

Drugvrij Therapeutisch Programma

Erkenningsnummer P702012

België-Belgique
P.B.
9890 Gavere
3/3505

Tijdschrift van de Kiem v.z.w.



Driemaandelijks – Jaargang 16
Juli, augustus, september 2008 – Nr. 3



de Kiem

Onderzoek naar aangepaste behandelmethodes

Via het fonds ter bestrijding van verslavingen heeft “de Kiem” een aantal projecten uitgewerkt. Twee hiervan willen we uitgebreid toelichten.

Het eerste betreft een onderzoek naar de beste methode om allochtone ouders van druggebruikende jongeren te ondersteunen en te begeleiden. In samenwerking met “de Eenmaking” onderneemt “de Kiem” actie om ouders uit etnisch-culturele minderheden preventief te informeren over drugs en druggebruik en werken we een methodiek uit om allochtone ouders van druggebruikende jongeren beter te begeleiden. We hebben de toelating gekregen om dit project in een tweede werkjaar nog verder uit te werken en in de praktijk te toetsen.

Het tweede project had als thema de ontwikkeling van een specifieke behandelingsmethodiek voor cocaïneverslaafden. Het aantal cliënten met een cocaïneverslaving neemt jaar na jaar toe en iedereen was dan ook erg benieuwd naar de resultaten van dit project. Zo’n opdracht grondig uitwerken realiseer je niet in 1 jaar. Ondanks de lovende kritiek op de manier waarop we dit project hebben uitgewerkt, werd het niet verlengd omdat we het geheel veel te onderzoeksmatig hadden aangepakt. Onze eigen kwaliteitsnorm ligt blijkbaar te hoog. Toch blijft iedereen in het werkveld ervan overtuigd dat verder onderzoek naar aangepaste behandelmethodes voor de specifieke groep van cocaïnegebruikers noodzakelijk is.

Sinds oktober 2007 heeft “de Kiem” nu ook een onafhankelijk ombudsman in huis. Ook al hebben de bewoners, opgenomen in “de Kiem” verschillende mogelijkheden om een antwoord te krijgen op vragen en klachten, toch is het belangrijk dat ze ook de mogelijkheid hebben om dit bij een volledig onafhankelijk persoon te doen. Patrick Claeys vertelt over het hoe en waarom van deze functie.

In juni was er het jaarlijks graduatiefeest gevolgd door een eerste Opendeurdag op de locatie te Gaverre. We plannen vanaf nu om de twee jaar onze deuren open te zetten voor alle geïnteresseerden. Met de opbrengst konden de bewoners een week naar de Ardennen.

Zeven bewoners gradueerden dit jaar. Zij hebben het volledige programma van “de Kiem” afgewerkt: onthaal, therapeutische gemeenschap, halfweghuis en ambulante nazorg. Ondertussen zijn zij al tussen de twee en drie jaar clean. Zo’n graduatie blijft een mooi, warm en ontroerend moment. Een krachtig bewijs dat mensen kunnen veranderen! Een van hen is Herman. Hij en zijn familie krijgen het laatste woord. Herman, langs deze weg nogmaals proficiat met de geboorte van je dochter!

Dirk Vandeveldre
directeur



“De Kiem” informeert Turkse en Maghrebijnse ouders

Elke jongere komt vroeg of laat in contact met drugs, of je dit als ouder nu wilt of niet. Ouders van druggebruikende kinderen hebben het veelal moeilijk. Ze voelen schaamte, vragen zich af wie de schuld treft en weten niet altijd waar ze heen kunnen. Dit geldt voor autochtone ouders, maar zeker ook voor allochtone ouders.

We merken dat allochtone ouders van druggebruikende kinderen nauwelijks worden bereikt door de reguliere drughulpverlening. Voor hen blijkt het nog moeilijker de stap naar de hulpverlening te zetten.

“De Kiem” stelt zich de vraag op welke manier deze groep kan bereikt en hoe we hun vragen op de meest adequate wijze kunnen beantwoorden. We willen met “de Kiem” nagaan welke nu de echte redenen zijn waarom de allochtone ouders de weg naar de hulpverlening moeilijker vinden.

In samenwerking met “de Eenmaking” start “de Kiem” twee initiatieven om ouders uit etnisch-culturele minderheden preventief te informeren over drugs en druggebruik.

Via het Tuppercare-project willen “de Kiem” en “de Eenmaking” voornamelijk de moeders bereiken en via preventie in de moskee voornamelijk de vaders.

Beide types van preventie zijn zoveel als mogelijk aangepast aan de noden en behoeftes van de doelgroep. Dit zorgt voor een laagdrempelig karakter van de activiteiten. Via deze activiteiten bereiken we een aantal moeders en vaders die via de eerder klassieke methoden niet worden bereikt. We menen ook dat deze preventieactiviteiten op termijn voor een aantal ouders de ingang tot de hulpverlening kunnen betekenen.

Tuppercare¹

Het project Tuppercare is een vorm van preventie die zich richt op vrouwen vanuit etnisch-culturele



Opleidingsessie vrijwilligers Tuppercare

minderheden. Er worden vrouwelijke vrijwilligers van Turkse of Marokkaanse origine opgeleid tot preventiewerkers. Ze worden geschoold in de basiskennis en basisvaardigheden van drugs en druggebruik. Concreet betreft dit: productinformatie, signaalgedrag, de drughulpverlening en opvoedingsondersteuning. Deze opgeleide vrouwen pogen vervolgens, via de tuppercare-methode, de doelgroep te bereiken. Deze methode is gebaseerd op het systeem dat we kennen van Tupperware. Dit houdt in dat men de geleerde informatie overbrengt bij een kleine groep van vrouwen die samenkomen bij één van hen thuis. Degene die haar huis open-

>>

¹ Boukbir M. (2005), Tuppercare: voorlichting aan huis bij allochtone vrouwen. Limburg: CAD.



>> stelt voor een sessie noemen we de gastvrouw. Tuppercare is er van en voor vrouwen wat de toegang voor moeders vergemakkelijkt en daarnaast wordt de informatie bij hen thuis tijdens een gezellige bijeenkomst in een kleine groep overgebracht. Dit zijn noodzakelijke elementen voor een voldoende laagdrempelig karakter van het project.

De doelgroep binnen het tuppercareproject zijn Turkse en Marokkaanse vrouwen die minder actief zijn in het verenigingsleven en in de samenleving. Deze vrouwen worden nauwelijks bereikt via de traditionele preventiekanalen. Deze Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben over het algemeen echter wel veel contacten met andere vrouwen van dezelfde origine en ze komen dagelijks bij elkaar over de vloer. Wat de drugproblematiek betreft is er bij deze groep vrouwen soms een grote informatieachterstand. De taal- en cultuurbarrière zorgen ervoor dat ze moeilijk geïnformeerd kunnen worden. De laagdrempelige tuppercaremethode maakt het mogelijk de vrouwen te informeren in hun eigen taal. Bovendien wordt rekening gehouden met de gevoeligheden, waarden en normen binnen hun cultuur.

Zoals reeds gesteld vindt de tuppercaresessie plaats bij de gastvrouw. Zij speelt dan ook een centrale en belangrijke rol binnen het tuppercareproject. De gastvrouw is iemand die bereid moet zijn om actief samen te werken met de preventiewerker, zowel voor, tijdens als na de bijeenkomsten. De gastvrouw stelt de groep samen en bereidt de deelnemers voor op het inhoudelijke thema. Zij heeft een grote vrijheid om te bepalen op welke manier zij dit wil uitvoeren. Hierbij kan ze altijd rekenen op de ondersteuning van de preventiewerker, die op



zijn beurt steeds kan rekenen op een medewerker van “de Eenmaking” of “de Kiem”.

