

Erkenningsnummer P702012

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

# Drugvrij Therapeutisch Programma

Tijdschrift van de Kiem v.z.w.



Driemaandelijks – Jaargang 15  
Juli, augustus, september 2007 – Nr. 3



de Kiem

## Zoeken naar verbetering...

“Evidence based”

is een begrip dat ook in de drughulpverlening meer en meer wordt gebruikt.

Kort samengevat betekent dit dat je in de praktijk die methodes integreert waarvan, via systematisch onderzoek, bewezen is dat ze effectief zijn, en deze afstemt op de eigen klinische ervaring en de verwachtingen van de cliënt.

In “de Kiem” hebben we al lang de traditie om te blijven zoeken naar verbetering. Door de vakgroep orthopedagogiek werd al twee keer een follow-up onderzoek uitgevoerd en “de Kiem” was ook al het “onderzoeksobject” van vele andere onderzoeken. Ook vernieuwende methodieken worden steeds kritisch geanalyseerd en, indien nuttig bevonden, geïntegreerd in de werking.

Deze nieuwsgierigheid naar “best practices” is ook de reden waarom “de Kiem” bij het “Fonds ter bestrijding van verslavingen” een aantal projecten heeft ingediend. Twee hiervan mogen we ook effectief uitvoeren. Het eerste betreft een onderzoek naar de beste methode om allochtone ouders van druggebruikende jongeren te ondersteunen en te begeleiden. Het tweede betreft een zoektocht naar behandelingsmethodieken, specifiek voor

cocaineverslaafden. Van beide onderzoeken mag u later een verslag verwachten.

In het hoofdartikel van dit nummer wordt het belang van evidence based werken in de verslaafdenzorg toegelicht. Daarna volgen enkele bedenkingen vanuit onze concrete praktijk.

Op 10 oktober gaat het nieuwe toneelstuk van “de Kiem” in première. Het stuk wordt geschreven en gespeeld door de bewoners van “de Kiem”. “‘t Zal nooit meer zo zijn ...” is het zesde toneelproject van “de Kiem”. Meespelen in dit toneelstuk is voor de bewoners een onvergetelijke ervaring. Benieuwd of ook deze ploeg spelers zijn boodschap op een beklijvende manier kan overbrengen. Kom je ook kijken?

We sluiten af met een verslagje van het zomerkamp van de bewonersgroep en opnieuw krijgen ouders en een ex-bewoner het laatste woord.

*Dirk Vandavelde*  
*Directeur*



# De therapeutische gemeenschap en de tendens naar meer ‘evidence-based’ werken

Mieke Autrique, VAD, stafmedewerker evaluatie  
Wouter Vanderplasschen, UGent, vakgroep orthopedagogiek  
Eric Broekaert, UGent, vakgroep orthopedagogiek  
Bernard Sabbe, UA, CAPRI.

De laatste tijd wordt in de drughulpverlening steeds vaker gesproken over ‘evidence-based werken’, zowel internationaal als in eigen land. Zo gebeurde er vorig jaar een onderzoek naar de huidige stand van zaken en de belangrijkste uitdagingen op het vlak van ‘evidence-based’ werken in de verslavingszorg in België<sup>1</sup>. Hieruit kwam onder meer naar voor dat het niet altijd duidelijk is wat dit ‘evidence-based’ gedachtegoed concreet inhoudt en wat de mogelijke gevolgen ervan zijn voor de praktijk. In dit artikel bespreken we eerst wat we precies verstaan onder ‘evidence-based’ werken. Vervolgens nemen we de ‘evidence’ onder de loep die momenteel voorhanden is binnen de drughulpverlening en zoomen we ook meer specifiek in op de therapeutische gemeenschap als behandelingsvorm. We bekijken wat (mogelijke) implicaties zijn van het ‘evidence-based’ paradigma voor het werk in de therapeutische gemeenschap en geven een aantal richtlijnen mee waarmee wie meer ‘evidence-based’ wil werken, rekening kan houden naar de toekomst toe.

