeven P.G.J. & Verbrugge, C. (2009). Cliëntwaardering 2008: Resultaten van de meting van cliëntwaardering en input voor kwaliteitsverbetering. Vught: Novadic-Kentron.
- De Kiem (2008). *Ambulante drughulpverlening aan cocaïnegebruikers*. (niet-gepubliceerd projectrapport). Gent: De Kiem.
- De Weert, -Van Oene, G.H., Schippers, G.M., De Jong, C.A.J. & Schrijvers, G.A.J.P. (2002). Motivation for Treatment in Substance-Dependent Patients. Psychometric Evaluation of the TCU Motivation for Treatment Scales. *European Addiction Research*, 8, 2-9.
- Donckers, G. (2007). *Cocaïnegebruikers in ADIC*. Conference proceeding, voorgedragen op de studiedag 'cocaine: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007a). *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007b). *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007c). *Jaarverslag 2007: stand van de drugsproblematiek in Europa*. Lisbon: EMCDDA.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H. et al. (2004). Cocaine use in Europe – a multi-centre study: methodology and prevalence estimates. *European Addiction Research*, 10, p 139-146.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., Güttinger, F. & Rehm, J. (2001). *Support needs for cocaine and crack users in Europe*. Hamburg: CocinEU.
- Higgins, S.T., Heil, S.H. & Lussier, J. P (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431 – 461.
- Higgins, S.T., Silverman, K., Heil, S.H. (2008). *Contingency management in substance abuse*. New York: Guilford publications.
- Kertzman, Kok & van Wijngaarden (2003). *De GGZ Thermometer nader onderzocht. De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwazenzorg*. Trimbos-instituut.
- Legl, T. (2007). *Treatment for cocaine users*. Conference proceeding, voorgedragen op de studiedag 'cocaine: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.

Leysens, K. & Haesendonck, K. (2007). *Ervaringen met cocaïne-gebruikers in een ambulante setting*. Conference proceeding, voorgedragen op de studiedag 'cocaine: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.

McLellan, A.T (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97 (3), 249-252.

Mol, A.; van Vlaanderen, J.L. & de Vos, A. (2002). Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg periode 1994-2000. Houten: IVZ.

Norton, G.R., Weinrath, M. & Bonin, M. (2000). *Cocaine use recommendations in treatment and rehabilitation*. Canada: Canada's Drug Strategy Division.

Petry, N.M., Tedford, J., Austin, M., Nich, C., Carroll, K. M. & Rounsaville, B.J. (2004). Prize reinforcement contingency management for treating cocaine users: how low can we go and with whom? *Addiction*, 99, 349-360.

Petry, N.M., Alessi, S.M., Hanson, T. & Sierra, S. (2007b). Randomized trial of contingent prizes versus vouchers in cocaine- using methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 983-991.

Roizen, H.G., Boulogne, J.J. van Tulder, M.W., van den Brink, W., De Jong, C.A.J. & Kerkhof, A. J.F.M (2004). A systematic review of the effectiveness of the Community Reinforcement Approach in alcohol, cocaine and opoid addiction. *Drugs and alcohol dependence*, 74, 1-13.

Sartor, F., Walckiers, D. & Bils, L. (2003). Country Report: Belgium. In: *Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union*. Lisbon: EMCDDA.

Sleiman, S. & Roelands, M. (2006). *Belgian National Report on Drugs 2006*. Brussels: Scientific Institute of Public Health.

van Nieuwenhuizen, C., Schene, A.H., Koeter, M.W.J & Huxley, P.J. (2001). The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 36, 36 - 44.

Vermeulen, K., Wildschut, J. & Knibbe, R. (2001). 'Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit'. Een verkennend onderzoek naar (base)cocaïnegebruikers in de Utrechtse gemarginaliseerde gebruikersscène. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).

Vivancos, R., Maskrey, V., Rumball, D., Harvey I. & Holland R. (2006). Crack/cocaine use in a rural county of England. *Journal of public health*, 28, (2), p. 96-103.

In het middelpunt ...

*Op 29 mei 2011 was het weer zo ver.
Het jaarlijkse graduatiefeest!*

Voor acht oud-bewoners van De Kiem werd het een bijzondere dag waar ze wellicht lang naar hadden uitgekeken. Na een langdurig en intensief programma in De Kiem vierden ze hun graduatie met familie en vrienden. Drie van hen vierden hun graduatie samen met hun zoon of dochter, met wie ze tijdens hun programma in de Tipi verbleven. Tuur, Lorenzo, Kjell, Frederic, Wesley, Wendy, Kim en Hendrik en ook Axl, Kalinka en Zoë stonden die dag in het middelpunt van de belangstelling. En dat mag je gerust letterlijk nemen. De 200 aanwezige mede-bewoners, familieleden, stafleden en vrienden vormden een ruime cirkel rond de gradué's. Zij boorden elk een gaatje in ons graduatiemonument en spraken een dankwoordje uit. Daarna volgde op initiatief van de gegradueerden een groepscreet met alle aanwezigen. Er was een heerlijk taartbuffet en een rommelmarktje met snuisterijen en onze Kiem-band zorgde onder leiding van Wim voor de muzikale omlijsting. Een aantal studenten van het Provinciaal Handels en Taalinstituut te Gent zorgden voor de animatie van de vele aanwezige kindjes. Naast de wind, was gelukkig ook de zon van de partij en iedereen beleefde een deugddoende dag. Onze huidige bewoners hebben er alvast goede moed uit geput om door te zetten.

D.C.





Een toffe papa en een toffe zoon...

We zouden liegen als we zeggen dat ons leven een succes was. Het was soms triest en uitzichtloos. Maar onze zoon heeft getoond dat, hoe diep je ook zit, er altijd hoop is.