Dit jaar hebben we één opleidingreeks voltooid. Het rekruteren van de vrijwilligers is niet evident, wat meteen het uitgangspunt – een moeilijk te bereiken doelgroep - bevestigt. Er dienden een aantal acties genomen te worden om vrijwilligers te vinden. Dit deden we onder meer door het tuppercareproject bekend te maken via vrouwenverenigingen (“Samenlevingsopbouw vrouwenwerking babeluut”, “Islamitische vrouwen Gent”, “vzw Hilal”, “Aycecegi”, “Flux”), door deel te nemen aan sociaal-culturele activiteiten (bijvoorbeeld: Iftarmaaltijd georganiseerd door VOEM vzw) en door het organiseren van informatieavonden in vzw “De Eenmaking”. Uiteindelijk werden vijf vrijwilligers gevonden die allen de opleiding hebben gevolgd in de maanden februari en april.

Concreet bestaat de opleiding uit drie dagen. Er werd een draaiboek uitgeschreven dat dienst doet als informatiebron voor zowel de opleidingsgevers als degene die de opleiding volgen.

De realisatie van de tuppercaresessies zit momenteel in een eerste fase. Dit houdt in dat we tuppercare voornamelijk bekend maken via tuppercaresessies in vrouwenverenigingen. Het is onze uiteindelijke doelstelling om tuppercaresessies te geven in de huiskamers van de meest moeilijk bereikbare groep, zijnde vrouwen (moeders) die weinig buitenshuis vertoeven. We hebben echter opgemerkt dat de stap van tuppercaresessies in vrouwenverenigingen noodzakelijk is om verder te kunnen gaan. Er dient eerst enige bekendmaking te zijn zodat onder meer via mond-aan-mond reclame de thuisessies georganiseerd kunnen worden. Tijdens onze tuppercaresessies in vrouwenverenigingen spreken we ook vrouwen aan met de vraag of zij een sessie thuis wensen te organiseren. De sessies in vrouwenverenigingen werden begeleid door professionele werkrachten van vzw “de Kiem” en vzw “de Eenmaking”. Door zelf aanwezig te zijn doen we ervaring op met de methodiek, kunnen we de vrijwilligers beter ondersteunen en denken we de continuïteit in heel het gebeuren te bewaken.

Uiteindelijk hebben vier tuppercaresessies plaatsgevonden in vrouwenverenigingen (“ING”(2x), “Poskuder”, “De Sloep vzw”). Hiermee werden ongeveer 57 vrouwen (moeders) bereikt. Uit deze vier tuppercaresessies sorteerden een vijftal andere tuppercaresessies, ook allen in vrouwenverenigin-

gen (vb.: “El Ele vzw”, vrouwenwerking aangesloten aan de moskee, ...). Dit zou kunnen betekenen dat het gemakkelijker wordt om verenigingen te vinden waar een tuppercaresessie kan plaatsvinden naarmate de bekendheid vergroot. Het blijft evenwel belangrijk om voortdurend in contact te staan met de contactpersonen. Daarnaast toonden enkele vrouwen tijdens de tuppercaresessies interesse om als tuppercarevrijwilliger aan de slag te gaan.

Na de eerste drie tuppercaresessies hebben we een uitgebreide evaluatie gedaan ter verbetering van de methodiek. Hierbij werd rekening gehouden met de reacties van de aanwezige moeders, de ervaring van de groepsleidsters en onze eigen ervaring als preventiewerker. Alle partijen zijn tevreden over de inhoud van de preventiesessies en de wijze waarop deze werd overgebracht. Er dient evenwel nog iets meer aandacht te worden besteed aan tastbaar materiaal. Het gebruikte fotomateriaal werd goed beoordeeld maar de vraag naar tastbaar materiaal was opmerkelijk. Om iets meer overzicht te houden in de hoeveelheid informatie dient er een poster gemaakt te worden die de indeling presenteert naar de effecten van drugs.

Een volgend belangrijk evaluatiepunt is de vaststelling dat niet alle inhoud op een tijdsduur van 2 uren gegeven kan worden. De meeste vrouwenbijeenkomsten duren niet langer dan twee uren. Bijgevolg hebben de vrouwen over het algemeen een dagplanning vastgelegd die niet kan gewijzigd worden, waardoor na twee uur tijd de bijeenkomst afgesloten moet worden. Daarnaast is de interesse rond productinformatie zeer groot en worden talloze vragen gesteld. Dit leidt ertoe dat niet alle thema’s uitgebreid aan bod kunnen komen waaronder opvoedingsondersteuning en drughulpverlening. Deze laatste zijn evenwel van groot belang aangezien we preventie als belangrijke opstap zien naar hulpverlening. Bijgevolg zullen we, indien nodig, de tuppercaresessie opsplitsen in 2 sessies. Zo krijgen de vrouwen ook de kans de informatie te verwerken die ze gekregen hebben tijdens de eerste sessie. De volgende sessie is er dan naast het aanbieden van nieuwe informatie (voornamelijk drughulpverlening en opvoedingsondersteuning) nog tijd voor bijkomende vragen.

Preventie via moskeeën

Deze preventieactiviteit richt zich voornamelijk naar de mannen (vaders). Om zoveel mogelijk vaders te bereiken wordt samengewerkt met “Agora”, “VOEM”, “ODICE” en “Forum Etnisch-Culturele

minderheden”. Zij helpen ons in het leggen van contacten met Imams en andere verantwoordelijken van socioculturele verenigingen. Wanneer een preventiesessie kan doorgaan, vindt een voorbespreking plaats met de Imam of de verantwoordelijke. Daarin worden duidelijke afspraken gemaakt over de inhoud, tevens wordt aangegeven wie wanneer aan het woord komt. De Imam geeft een inleiding waarin de thema’s religie, cultuur en traditie en de positie van drugs daarin duidelijk naar voren wordt gebracht. Na de inleiding wordt een voordracht gegeven door een ervaringsdeskundige van “de Eenmaking”. Als ervaringsdeskundige vertelt hij zijn levensverhaal. Aansluitend daarop geeft hij informatie over de verschillende drugsoorten, signaalgedrag, hoe om te gaan met druggebruikers,... Een sessie duurt ongeveer anderhalf uur. In tegenstelling tot de tuppercare-methode bij moeders wordt men tijdens deze preventiesessies geconfronteerd met grote groepen vaders die in zekere zin ‘verplicht’ worden te luisteren. Tijdens een preventiesessie is er steeds een persoonlijk (anoniem) aanspreekpunt aanwezig om verdere (persoonlijke) vragen te beantwoorden. Op die manier worden vaders geïnformeerd en gesensibiliseerd ten aanzien van een eventuele drugproblematiek bij zoon of dochter.

Gedurende dit projectjaar werden drie sessies gegeven waarbij we een 143-tal mannen bereikten. Ook zullen deze sessies door vrouwen zijn gehoord, maar het precieze aantal kan niet worden medegedeeld gezien zij zich op het eerste verdiep van de moskee bevinden. Uit deze eerste sessies zijn enkele begeleidingsaanvragen gekomen. Deze heeft “de Eenmaking” opgevangen. Er is evenwel nood aan kennis over de manier waarop we deze mensen op een geschikte wijze kunnen opvangen.