## 1. ‘Evidence-based’ werken: een integratie van verschillende factoren

De laatste jaren wordt er in de drughulpverlening steeds vaker gesproken over ‘evidence-based werken’. Deze term is afgeleid van het begrip ‘evidence-based medicine’, een stroming binnen de geneeskunde die op gang is gekomen onder impuls van artsen, onderzoekers, professoren en beleidsmakers met de bedoeling de toepassing van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek in de praktijk te versnellen en te verbeteren (Haynes e.a., 1996). Eén van de pioniers, Sackett (2000), definieert deze beweging als volgt: *“Evidence-based medicine is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik*

*van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence-based medicine impliceert het integreren van het beste bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is met individuele klinische expertise en de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt.”*



Uit deze definitie onthouden we drie factoren die van belang zijn binnen ‘evidence-based werken’ en die men moet integreren: de ‘evidence’, de ervaring van de hulpverlener en de wensen en voorkeuren van de cliënt of doelgroep waarmee men werkt. We voegen hier nog een vierde factor aan toe, met name de context en omgeving waarin men werkt en leeft (Hannes, 2006; Autrique, 2007). We bekijken in wat volgt deze vier factoren afzonderlijk.

<sup>1</sup> Dit onderzoek werd uit G. gevoerd door de Universiteit Antwerpen, de Universiteit Gent en het Centre de Recherche en Défense Sociale. Het kadert binnen het “Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs”, in opdracht van en gefinancierd door de POD Wetenschapsbeleid.





1. *'Evidence'* kan men zien als een gedegen theoretische basis voor een bepaalde interventie. Ook informatie over de doeltreffendheid van deze interventie maakt deel uit van deze *'evidence'*. De twee voornaamste bouwstenen zijn dus enerzijds theoretische modellen en inzichten die de basis vormen voor onder meer gedrags- en omgevingsbeïnvloeding, en anderzijds de methodiek van het evalueren (Stevens, 2006). Men kan zowel zelf evalueren, als resultaten uit de wetenschappelijke literatuur gebruiken. Vaak brengt men in wetenschappelijk onderzoek een hiërarchie aan, gaande van *'hard'* tot *'zacht'* bewijs. Helemaal bovenaan staan dan de R.C.T.'s of *'randomised controlled trials'*, gevolgd door experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek, andere vormen van kwantitatief onderzoek en tenslotte kwalitatief onderzoek. R.C.T.'s zijn vooral gekend uit de medische wetenschap en men beschouwt ze vaak als de *'gouden standaard'*. Er bestaan echter verschillende standaarden voor het beoordelen van de effectiviteit van interventies, zodat er niet altijd consistentie bestaat over wat *'evidence-based'* is en wat niet. Er is ook steeds meer ondersteuning voor een brede interpretatie van *'evidence'* en voor de integratie van kwantitatief én kwalitatief onderzoek. Daarboven is *'evidence'* een zeer belangrijk, maar lang niet het enige onderdeel van onze kennis. We kunnen kennis zien als het product van enerzijds informatie en anderzijds ervaringen, vaardigheden en attitudes. Het bevat zowel een expliciete als impliciete dimensie. De expliciete dimensie verwijst naar alle kennis die op een wetenschappelijke manier wordt vergaard of de *'evidence'*. De impliciete dimensie bundelt alle informatie die wordt opgebouwd vanuit de praktijk (Saan & de Haes, 2005; Stevens, 2006). Dit brengt ons bij de tweede belangrijke factor in *'evidence-based'* werken, namelijk de inbreng van hulpverleners.
2. *Hulpverleners* moeten verschillende zaken in acht nemen als ze *'evidence-based'* willen werken. Zo is het van belang dat ze op de hoogte zijn van de beschikbare *'evidence'* en ook kritisch omgaan met informatiebronnen en met de wijze van informatie verzamelen. De kwaliteit van het bestaande onderzoek moet zorgvuldig beoordeeld worden (Cox e.a., 2003; Stevens, 2006). In de drughulpverlening zal het regelmatig voorkomen dat voor bepaalde zaken (nog) geen *'evidence'* voorhanden is. Dit hoeft niet verlamdend te werken op de dagelijkse praktijk, maar kan vertaald worden in reflectieve praktijkvoering. Dit wil zeggen dat men reflecteert op het handelen in de dagelijkse praktijk om te voorkomen dat men op dezelfde wijze doorgaat, enkel omdat men het altijd al zo gedaan heeft (Cox e.a., 2003). Het is verder belangrijk dat een praktijkwerker zijn professionele expertise op peil houdt, bepaalde werkwijzen ter discussie durft te stellen, open blijft staan voor nieuwe ideeën en creatief blijft. De idee van *'evidence-based'* werken hoeft dus helemaal niet haaks te staan op de therapeutische vrijheid van praktijkwerkers. Immers, het gaat erom de beschikbare *'evidence'* te integreren met ervaringen, vaardigheden en attitudes. Die



zijn namelijk nodig om de vertaling te maken van wetenschappelijk onderzoek naar de dagelijkse praktijk, en meer specifiek naar de cliënt of doelgroep waarmee men werkt (Autrique e.a., 2007). Op deze manier komen we tot een derde belangrijke factor in het ‘evidence-based’ werken: het perspectief van de cliënt of doelgroep.