Voor de eerste maal is hij – meer dan 20 jaar geleden – De Kiem ingestapt en heeft hij het programma afgewerkt, om daarna op eigen benen te staan. Na een tijd is hij hervallen in druggebruik en heeft hij zo zijn leven met vallen en opstaan verder gezet.

“*Nu zijn we supertrots op Hendrik, op wie hij is en op wat hij bereikt heeft. En alle jaren die we nu nog mogen meemaken zijn een geschenk.*”

Situaties waarvan de buitenwereld vergoelijkend zei: “Dat zijn de apejaren, dat verandert wel”. Het waren niet zijn apejaren, hij wist zelf erg goed dat dit samenhang met de sfeer van zijn druggebruik.

Nu we 20 jaar verder zijn heeft hij terug het programma volledig afgewerkt, samen met zijn dochtertje Zoë. Welke sterkere motivatie dan Zoë kan je in hemelsnaam bedenken?

Nu zijn we supertrots op Hendrik, op wie hij is en op wat hij bereikt heeft. En alle jaren die we nu nog mogen meemaken zijn een geschenk.

Soms is het enorm zwaar geweest voor ons, maar niettegenstaande alles, dragen we ook vele mooie herinneringen mee. Hendrik is een toffe papa voor Zoë en een toffe zoon voor ons.

We zijn De Kiem ontzettend dankbaar voor hun hulp, hun steun en hun bewonderenswaardige inzet, want bij elk bezoek aan De Kiem ervaren we een warme en deugddoende sfeer.

We sluiten graag af met een gedicht van Herman De Coninck

*“Het is met de hoop
als met de wegen op het platteland.
Er was nooit een weg,
maar als veel mensen in dezelfde richting lopen
ontstaat de weg vanzelf”*

*Luc en Lies
De ouders van Hendrik*

Keer op keer een nieuwe kans...

Het is nu al een hele tijd geleden dat ik de eerste stap zette om naar De Kiem te gaan, maar ik herinner me nog goed de weg vooraf...

Ik wist al lang dat ik met een serieus probleem zat. Ik wou er langs de ene kant wel iets aan doen maar koos altijd eerst voor de gemakkelijkste oplossing. Ik kwam terecht bij m'n huisdokter, bij ambulante begeleiding en daarna in korte crisisprogramma's, maar de zin was er eigenlijk nog niet om te stoppen. Ik besef nu wel dat het een goede aanloop was naar wat ik wel nodig had.

In de ambulante begeleiding van Traject te Aalst hadden ze me het advies gegeven om een langdurig programma te volgen. Ze hadden het al een paar keer voorgesteld maar ik stond er heel sceptisch tegenover en legde die optie naast me neer. Het ging heel snel bergaf met mij, tot ik op het punt kwam dat de meeste mensen rondom mij die ik graag zag me links lieten liggen omdat ik ze zoveel verdriet aandeed. Er waren mensen die me bleven steunen maar ik merkte dat hun geduld op geraakte. Toen ik ook mijn werk kwijt geraakte door mijn gebruik was het ideale moment gekomen om nog eens goed na te denken over een opname in De Kiem.

Ik stond onder druk van mijn familie, waar ik ze nu ontzettend dankbaar voor ben, en ik wist ook zelf dat het zo niet verder kon. Ik ben dan toch op gesprek gegaan bij Nadine, al was het een beetje met tegenzin. Ik vond de duur van het programma zo ontzettend lang. Toch besloot ik om naar De Kiem te gaan, ik pakte mijn koffers en ging binnen in het 'Onthaal'. Daar had ik het in het begin vooral moeilijk met de structuur en met het me verantwoorden naar de staf toe. Ook fysiek moest ik nog ontwennen van de medicatie. Als ik het me goed herinner heb ik 15 dagen bijna niet geslapen maar ik ben er toch door geraakt. Na 2 maand mocht ik naar de TG. In het begin was het nogal aanpassen om met een groep van ongeveer 20 mensen samen te leven. Na een tijdje begon ik er mijn draai te vinden en

samen met de mensen rondom mij te werken aan een cleane toekomst. Niet alleen de mensen binnen de Kiem waren hierbij belangrijk. Door de familiegesprekken met mijn ouders, broer en zus begonnen die na een tijdje terug vertrouwen in mij te krijgen, omdat ze zagen dat ik echt wel aan het veranderen was. Soms was het niet gemakkelijk maar ik wist dat ik niet meer terug wou naar vroeger. Ik was

“Soms besef ik nu dat ik voor de eerste keer echt gelukkig ben in mijn leven. Ik sta er niet meer alleen voor en geniet van familie en vrienden rondom mij.”

superblij toen ik na uiteindelijk 17 maanden naar het halfweghuis mocht. In het HWH kon ik natuurlijk ook nog rekenen op bijstand van Hans en Nadine en na 7 maand ben ik alleen gaan wonen.

Soms besef ik nu dat ik voor de eerste keer echt gelukkig ben in mijn leven. Ik sta er niet meer alleen voor en geniet van familie en vrienden rondom mij die ik heel dankbaar ben omdat ze me keer op keer toch een nieuwe kans hebben gegeven. Nu heb ik het gevoel dat mijn leven nog moet beginnen, samen met mijn lieve vriendin waar ik nu al een tijdje mee samenwoon en die ik doodgraag zie. Langs deze weg wil ik zeker mijn familie, vrienden en De Kiem nog eens bedanken die mij bleven steunen en me geholpen hebben de mens te worden die ik nu ben.

Kim



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 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
Dirk Vandevelde

Fotografie
Dirk Calle

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