Met steun van de Vlaamse Gemeenschap (project “Managers van diversiteit”) en de federale overheid (“Fonds ter bestrijding van verslaving”) hebben we al enkele stappen kunnen ondernemen om deze methodieken uit te bouwen en te ontwikkelen. We hopen er in de toekomst beter in te slagen om allochtone ouders van druggebruikende jongeren te bereiken en op termijn met “de Kiem” ook een aanbod te kunnen formuleren om hen te ondersteunen. Dit kan enkel een meerwaarde betekenen voor zowel de druggebruikende jongeren als hun ouders.

*Jo Thienpont, verantwoordelijke Ambulant Centrum
Liesbeth Noens, projectmedewerker*



Ambulante drughulpverlening aan cocaïnegebruikers

“De Kiem” voerde in het kader van het ‘Federaal Fonds tot Bestrijding van de Verslavingen’ een project uit aangaande de ambulante drughulpverlening aan cocaïnegebruikers.

Situering project

Het werd de medewerkers van het Ambulant Centrum al een tijdje duidelijk dat cocaïnegebruik de afgelopen jaren floreerde, wat onder meer tot uiting kwam in het toenemend aantal cocaïnegerelateerde hulpvragen. Niettegenstaande deze gunstige instroomtendens, rapporteren tal van Vlaamse hulpverleners dat het bereik van cocaïnegebruikende personen over het algemeen moeizaam verloopt. Bovendien blijken heel wat cocaïnegebruikers getypeerd te kunnen worden als draaideurcliënten en lijkt de drop-out en het herhal van deze cliëntengroep beduidend hoog te zijn. Deze tendens stelt de hulpverlening dermate op de proef dat verdere exploratie daaromtrent aangewezen leek. Bijgevolg diende dit project na te gaan of cocaïnegebruikers gebaat kunnen zijn bij een specifiek programma dat optimaal afgestemd is op hun noden en behoeften en welk programma daartoe het meest aangewezen lijkt.

Werkwijze

Alvorens we meenden toe te zijn aan het zoeken naar antwoorden op de twee centrale probleemstellingen van dit project, leek het ons aangewezen om de voorgaande hypothese – die aanvankelijk gestoeld was op de ervaring van de hulpverleners en enkele Amerikaanse studies – hard te maken door er ondersteuning voor te zoeken in de wetenschappelijke literatuur en bij andere drughulpverleners. Zodoende vatten we deze verkenning aan langs twee sporen, zijnde die van de evidence-based practice respectievelijk practice-based evidence. In eerste instantie wensten we het maatschappelijk kader te schetsen waarbinnen de hypothese van dit project zich situeert. Daartoe creëerden we een overzicht van zowel internationale als nationale gegevens inzake de prevalentie en aard van cocaïnegebruik, getypeerde gebruiksprofielen, cocaïnegebruikende cliënten in de ambulante drughulpverlening, etc. Zodoende zochten we bevestiging voor de impressie dat cocaïnegebruikende cliënten de gevestigde ambulante drughulpverlening voor een uitdaging stellen.

Vervolgens verdiepten we ons in het debat aangaande de wenselijkheid van een cocaïnespecifiek hulpverleningsaanbod en exploreerden we de vigerende kennis, opinies en initiatieven ter zake. Reeds heel wat interventies bleken in termen van wetenschappelijke evidentie onderzocht te zijn op hun werkzaamheid bij de behandeling van cocaïnegebruik. Bovendien werd duidelijk dat verschillende instanties, voornamelijk in het buitenland, op eigen initiatief experimenteren met de mogelijkheden voor een cocaïnespecifiek hulpverleningsaanbod. Ook werden een aantal Vlaamse drughulpverleners, met name diegene onder hen die ook op eigen initiatief de mogelijkheden van een cocaïnespecifiek aanbod verkennen, bevestigd omtrent hun ervaringen met cocaïnegebruikers en hun suggesties voor de behandeling ervan.

De bevindingen die resulteren uit deze diverse pistes werden geïntegreerd en middels discussierondes met hulpverleners afgetoetst op hun wenselijkheid en haalbaarheid. Deze bevindingen worden onderstaand beknopt weergegeven.

De bevindingen die resulteren uit deze diverse pistes werden geïntegreerd en middels discussierondes met hulpverleners afgetoetst op hun wenselijkheid en haalbaarheid. Deze bevindingen worden onderstaand beknopt weergegeven.

Bevindingen

Het werd al snel duidelijk dat dit project kadert binnen een internationale tendens van groeiende professionele, wetenschappelijke en beleidsmatige aandacht voor interventies die beter tegemoet kunnen komen aan de toenemende cocaïneconsumptie. Niettemin een eenduidige achterliggende reden voor een cocaïnespecifiek aanbod slechts moeizaam geponeerd kan worden, worden diverse argumenten aangehaald om dergelijke nood te



verklaren. Eén van de belangrijkste redenen is het gegeven dat de meeste bestaande hulpverleningsmogelijkheden primair georiënteerd zijn naar opiaatgebruikers, en bijgevolg onvoldoende aantrekkelijk zijn voor en tegemoet komen aan de noden van cocaïnegebruikers. Aansluitend daarbij dient vermeld te worden dat de mogelijkheden tot het voorzien in een farmacologisch substituuat voor cocaïne vooralsnog beperkt zijn, wat noopt tot andere hulpverleningsaccenten die het abstinentieproces beter kunnen ondersteunen. Bovendien zou de hulpvraag van cocaïnegebruikers van een andere aard zijn, aangezien zij vaak beroep doen op de hulpverlening in of net na een crisiservaring, met een vraag naar onmiddellijke handvaten en concrete informatie.

Daardoor worden door hulpverleners en cliënten enkele drempelverlagende adviezen geopperd ter optimalisering van de hulpverlening aan cocaïnegebruikers. Deze suggesties lijken in hoofdzaak betrekking te hebben op de initiële contacten met cocaïnegebruikers, die als cruciaal gepercipieerd worden in het kader van een verhoogde retentie en een succesvoller verloop van het hulpverleningsproces. Een belangrijk advies houdt in dat organisaties zich flexibel dienen te organiseren. Zowel qua bereikbaarheid als afstemming op de particuliere situatie wordt van voorzieningen verwacht dat zij laagdrempelig en meegaand zijn. Voor wat betreft de bereikbaarheid, blijkt de frequent voorkomende avondpermanentie bij cocaïnespecifieke initiatieven een must. Op het vlak van doelstellingen wordt gesuggereerd om cliënten de keuze te laten tussen schadebeperking, reductie

dan wel beëindiging van het cocaïnegebruik. Het lijkt dus van cruciaal belang om de aanvang van de begeleiding volledig toe te spitsen op de concrete hulpvraag van de cliënt. Gezien veel cliënten zich naar aanleiding van een crisissituatie aanmelden, lijkt het van primordiaal belang om praktische handvaten mee te geven waarmee zij concreet aan de slag kunnen na het gesprek. Psycho-educatie en nadien ook terugvalpreventie zijn in dit opzicht belangrijke hulpmiddelen. Dit sluit evenwel niet uit dat gaandeweg meer aandacht besteed kan worden aan de globale levenssituatie van de cliënt. Het lijkt immers van belang een stabiele levenssituatie na te streven, met bijzondere aandacht voor praktische belemmeringen die cliënten ervaren. Ook tijdens het begeleidingsproces blijft het derhalve aangewezen om op zeer concrete wijze te werk te gaan. De visuele instrumenten en werkformulieren die in tal van initiatieven worden aangewend, vormen daarbij een belangrijk hulpmiddel. In dat verband wordt ook geopperd om realistische doelen voorop te stellen, die haalbaar zijn voor de cliënt en die binnen een korte termijn tot een waarneembaar effect leiden. Uiteraard zou ook een warme, betrokken en begrijpende relatie tussen de hulpverlener en cliënt bijdragen tot een optimaal hulpverleningsaanbod voor cocaïnegebruikers. De overige suggesties, zijnde het incorporeren van alternatieve geneeswijzen enerzijds en medisch geschoold personeel anderzijds, het intensief betrekken van het sociaal en familiaal netwerk van de cliënt en het organiseren van aanvullende groepsprogramma's kwamen in mindere mate aan bod maar kunnen evenwel

>>



>> overwogen worden bij het uitbouwen van een cocaïnespecifiek aanbod.