3. *De cliënt of doelgroep* waarmee men werkt speelt ook een belangrijke rol. ‘Evidence-based’ sluit niet uit dat rekening wordt gehouden met een individuele cliënt of met de noden van een specifieke doelgroep, integendeel. ‘Evidence-based’ werken betekent ook: ‘op maat’ werken. Men legt daarbij steeds meer nadruk op het perspectief van diegenen op wie hulpverleningsinterventies gericht zijn. Zo worden bijvoorbeeld cliënten steeds vaker betrokken bij het ontwikkelen van ‘evidence-based’ richtlijnen. Dit brengt ons bij een vierde belangrijke factor: de samenleving en omgeving waarbinnen we werken.
4. *De context of omgeving* waarin men werkt en leeft is een laatste factor die in rekening moet worden gebracht. Wat onze samenleving als een probleem aanziet, beïnvloedt immers wat ze zal verkiezen eraan te doen (qua middelen en mankracht), welke interventies ze inzet en welke uitkomsten ze belangrijk vindt. De uitdaging bestaat erin te kiezen voor interventies die gestaafd zijn door ‘evidence’ – voor zover die bestaat – en die aangepast zijn aan de specifieke waarden, normen en context van onze samenleving (Hannes, 2006).

Met andere woorden: ‘evidence-based’ werken gaat om ‘maatwerk’ (Autrique, 2007). In wat volgt, bespreken we eerst welke ‘evidence’ voorhanden is voor de werkzaamheid van interventies in de drughulpverlening en meer specifiek voor therapeutische gemeenschappen (T.G.’s). We bekijken verder hoe we het gedachtegoed van ‘evidence-based’ werken een plaats kunnen geven in de therapeutische gemeenschap en geven tot slot een aantal zaken mee waarmee wie meer ‘evidence-based’ wil werken, rekening kan houden naar de toekomst toe.

## 2. ‘Evidence’ voor de werkzaamheid van interventies in de drughulpverlening

Er bestaan verschillende overzichtsstudies waarin men de effectiviteit van farmacologische en psychosociale interventies voor alcohol- en druggebruikers bespreekt (Lingford-Hughes e.a., 2004; Van Gageldonk e.a., 2006). Hierbij is van belang te weten dat we op basis van dergelijke onderzoeken niet zomaar kunnen zeggen: “Deze interventie werkt, en deze interventie werkt niet”. In de praktijk gaat het steeds om de vraag: “Wat werkt, voor wie en in welke omstandigheden?”. Dit in gedachten houdend, blijkt er vooral ‘evidence’ te bestaan voor de effectiviteit van bepaalde farmacologische interventies voor de behandeling van alcohol- en opiatenproblemen. Ook voor de werkzaamheid van sommige psychosociale interventies, zoals cognitieve gedragstherapie, community reinforcement approach, motivationeel interviewen, contingency management, kortdurende interventies en multidi-





mensionele gezinstherapie is voldoende 'evidence' voorhanden, zij het voor bepaalde doelgroepen en bepaalde middelen (Van Gageldonk e.a., 2006; Autrique e.a., 2007). Van andere interventies is dan weer bewezen dat ze niet werken voor bepaalde doelgroepen en middelen, zoals acupunctuur of verplichte deelname aan zelfhulpgroepen. Er zijn ook interventies waarover (nog) niet veel 'evidence' voorhanden is. Dit is het geval bij onder andere vaak toegepaste psychosociale behandelingen zoals psycho-educatie, terugvalpreventie, case management, sociale vaardigheidstraining, psychotherapie, counseling en psychodynamische therapie (Van Gageldonk e.a., 2006; Autrique e.a., 2007). Dit is ook zo voor de therapeutische gemeenschap: de 'evidence-base' van de T.G. zit op dit moment vooral in de combinatie van 'evidence-based' interventies, maar voor de T.G. als – complexe en veelomvattende – behandelvorm bestaat nog niet veel 'evidence' (Van Gageldonk e.a., 2006; Autrique e.a., 2007).