Overigens wordt ter motivatie van een cocaïnespecifiek aanbod gerefereerd aan de neurobiologische werking van cocaïne. Cocaïne beïnvloedt immers het dopaminerge systeem in de hersenen, wat maakt dat cocaïne een uitvergroott belonend effect sorteert. Bij herhaald cocaïnegebruik lijken de hersenen zich te adapteren, wat frequent resulteert in een disregulatie van het beloningscentrum in de hersenen. Dit komt niet zelden tot uiting in een ontregelde reactie op niet-cocaïnerelateerde, aangename stimuli en responsen en in een pathologische vorm van bekrachtiging zoeken. Zodoende wordt aanbevolen om beloningsgericht te werken in de behandeling van cocaïnegebruik, met als doel het maladaptieve beloningssysteem te herstellen in één dat niet-druggerelateerde stimuli en responsen opnieuw als belonend ervaart.

‘C.R.A. + Vouchers’ is een psychosociale interventie die als dusdanig te werk gaat en tot dusver de meest veelbelovende resultaten opleverde voor cocaïnegebruikers. Community Reinforcement Approach (C.R.A.) en Contingency Management zijn vormen van cognitieve-gedragstherapie en gaan bijgevolg uit van de veronderstelling dat druggebruik een aangeleerd gedrag of aangeleerde gewoonte is. Het werd aangeleerd doordat de cliënt heeft ervaren dat het uitgelokte gedrag in kwestie, zijnde cocaïnegebruik, bekrachtigd werd. C.R.A. is een meersporenprogramma dat beoogt samen met de cliënt een drugvrije levensstijl op te bouwen. Men tracht de sociale omgeving van de cliënt te

herorganiseren door deze omgeving te voorzien van belonende activiteiten die dermate voldoeninggevend zijn voor de cliënt dat ze de strijd kunnen aangaan met de voordelen van druggebruik. Er worden natuurlijke bekrachtigers ingebouwd in het leven van de cliënt. Op die manier wil men de cliënt laten ervaren dat een cleane levensstijl minstens even belonend kan zijn als een druggebruikende levensstijl. Het veranderen van levensstijl dient beschouwd te worden als een gestaag proces. Derhalve worden positieve evoluties successief bekrachtigd. Daarenboven worden de natuurlijke bekrachtigers in het kader van contingency management aangevuld met materiële beloningen (vouchers). Deze hebben tot doel de therapietrouw te bevorderen en de aanvankelijke negatieve gevolgen van verminderd gebruik of abstinentie te compenseren. Deze beloningen worden contingent aan cocaïne-vrije urinestalen, nagekomen afspraken, initiatieven op vlak van doelrealisatie, etc. toegekend aan de cliënt. Community Reinforcement Approach en Contingency Management worden als complementair ten opzichte van mekaar beschouwd. Niettemin dit een waardevolle methodiek wordt bevonden, rijzen vragen aangaande de praktische implementatiemogelijkheden ervan in de gevestigde Vlaamse drughulpverlening. De methodiek verschilt op een aantal aspecten immers dermate van de huidige praktijk, dat een grondige bijstelling aangewezen is alvorens voor implementatie vatbaar te zijn. Bovendien wordt duidelijk dat deze erg gestructureerde en intensieve methodiek voorbehouden is voor een selecte subgroep cocaïnegebruikende cliënten die een minimale veranderingsbereidheid vertonen en een zekere inspanningsverbintenis willen aangaan.

Het lijkt er dus op dat op twee sporen gewerkt zal moeten worden wil men tegemoet komen aan de hulpvragen van cocaïnegebruikers: verbeteracties aangaande het voortraject dat cliënten afleggen wanneer ze initieel in contact komen met de hulpverlening én verbeteracties met betrekking tot het behandelen van cocaïnegebruikers die vastberaden zijn hun levensstijl radicaal te wijzigen. De inzichten die resulteren uit de bestudering van de evidence-based onderzoeken en de practice-based initiatieven zijn in dit opzicht complementair ten opzichte van elkaar en worden verondersteld in hun totaliteit bij te dragen tot een effectievere ambulante hulpverlening aan cocaïnegebruikers.

Jo Thienpont, verantwoordelijke Ambulant Centrum Sofie Vindevogel, projectmedewerker



Ombudswerk, ook in de Therapeutische Gemeenschap

Sinds de “Wet op de Rechten van de Patiënt” van 22 augustus 2002 is in elk ziekenhuis een ombudsdienst verplicht. “De Kiem” vond het belangrijk dat ook zijn cliënten met hun eventuele vragen en klachten terecht kunnen bij een ombudspersoon die onafhankelijk is van de organisatie. Sinds oktober 2007 komt de ombudsman elke tweede en vierde woensdagmiddag van de maand langs in de T.G. in Gavere. Tijd voor een eerste toets.

Waarom al die ombudsdiensten?

Niets ontsnapt tegenwoordig aan regelgeving. In België worden jaarlijks om en bij de 75.000 bladzijden regelgeving geproduceerd, weliswaar alles samen in de 3 landstalen. Ook het dagelijks leven wordt stap voor stap in wetten, koninklijke besluiten, decreten en ordonnantiën gegoten. Rechtbanken kunnen niet meer volgen. Advocaten zijn meestal niet geneigd snelle en goedkope oplossingen te zoeken. De wetgever vond het dan ook nodig een soort buffer te installeren en hoopt via ombudsdiensten onvrede te kanaliseren en via bemiddeling conflicten in der minne op te lossen, vooraleer ze in de gerechtelijke molen terecht komen. Wie van klagen zijn levenswerk wil maken vindt op www.ombudsman.be beslist zijn gading. Vlaanderen – je hebt uiteraard ook www.vlaamseombudsdienst.be – is duidelijk mee in de vaart der Europese volkeren.

Een goede gezondheid! De rest komt vanzelf

Je kan er weinig mee miswensen. Gezondheid, zowel lichamelijk als geestelijk, is belangrijk. Een lang gezond leven ligt voor velen binnen bereik. Men verwacht veel, misschien soms teveel, van de gezondheidszorg. Het hoeft niet te verwonderen dat ook hier rond afdwingbare rechten werden geformuleerd.

Het blijft de verdienste van Magda Aelvoet – begin van dit millennium nog federaal Minister Volksgezondheid – eindelijk een wetsvoorstel goedgekeurd te krijgen waarin een aantal rechten voor de patiënt

worden gebundeld en verfijnd. Er wordt duidelijk gekozen voor een **harmoniemodel**. Het is niet de bedoeling dat de patiënt met deze wet onder de arm, zijn gram en gelijk haalt bij de rechtbank. De wet kiest voor de **bemiddeling** als voornaamste oplossingsstrategie.

Patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg

De patiëntenrechtenwet is een algemene wet, die de rechten van een persoon vastlegt in zijn relatie met een hulpverlener binnen de gezondheidszorg. De wet geldt evenzeer in een privépraktijk van bv. een arts, tandarts of kinesist, als in een ziekenhuis.

Er zijn geen bijzondere bepalingen voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, ook al lijken sommige rechten hier in de praktijk minder evident. Denk maar aan personen die gedwongen opgenomen worden of bij wie het afbreken van een behandeling een terugkeer naar de gevangenis betekent.

Daarnaast stelt zich het probleem dat sommige beroeps categorieën in de verslavingszorg (bv. *psycholoog, maatschappelijk assistent, opvoeder*) nog steeds niet officieel erkend zijn als gezondheidsberoep. Indien men een recht wil afdwingen voor een rechtbank, kan zich hier een probleem stellen. In de praktijk van de bemiddeling hoeft dit evenwel geen hinderpaal te zijn. Bovendien werkt men in de verslavingszorg meestal multidisciplinair samen met wel erkende beroepsbeoefenaars (*artsen, verpleegkundigen* en paramedici).

>>



>> Een psychisch en/of verslavingsprobleem maakt iemand **extra kwetsbaar**.

Vaak heeft het probleem gevolgen op heel wat levensdomeinen: relaties, werk, sociale contacten, juridisch, financieel, ... Reeds in 2004 formuleerde de Raad van Europa een aanbeveling over de bescherming van de mensenrechten en menselijke waardigheid van psychiatrische patiënten en pleitte voor een onafhankelijke ombudsdienst die deze kwetsbare personen kan bijstaan bij het uitoefenen van hun rechten.

Patiëntenrechten en ombudswerk, ook in de T.G.

Het volgen van een programma in een therapeutische gemeenschap is een ingrijpende gebeurtenis. Net zoals de verslaving heel wat aspecten van het leven aantast, vergt een verblijf in een T.G. een grondige aanpak van de gehele levenswijze.

Het is niet toevallig dat zowel bij de “World Federation” als bij de “European Federation of Therapeutic Communities” (*W.F.T.C. & E.F.T.C.*) als eerste “standard” vermeld staat dat de mensen- en burgerrechten van iedereen betrokken bij de T.G. strikt moeten gerespecteerd worden en dat machtsmisbruik door individuen of door de groep uit den boze is¹.

In tegenstelling tot ziekenhuizen zijn voorzieningen met een RIZIV-conventie, zoals “de Kiem”, niet verplicht de ombudsfunctie aan te bieden aan hun cliënten. In principe kunnen deze terecht bij de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” in Brussel². Het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg (*PopovGGZ*), dat in Oost-Vlaanderen alle voorzieningen groepeerde die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg³, is echter verplicht de ombudsfunctie aan te bieden aan al zijn leden. “De Kiem” is al lang actief lid van PopovGGZ en betrokken bij de talrijke sa-

menwerkingsprojecten die rond verslavingszorg in Oost-Vlaanderen worden opgezet.

“De Kiem” verkoos dan ook een beroep te doen op een ombudspersoon van PopovGGZ. Belangrijk hierbij is dat de ombudsfunctie laagdrempelig wordt aangeboden en dat klachtenbemiddeling gebeurt door iemand die bereid is de werking van de therapeutische gemeenschap grondig te leren kennen.

De introductie van de ombudsfunctie werd in de loop van 2007 samen met directie en staf zorgvuldig voorbereid. Personeel en bewoners werden vooraf uitgebreid geïnformeerd.

De patiëntenrechten in een notendop

Over welke rechten gaat het nu precies? We vatten ze beknopt samen. Voor meer toelichting verwijzen we graag naar de publieksgerichte brochure “Een uitnodiging tot dialoog”, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid in 2007 ruim verspreid⁴.

Het blijft een uitdaging om deze rechten te vertalen naar de praktijk van een T.G.. Het begint al met de term “patiënt” uit de titel van de wet. Ook al worden T.G.’s erkend en gefinancierd binnen het R.I.Z.I.V., de bewoner is binnen een T.G. veel meer dan een “patiënt”. Hier en daar staan we even stil bij de manier waarop bepaalde rechten binnen een T.G. kunnen genuanceerd worden.

1. Het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening**, met eerbiediging van de menselijke waardigheid en het zelfbeschikkingsrecht, zonder onderscheid op welke grond ook, volgens de beschikbare kennis en technologie en overeenkomstig de gangbare kwaliteitsnormen. De zorgen met het oog op het voorkomen, behandelen en verzachten van **lichamelijke en psychische pijn** maken hiervan integraal deel uit.

In de praktijk beslaat dit recht een breed do-

¹ The members of the World Federation of Therapeutic Communities are required to:
 a) Recognize the human and civil rights of all persons associated with their therapeutic community and clearly state the rights, privileges and responsibilities of clients and staff.
 b) Vest in each individual within the Therapeutic Community the right to be free from the threat of the negative use of power by any individual or group.
 Cf. www.wftc.org/standards.html
² Cf. www.patientrights.be
³ Cf. www.popovggz.be
⁴ Verkrijgbaar bij de ombudspersoon of downloadbaar op www.patientrights.be

mein, gaande van respectvolle bejegening, over goede behandeling, kwaliteitsvol verblijf, goede hotelservice, juiste factuur en correct geldbeheer tot beschermende maatregelen.

2. Het recht op **vrije keuze van beroepsbeoefenaar**, voor zover de organisatie van de dienstverlening dat toelaat.

Zo is de dienstverlening van de vaste huisartsen binnen de T.G. opgenomen in het totaalpakket en -budget van de T.G. De vrije keuze is dus hoe dan ook beperkt. Bij de doorverwijzing naar specialisten is, mits overleg, de vrije keuze dan weer wel gegarandeerd.

3. Het recht op **informatie** over de gezondheids-toestand en de voorgestelde behandeling (bv. urgentie, duur, prijs, risico's, ...), in een voor de betrokkene begrijpbare taal.

4. Het recht op **geïnformeerde toestemming** vooraleer een behandeling wordt gestart of gestopt.

Kandidaten voor het T.G.-programma worden grondig geïnformeerd en voorbereid (in de onthaalfase). Ze kiezen voor een langdurig totaalpakket, waarbinnen men zich houdt aan een aantal afspraken.

5. Het recht op een zorgvuldig bijgehouden, veilig bewaard **patiëntendossier**, inclusief het recht op inzage en afschrift.

6. Het recht op **bescherming** van de **persoonlijke levenssfeer**.

Niet steeds makkelijk te garanderen in de context van een therapeutische "gemeenschap". Veiligheid verantwoordt ook een aantal controles in sommige fases van het verblijf (bv. *telefoonverkeer, briefwisseling*). Precies omdat het samenleven zo belangrijk is, vergt respectvol en tactvol omgaan met privacygevoelige gegevens voortdurende aandacht.

7. Het recht op **klachtenbemiddeling** door een onafhankelijk en neutraal ombudspersoon.

Voor personen die niet in staat zijn zelf hun rechten uit te oefenen (bv. *minderjarigen of verlengd minderjarigen*) is er een vrij sluitende regeling van **vertegenwoordiging** voorzien.