Nu wil een gebrek aan bewijs voor een bepaalde interventie niet noodzakelijk zeggen dat deze interventie niet werkt. Vaak gaat het om interventies die minder onderzocht zijn in R.C.T.'s of moeilijker op die manier te onderzoeken zijn. Bij interventies die het meest onderbouwd zijn, gaat het vaak om specifieke, kortdurende en veelal op gedragstherapeutische principes gebaseerde interventies, die relatief eenvoudig te onderzoeken zijn. Men evalueert hier doorgaans ook op heel korte termijn, waarbij de resultaten logischerwijs gunstiger zijn

dan wanneer men op heel lange termijn kijkt. Een tekort aan bewijs kan tevens het gevolg zijn van het soort onderzoek dat men heeft uitgevoerd. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat er een vergelijking is gebeurd tussen ongelijke interventies of dat de interventie die onderzocht werd niet voldoende geïmplementeerd werd. Soms is er een gebrek aan verschil tussen de experimentele en de controleconditie (Vanderplasschen, 2007). Tot slot moeten we er rekening mee houden dat herval eigen is aan de verslavingsproblematiek, wat ook de uitkomsten van een interventie kan beïnvloeden (McLellan, 2002).

Dat er al bij al weinig wetenschappelijk bewijs bestaat voor de effectiviteit van de T.G. als behandelingsvorm voor druggebruikers, mag niet verwonderen. Onderzoeken die behandelingen in verschillende settings vergelijken, kampen in het algemeen met verschillende methodologische problemen, zoals de complexiteit van de behandeling, de heterogeniteit van de onderzoeksgroep en een hoge mate van drop-out (Lees e.a., 2004). In traditionele therapeutische gemeenschappen met een langdurig groepsprogramma (twee jaar) voltooien zo slechts 15% tot 25% van de bewoners vrijwillig een programma, waarbij de meeste uitval voorkomt in de eerste drie maanden. Een ander probleem is dat behandelingsdoelstellingen, programmakenmerken en uitkomstmaten verschillen van onderzoek tot onderzoek (APA, 2006). Voor T.G.'s komt daar nog eens bij dat de term 'therapeutische gemeenschap' op ruime schaal gebruikt wordt om een specifieke benadering te beschrijven in een brede waaier van instellingen. Een effect hiervan is dat er een vertroebeling optreedt van de opvatting over de T.G. als behandelingsvorm voor middelenmisbruik, hoe ze werkt, waar ze het best werkt en voor welke cliënten ze het meest geschikt is (De Leon, 1995). In wat volgt, proberen we toch een zo helder mogelijk beeld te krijgen van het onderzoek dat hierover reeds gebeurde.

### 3. 'Evidence' voor de werkzaamheid van therapeutische gemeenschappen

We zagen eerder al dat men in wetenschappelijk onderzoek vaak een hiërarchie aanbrengt van 'hard' tot 'zacht' bewijs, gaande van R.C.T.'s, over experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek, naar ander kwantitatief onderzoek en kwalitatief onderzoek. Veel van het onderzoek dat over therapeutische gemeenschappen gebeurd is, kunnen



we tot deze laatste categorieën rekenen. Er is dus nog niet veel ‘hard’ bewijs voorhanden voor de werkzaamheid van T.G.’s. Lees e.a. (2004) stellen dat therapeutische gemeenschappen nog niet het niveau of de kwaliteit van onderzoeksliteratuur hebben geproduceerd die men zou kunnen verwachten gezien de lange tijd dat ze al bestaan en gezien de capaciteiten van de staf in T.G.’s. Dit is niet enkel het gevolg van methodologische problemen, maar is eveneens te wijten aan een gebrek aan nadruk op onderzoek in de begindagen van de T.G.. De laatste jaren is de klemtoon op onderzoek evenwel toegenomen (Lees e.a., 2004). Laat ons nu eens het T.G.-onderzoek en de ‘evidence’ die hieruit voortkomt van vroeger tot nu op een rij zetten.