Bij de uitoefening van sommige rechten (bv. *informatie, inzage patiëntendossier, klachtenbemiddeling*) kan iedereen zich laten bijstaan door een **vertrouwenspersoon**.



Opdracht, werkwijze en principes ombudswerk

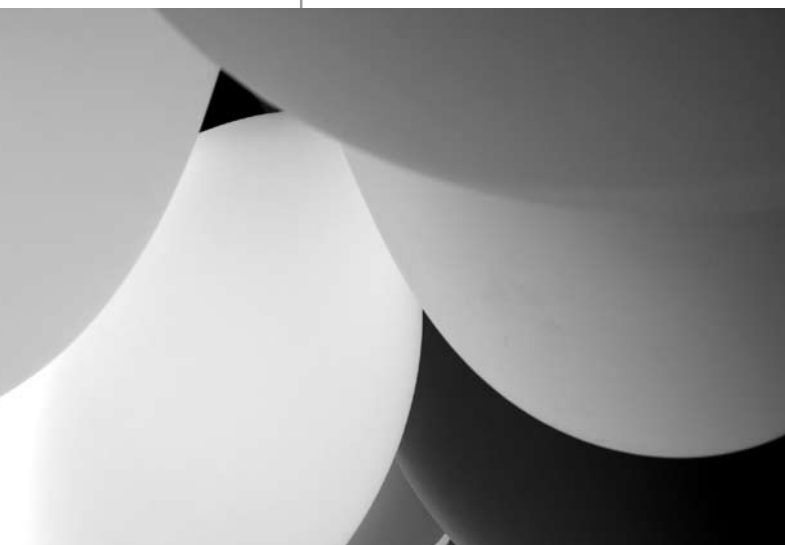
De belangrijkste opdracht van de ombudspersoon is de **communicatie** tussen de patiënt, cliënt of bewoner en de hulpverlener te **herstellen**. Daarnaast moet hij informatie geven over de patiëntenrechten en de voorziening eventueel aanbevelingen geven om klachten in de toekomst te voorkomen.

In de jaarverslagen⁵ spreken we liever over "**aanmeldingen**" dan over klachten. De interventie van de ombudspersoon is bij heel wat meldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het bemiddelen. Soms verlangt de cliënt niets meer. Soms volstaat informeren of doorverwijzen naar een hulpverlener of

⁵ zie www.ombudsfunctieggz.be, bij informatie en documentatie

>>





>> een dienst. Soms verkiest hij (of zij) zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coaching. Uiteindelijk is het de cliënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem. Soms wil hij vooral een signaal geven of vindt de ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal, mits akkoord van de cliënt, gegeven wordt, meestal aan de direct betrokkene, soms aan de directie.

Zonder vooroordelen luisteren naar de cliënt is de basis van het ombudswerk.

In de regel zal de ombudspersoon ook niets ondernemen zonder het uitdrukkelijk akkoord van de cliënt. Belangrijk hierbij is dat de ombudspersoon iemand is die **buiten het team** en **buiten de organisatie** staat en dat hij de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de gegevens over zowel cliënt, hulpverlener als organisatie strikt garandeert.

Het eerste ombudsjaar in “de Kiem”

Sinds oktober 2007 begon de ombudspersoon met zit-, of liever, “rondlooptdagen” elke tweede en vierde woensdagmiddag van de maand in de T.G. in Gavere. In het tussenhuis en het dagcentrum kan men hem desgewenst contacteren voor een afspraak, maar tot op heden was er nog geen enkele oproep.

Meestal geniet hij samen met de bewoners van een voortreffelijk middagmaal. Door de vele informele gesprekken tijdens en na leert hij de Kiem-werking van onderuit kennen. Ook de rol en positie van de

ombudspersoon is stilaan voor iedereen duidelijk. Het informatiemateriaal over de rechten van de patiënt is voor iedereen toegankelijk.

Harde klachten waren er tot nog toe niet. Wel wordt aan de ombudspersoon af en toe informatie gevraagd (*bv. over het recht op bezoek aan een specialist*), soms een second opinion (*bv. bewoners die het moeilijk hebben met het verblijf in een T.G.*).

De T.G. is een relatief kleine voorziening. Binnen de werking zijn op zich reeds heel wat mogelijkheden om problemen te signaleren en uit te klaren. De bewoners krijgen ook zelf heel wat verantwoordelijkheden en de loyaliteit naar de staf en de groep medebewoners is zeer groot.

Toch hebben we de indruk dat het regelmatig bezoek van een ombudspersoon die los staat van de organisatie door de meesten op prijs wordt gesteld. Het onthaal is ook steeds opvallend vriendelijk en attent. De laagdrempeligheid maakt dat een gesprek met de ombudsman niet dadelijk gepercipieerd wordt als een klacht. Tot op heden werd nog geen gebruik gemaakt van het gesprekslokaal dat beschikbaar is voor gesprekken onder vier ogen.

Aangezien de ombudspersoon ook in tal van andere voorzieningen komt, valt het wel eens voor dat hij iemand kent van vroeger uit een andere voorziening of dat hij iemand uit “de Kiem” elders weer tegen het lijf loopt. Het is een vertrouwensfunctie die stilaan (h)erkenning krijgt in het “zorgcircuit mid-delenmisbruik”.



Toekomst

Aangezien de ombudsfunctie inmiddels voldoende gekend is in de T.G. van “de Kiem” en de turnover van de bewoners er ook niet zo groot is, werd in overleg met de directie besloten het bezoek van de ombudsman te beperken tot enkel de tweede woensdagmiddag van de maand.

De aanwezigheid van de externe ombudspersoon betekent vooral een versterking van de patiëntenrechten, ook al is dat voor sommige cliënten niet dadelijk een prioriteit.

Wij danken directie en staf voor de openheid tegenover deze nog vrij jonge functie. Wij danken de bewoners voor het vriendelijk onthaal en de vele boeiende gesprekken. Wij hopen de komende jaren deze praktijk zo zinvol mogelijk verder vorm te kunnen geven.

Wie meer wil lezen over patiëntenrechten en ombudsfunctie vindt ongetwijfeld zijn gading op www.ombudsfunctieggz.be.



*Patrick Claeys
ombudspersoon PopovGGZ vzw
Drongenplein 26, 9031 Drongen (Gent)
tel: 09/216 65 50 – fax: 09/216 65 59
GSM: 0473/56 37 86
e-mail: patrick.claeys@ombudsfunctieggz.be
website: www.ombudsfunctieggz.be*



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
PopovGGZ vzw | Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw

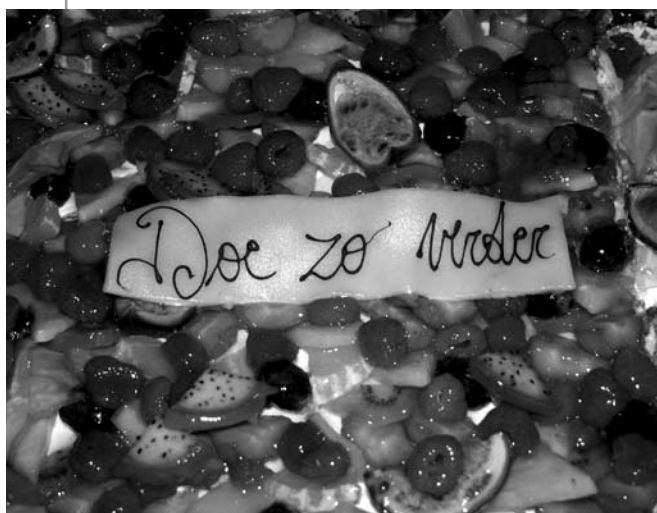
Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Gent (Drongen)
tel: 09/216 65 50 – fax: 09/216 65 59
e-mail: popovggz@ombudsfunctieggz.be
website: www.ombudsfunctieggz.be
rekening: 737-0118312-15



Een schitterend feestweekend...

De aanwezig op 28 of 29 juni dit jaar zullen het beamen. Het werd een bijzonder geslaagd feestweekend met op zaterdag het jaarlijkse graduatiefeest en op zondag een open deur met eetfestijn.

Zeg nu zelf, het eten was heerlijk en de bediening liep bijzonder vlot. De rommelmarkt was een succes en de samenwerking met 'Kunstig Gavere' zorgde voor een mooie tentoonstelling en extra bezoekers vanuit Gavere. En al die bedrijvigheid zorgde ook voor een financieel duwtje in de rug. Nogmaals bedankt aan alle bezoekers en aan alle bewoners en medewerkers. We laten de foto's in dit tijdschrift voor zich spreken...





Jusque à l'année prochaine !

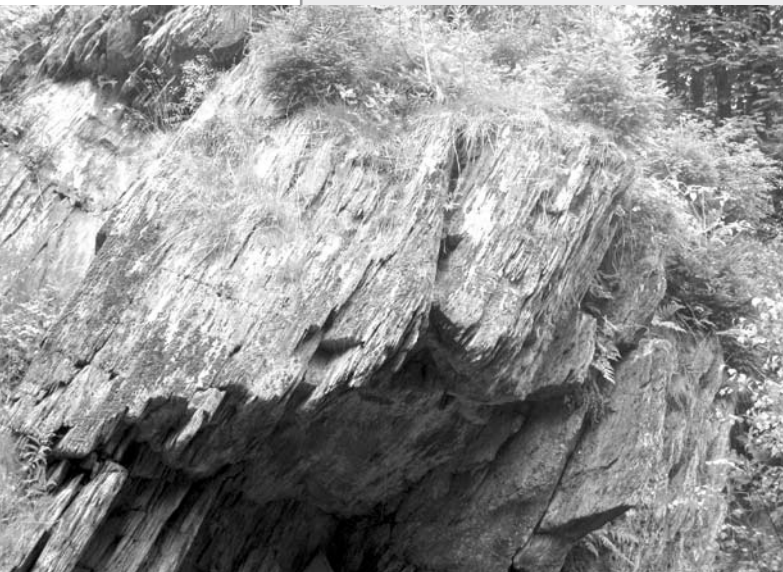
De tijd gaat snel. Dit was reeds de vierde keer dat we met de bewonersgroep naar het vakantiehuis in Mont, nabij Houffalize op verlof gingen. Een bewuste keuze trouwens want deze vakantiebestemming heeft voor ons meerdere troeven.

Vooreerst is er de regio: Mont ligt in het hartje van de Ardennen waardoor we kunnen genieten van een ruim aanbod aan activiteiten zonder al te veel kilometers te moeten rondrijden tijdens ons verblijf. Klimmen, kajakken, zwemmen in een zwembad, de rivier of een meer, een stadsbezoek, mountainbike of urenlang stappen door de bossen en de velden.... het kan er allemaal. Hoezeer we destijds ook van 'De Hoge Venen' hielden, het aanbod was beperkt.

Een ander voordeel is uiteraard dat we ondertussen een aantal duurzame contacten hebben met plaatselijke organisaties en winkels. Via 'Outdoor' gaan we klimmen, kajakken en mountainbiken. Zij hebben door de jarenlange samenwerking een zekere

sympathie opgevat voor onze bewoners. Enkele telefoontjes volstaan om samen ons vakantieprogramma spannend en sportief te organiseren. Daarnaast hebben we ook een vaste bakker en slager die ons korting geven bij de eindafrekening; "jusque à l'année prochaine !". Uit ervaring hebben we geleerd de andere boodschappen zo veel als mogelijk bij het begin van het kamp mee te nemen en nog eens aan te vullen op het ogenblik van de stafwissel. Op die manier sparen we heel veel geld en vooral tijd uit die ten goede komt aan onze betrokkenheid op de bewonersgroep.

Uiteraard is ook het huis op zich een voltreffer. Het vrij nieuwe, moderne gebouw bestaat uit een grote en een kleine woning die aan elkaar palen en ook



langs binnen toegankelijk zijn indien gewenst. Voor ons biedt dit de mogelijkheid om tipi-moeders de kans te geven samen met hun kind deel te nemen aan het kamp zonder aan de nodige privacy te moeten inboeten. Ze voelen zich vlakbij, kunnen steeds op de bewonersgroep beroep doen of zelfs aan een aantal activiteiten deelnemen, maar kunnen zich ook in alle rust met hun kind terugtrekken. Meestal eten zij ook apart omdat dit het best is voor de kinderen. Soms wordt er een babysit georganiseerd zodat de moeder zich ook eens zonder haar kindje kan ontspannen.

Het grote huis is licht en ruim, de bewoners delen net als in Gavere een aantal slaapruintes, douches en toiletten.

Op de kelderverdieping is er een ruime sauna. De bewoners spreken met elkaar een beurtrol af. Mannen en vrouwen doen dit in onze groep gescheiden. Dit jaar waren de bewoners opvallend enthousiast over de sauna en werd deze dagelijks meerdere malen gebruikt.

Hoe beter je een bepaalde streek kent, hoe beter uiteraard ook de wandelingen en staptochten. In ons geval is dit zeker zo. Chris Lemaitre, de verantwoordelijke van de therapeutische gemeenschap, is per definitie al 'geniaal' op dit vlak. Gevolg hiervan

is urenlang wandel- en stapplezier. Tijdens de dagdropping hebben de mannen ruim 12 uren gestapt maar ze kwamen luid zingend 'en polonaise' de hof op...

De vrouwen deden het wat ingetogener, maar beleefden een schitterende dag waarbij de natuur menigmaal verblufte. Een bewonersgroep met een groot aantal vrouwen -zoals dit jaar- heeft als groot voordeel dat je regelmatig gescheiden activiteiten kunt doen. Het was onze indruk dat zowel de jongens als de meisjes dit als heel aangenaam hebben ervaren en het ten goede kwam aan de onderlinge verbondenheid en vriendschap.

Of er dan geen sleur opkomt als we telkens naar dezelfde plek trekken...? Voor de bewoners blijft het doorgaan bij een eenmalige unieke ervaring omdat zij tijdens hun verblijf in de therapeutische gemeenschap slechts éénmaal per jaar op vakantie gaan. Het is tenslotte toch voor hen dat we het doen. Als je het aan hen vraagt: zij waren heel tevreden en dankbaar over deze mooie, cleane, onvergetelijke vakantie in Mont..... dus wellicht "jusqu'a l'année prochaine!"

Leen Spelier
begeleidster Therapeutische Gemeenschap



Zij geboren, hij herboren!