Als we teruggaan in de geschiedenis, zien we dat het bij de eerste onderzoeken rond T.G.’s uitsluitend ging om Amerikaans onderzoek, dat gevoerd werd bij een vroegere generatie van middelenmisbruikers, hoofdzakelijk opiaatverslaafden. Sinds het begin van de jaren ’80 is de meerderheid van de nieuwe bewoners in T.G.’s echter polidruggebruiker. Er waren dus nieuwe studies nodig die de effectiviteit van de T.G. voor deze nieuwe generatie verslaafden evalueerden (De Leon, 1995). Beleidsmakers vroegen ook steeds meer om ‘evidence’ voor de effectiviteit en efficiëntie van therapeutische gemeenschappen in Europa. Binnen de European Working Group on Drugs Oriented Research (EWODOR) ontstond in samenwerking met de Europese Federatie van Therapeutische Gemeenschappen (EFTC) ook in Europa een onderzoekstraditie. Onderzoek toonde aan dat ‘tijd in behandeling’ de meest krachtige voorspeller is van een succesvolle uitkomst van een T.G.-behandeling, een bevinding die ook bij andere behandelvormen terugkomt (Broekaert, 2006; APA, 2006). De retentie in T.G.’s verschilt naargelang van het programma en voorspelt uitkomsten qua abstinentie en criminaliteit. Gezien de drop-out fase het grootst is tijdens de eerste maanden van de behandeling, introduceerden T.G.’s verschillende methodieken om de retentie te verhogen. Ze moedigden het gebruik aan van ‘senior staff’ alsook van ondersteuning van de familie en van het sociaal netwerk (De Leon e.a., 2000; Soyez e.a., 2006). Broekaert (2006) stelt dat grootschalig onderzoek over de effectiviteit van verschillende behandelingsvormen in Groot-Brittannië (National Treatment Outcome Research Study – NTORS) en de VS (Drug Abuse Treatment Outcome Study – DATOS) het belang van deze bevindingen ondersteunt (cf. Simpson, 2003).



Wanneer we kijken naar andere recente publicaties, zien we dat de APA-richtlijnen “Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders” (2006) de effectiviteit van T.G.’s onderschrijven voor bepaalde doelgroepen. In deze ‘evidence-based’ richtlijnen staat te lezen dat personen met opiaten-, cocaïne of polidrugmisbruik baat kunnen hebben bij een verwijzing naar een residentiële therapeutische gemeenschap van lange duur. Het gaat dan vooral over personen bij wie het weinig waarschijnlijk is dat ze baat hebben bij een ambulante behandeling, zoals mensen met een lange behandelgeschiedenis, wiens beperkingen in sociaalrelatonele vaardigheden of in hun capaciteit om werk te vinden en te houden het moeilijk maken om een ambulante behandeling te volgen. Men stelt ook dat cliënten die zich vrijwillig aanmelden bij een residentiële therapeutische gemeenschap een idee moeten hebben van de ernst van hun verslaving en bereid moeten zijn hun levensstijl te veranderen. Ze moeten bereid zijn zich aan te passen aan de structuur van de T.G. (APA, 2006).

Specifieke ‘evidence-based’ richtlijnen voor T.G.’s zijn nog niet voorhanden, maar onlangs werd de eerste editie van de “Service Standards for Addiction Therapeutic Communities” gepubliceerd (Shah & Paget, 2006). De standaarden gaan uit van de Community of Communities, een netwerk van T.G.’s ([www.communityofcommunities.org.uk](http://www.communityofcommunities.org.uk)) en werden ontwikkeld door verschillende T.G.-experts, onder





wie praktijkwerkers, onderzoekers, managers en gebruikers van T.G.'s in Europa.

Het is de bedoeling dat ze de huidige praktijk en de evoluerende visie op de kernelementen van deze praktijk in Europa weerspiegelen. De standaarden zijn opgesplitst in 7 onderdelen, met name enkele kernstandaarden, en standaarden wat betreft de fysieke omgeving, de staf, aankomst en vertrek, de therapeutische omgeving, het behandelprogramma en externe relaties (voor een voorbeeld, zie tabel 1). Elke standaard bestaat uit een algemene stelling en enkele specifieke criteria. Deze criteria zijn niet allesomvattend, maar zijn voorbeelden van 'good practices'. De standaarden staan voor een ideale praktijk en zijn bijgevolg eerder richtinggevend: meestal kan een T.G. niet aan elke standaard voldoen (Shah & Paget, 2006).