September 2004, ik kwam mensen tegen die ik al lang niet meer gezien had, ze vroegen “Hoe is ’t met Herman?”... En dan komt het los hé, heel het verhaal, geen hulp van niemand, alleen de niet beantwoorde pogingen van zijn zussen... Ze gaven me het adres van “de Kiem”, hun dochter was daar ook. Ik ging er op een avond heen om alle informatie te krijgen. Thuisgekomen legde ik alles op zijn kamer en zei: “Bekijk het maar eens.”....

Een maand later kwam hij vragen of hij mijn telefoon mocht gebruiken, hij wou het wel proberen, maar “Je gaat toch mee hé mama, naar Gent?”

Januari 2005 mocht hij in de Onthaalafdeling starten. In het begin ging het niet zo goed, al die regels waren heel erg moeilijk. Zes weken later mocht hij naar de Therapeutische Gemeenschap. Daar ging het langzaam beter en beter. Alle bewoners moeten doorheen hetzelfde en dat helpt. In de gesprekken met Annette kwamen vele zaken naar boven waarvan we het bestaan niet eens wisten. Ook de bezoeken en de ouderavonden..., je leert zoveel en je krijgt terug hoop. Je zag hem weer tot leven komen, ... vorig jaar een hoopje ellende, nu eerste fase, dan tweede fase enz...

De eerste graduatie die we meemaakten, zo ingrijpend, zo emotioneel, na jaren zag ik mijn broer voor het eerst terug met een gitaar in zijn handen en dat gaf een verschrikkelijk goed gevoel. De steun aan elkaar hing in de lucht en na de viering van de gegradueerden zei hij: “Mama, daar wil ik ook staan, ik heb nu een doel.”.

Met de hulp van “de Kiem” kwam hij in het halfweghuis. Weeral een grote stap en even wordt het moeilijk: ... gaat hij het aankunnen,

er zijn zoveel gevaren? Hijzelf wou terug gaan studeren. “Ik moet toch iets afmaken“ zei hij. Via zijn vrijwilligerswerk in “De beweging” op bezoek in Duitsland kwam hij ‘de vrouw van zijn leven’ tegen. Iedereen van de familie moest het weten, nu gaat hij er helemaal voor!

Wij zijn “de Kiem” en iedereen die er werkt erg dankbaar, zij hebben veel gegeven. Ook de bewoners, waarvan sommigen vrienden voor het leven zijn geworden, en de andere ouders die je leert kennen en die met ons alles doorstaan hebben..., maar zonder de begeleiding was het niet gelukt.

Maar nu het verhaal verder... Dit jaar heeft ook Herman op het graduatiefeest een gaatje mogen boren en heeft hij aan iedereen zijn vriendin voorgesteld, toen al met een dikke buik. Hij is verhuisd naar Duitsland om daar een toekomst op te bouwen met Monika. Eerst nog een jaartje studeren in Hasselt, dat moet kunnen. Op 7 augustus zijn zij de fiere ouders geworden van Amelie Sophie. Zij geboren, hij herboren!

’t Was niet gemakkelijk, zeker niet voor hem, maar hij weet nu dat hij een mooi leven kan uitbouwen, en dat er zijn die om hem geven.

Mama en zus

De dingen die ik geleerd heb...

“Mag ik me even voorstellen, ‘k ben een jongeman met een drugsverslaving en ‘k heb wat financiële problemen...”. Dat was mijn idee over hoe ik was, toen ik in 2005 naar de Onthaalafdeling van “de Kiem” kwam.

Mijn ‘interne motivatie’, zoals men dit in “de Kiem” noemt, was nog ver zoek. Het duurde een aantal maanden vooraleer het bij me begon door te sijpelen dat er meer met me aan de hand was. Met de nodige ‘duwtjes’ kreeg ik door dat ik een ernstig attitudeprobleem had.

Via manipulatie mijn zinnetje doordrijven of gesprekken naar mijn hand zetten was mijn eerste ontdekking. Al snel kwam er meer aan de oppervlakte. Alles wat ik deed moest zo perfect mogelijk gedaan zijn, zodat de zaken waar ik minder verstand van had verborgen bleven en op die manier moest ik geen hulp vragen. En wat voor mij iets heel belangrijk bleek, ik probeerde zoveel mogelijk controle te houden over alles. Ik redeneerde mijn gevoelens weg en hield ze onderdrukt want ja, ook ik was onzeker en bang en had pijn geleden.

Alles wat ik deed moest zo perfect mogelijk gedaan zijn, zodat de zaken waar ik minder verstand van had verborgen bleven en op die manier moest ik geen hulp vragen.

Dit zijn maar enkele zaken waar ik me van bewust ben geworden dankzij mijn verblijf in ‘de Kiem’. Ik heb veel te danken aan de stafleden en de bewoners maar het belangrijkste doe je zelf; je moet doorzetten om te willen en kunnen veranderen.

Vandaag mag ik mezelf een trotse papa noemen, die verder studeert, zijn verantwoordelijkheden opneemt en een doel in het leven heeft. Doch, het gevaar van gebruik schuilt nog steeds om de hoek en daarom moet ik zo bewust mogelijk omgaan met de dingen die ik geleerd heb in ‘De Kiem’.

Herman



Colofon

Redactie

Dirk Calle, Rudy Bracke, Dirk Vandevelde

Eindredactie

Dirk Vandevelde

Fotografie

Dirk Calle

Vormgeving

dotplus

Wil u verder geïnformeerd blijven over de werking van “de Kiem” en de evolutie van het therapeutisch programma, aarzel dan niet een abonnement te nemen.

Abonnementen kosten 12,50 euro voor vier nummers, te storten op rekeningnummer 001-2165231-73 van v.z.w. “de Kiem”, 9890 Gavere.

Voor giften vanaf 30,00 euro kan u een attest voor fiscale vrijstelling bekomen.



Inhoud

Voorwoord	
Onderzoek naar aangepaste behandelmethodes	2
Diversiteit	
“De Kiem” informeert Turkse en Maghrebijnse ouders	3
Cocaïne	
Ambulante drughulpverlening aan cocaïnegebruikers	6
Ombudsfunctie	
Ombudswerk, ook in de Therapeutische Gemeenschap	9
Open deur	
Een schitterend feestweekend...	14
Kamp	
Jusque à l’année prochaine !	16
Familie aan het woord	18
Ex-bewoner aan het woord	19

Adressen

Directie

Dirk Vandevelde

Medisch team

Dr. Luc Foucart,
Dr. Philippe Verbessem

Supervisie programma

Rudy Bracke

Preventie & stages

Dirk Calle

Familiebegeleiding

Hilde Tatrai, Annette Titeca, Krista De Planter

Sociale Dienst

Daisy De Thae, Tanja De Bruycker

Tipi, verslaafde moeders (vaders) met kinderen

Els Vandekerckhove, Luca Littera, Evy Storme

Contactadres

“De Kiem” vzw

Vluchtenboerstraat 7A, 9890 Gavere

Tel. 09/389 66 66 – Fax 09/384 83 07

e-mail: admin@dekiem.be

Opname

Kaat Vanthuyne, Nadine De Lange

Ambulante begeleiding

Jo Thienpont, Sylvie Pannecoucke,
Maya Van Zelst, Krista Vanderstraeten,
Katrien De Munck, Caroline Vermeersch

Gevangeniswerking

Hugo Vander Meeren

Contactadres

Ambulant Centrum “de Kiem”

Kortrijksesteenweg 185, 9000 Gent

Tel. 09/245.38.98 – Fax 09/245.41.71

e-mail: ambulant.centrum@dekiem.be