#### Standaarden voor het behandelingsprogramma

- De gemeenschap heeft een vooraf gepland therapeutisch programma
- Er is een gestructureerd en consistent dagelijks schema van groepsactiviteiten
- Alle cliënten hebben een uitgeschreven behandelingsplan
- De gemeenschap bereidt leden voor op een onafhankelijk leven in de maatschappij
- De gemeenschap heeft een expliciet gestructureerde hiërarchie
- Er zijn duidelijk omschreven privileges met een argumentatie en een procedure om ze aan cliënten toe te wijzen
- Er zijn duidelijk omschreven sancties met een argumentatie en een procedure om ze aan cliënten toe te wijzen
- De gemeenschap neemt zijn verantwoordelijkheid in het verbeteren en behouden van de fysieke gezondheid van cliënten
- Voor cliënten die een methadonbehandeling krijgen, is er een uitgeschreven beleid

*Tabel 1: Enkele standaarden uit "Service Standards for Addiction Therapeutic Communities" (Shah & Paget, 2006)*

Recent onderzoek dat op een methodologisch rigoureuze manier werd uitgevoerd, vinden we bij Smith e.a. (2006). Zij maakten een Cochrane review over de effectiviteit van T.G.'s voor druggebruikers. Voor deze overzichtsstudie werden alleen R.C.T.'s geselecteerd die een T.G.-behandeling vergeleken met een andere behandelingsvorm, geen behandeling of een ander soort T.G. Op deze manier kwam men uit bij tien zeer verschillende – Amerikaanse

– studies. Men vond geen Europese R.C.T.'s. In één van de tien trials deden personen die een half jaar T.G. volgden, het beter qua druggebruik dan personen die een half jaar een andere residentiële behandeling volgden. In twee studies verminderden T.G.'s in een gevangenis de kans op het plegen van strafbare feiten na vrijlating, in vergelijking met geen interventie of een programma binnen een gevangenis dat gericht is op de algemene geestelijke gezondheid. Dit gunstige resultaat is echter onzeker, omdat de onderzoeksopzetten methodologische gebreken vertonen. Dit heeft onder meer te maken met de hoge mate van uitval van cliënten voor en tijdens de behandeling, en ook bij follow-up onderzoek. Men concludeert dat het nog niet is aangetoond dat T.G.'s gunstigere resultaten hebben dan andere vormen van residentiële behandeling, of dat een bepaalde T.G.-aanpak beter is dan een andere. Het eindoordeel kan dan ook omschreven worden als "voorzichtig positief" (Van Gageldonk e.a., 2006).

De manier waarop men in deze systematische reviews naar effectiviteit kijkt, verschilt voor een stuk van de visie van T.G.'s zelf. Broekaert (2006) stelt dat zij in vergelijking met andere residentiële benaderingen, de effectiviteit van hun behandeling eerst en vooral zien als een verzameling van 'good practices' die er op gericht zijn de 'quality of life' te verbeteren. Men vertrekt hierbij vanuit een socio-psychologische visie waarbij het individu in een gefaseerd proces op weg gaat naar herstel en een drugvrij leven. Men bepaalt de doelstellingen van elke interventie of component van het systeem op basis van de fase van herstel van het individu (De Leon, 1995).

Uit dit alles kan al blijken dat de vertaling van het 'evidence-based' gedachtegoed naar de praktijk van de therapeutische gemeenschap niet zo eenvoudig is. De vraag stelt zich dan ook hoe men dit kan realiseren en waarmee men rekening moet houden naar de toekomst toe. Dit bekijken we in het laatste deel van dit artikel.

#### 4. Op weg naar meer 'evidence-based' werken in de therapeutische gemeenschap

'Evidence-based' werken betekent enerzijds het onderbouwen van de *algemene manier van werken* en het afschaffen, toevoegen of aanpassen van bepaalde behandelingscomponenten op basis van



wetenschappelijk onderzoek geïntegreerd met een jarenlange ervaring. Voor de T.G. kunnen we deels terugvallen op onderzoek over de verschillende interventies die er worden toegepast. Ook over therapeutische gemeenschappen als omvattende behandelvorm is al redelijk wat onderzoek gebeurd. Hieruit kunnen we een aantal zaken meenemen over de manier waarop de behandeling in een T.G. kan worden vormgegeven. 'Hard' bewijs voor T.G.'s is echter nog niet voorhanden. Zoals men ook in eerdere literatuuroverzichten concludeert, kunnen we stellen dat er te weinig betrouwbare cijfers zijn over therapeutische gemeenschappen om met zekerheid te kunnen zeggen dat deze aanpak helpt, ook al is er al veel positiefs over geschreven. Wat de plaats kan zijn van therapeutische gemeenschappen in de behandelloopbaan van verslaafden, is moeilijk vast te stellen. Er blijkt weinig bewijs voorhanden te zijn dat therapeutische gemeenschappen significante voordelen opleveren in vergelijking met andere residentiële behandelingen, of dat het ene type therapeutische gemeenschap beter is dan het andere. De onderzoeken hebben methodologische beperkingen en sterke conclusies kunnen niet getrokken worden wegens beperkingen van het bestaande bewijs (Rigter e.a., 2004; Autrique e.a., 2007).

Het is bijgevolg nodig te blijven zoeken naar manieren om aan degelijk wetenschappelijk onderzoek te doen over de effectiviteit van T.G.'s, ook al is dit niet eenvoudig. Er zijn aanwijzingen dat T.G.'s veranderingen tot stand brengen in de geestelijke gezondheid en het functioneren van mensen, maar meer kwalitatief en kwantitatief onderzoek van goede kwaliteit is nodig (Lees e.a., 2004).

Het is verder ook van belang dat T.G.'s nieuwe uitdagingen blijven aangaan, hun professionaliteit blijven verbeteren en hun praktijk en bestaansredenen regelmatig blijven herzien. Dat men hiermee bezig is, kan blijken uit het feit dat T.G.'s hun benadering uitbreiden naar specifieke doelgroepen, zoals verslaafde moeders en hun kinderen en zogenaamde 'dubbele diagnose-cliënten'. Ze voorzagen ook in een aantal van de beter bestudeerde en meer succesvolle programma's voor de behandeling van gevangenen met een verslavingsproblematiek (APA, 2006). T.G.-behandeling, methadonprogramma's en harm reduction-methodes werden geïntegreerd (Broekaert & Vanderplasschen, 2003). Kortdurende interventies, die familiale ondersteuning en ondersteuning van het sociaal netwerk gebruiken, werden geïntroduceerd (Broekaert, 2006). Aan de evolutie





van T.G.'s kan men merken dat men geleerd heeft uit het verleden, waarin voor de T.G.-beweging duidelijk is geworden dat een rigide waardensysteem een zwakte wordt wanneer het tot therapeutisch fundamentalisme leidt (Broekaert, 2006). Een dergelijke open, kritische en reflectieve houding is van cruciaal belang in het 'evidence-based' gedachtegoed.

'Evidence-based' werken gaat echter niet alleen over de algemene manier van werken, maar situeert zich anderzijds ook op het *individuele niveau van hulpverlener en cliënt*. Het gaat er dan over dat de hulpverlener de beginsituatie van de cliënt probeert in te schatten, een antwoord probeert te formuleren op zijn noden, en evalueert of en waarom dit geslaagd is. Dit alles moet gebeuren op een systematische, planmatige manier, waarbij elke stap zo veel mogelijk theoretisch/wetenschappelijk onderbouwd is. Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener zijn manier van werken voortdurend kritisch in vraag blijft stellen, en zo veel mogelijk op de hoogte probeert te blijven van nieuwe ontwikkelingen in het werkveld. Dit alles is natuurlijk gemakkelijker gezegd dan gedaan. Het vergt zeer veel tijd om toegang te krijgen tot alle beschikbare kennis en je deze ook nog eens eigen te maken. Bij de 'evidence' die beschikbaar is, gaat het daarenboven vaak om internationaal onderzoek. Dit bemoeilijkt, in combinatie met de verschillen tussen onderzoeks- en praktijkcontext en de complexiteit van de drugproblematiek, de

vertaling naar de praktijk. En op welke manier moet je concreet te werk gaan als de nodige 'evidence' er niet is?

Het is duidelijk dat de bestaande 'evidence' op een meer toegankelijke manier beschikbaar moet worden gesteld en dat hulpverleners ondersteund moeten worden bij de vertaling naar de dagelijkse praktijk. 'Evidence-based' richtlijnen kunnen hierbij een hulpmiddel zijn en meer – rigoureuus – onderzoek van eigen bodem is nodig. Permanente opleiding en bijscholing in het 'evidence-based' denken en handelen is noodzakelijk, waarbij ook aandacht is voor bepaalde dilemma's, zoals het nemen van een afgewogen beslissing wanneer er geen bewijs voorhanden is (Cox e.a., 2003). Een gedeeld kader voor planmatig en systematisch werken is nodig.

## 5. Tot slot

Tot slot willen we benadrukken dat, wanneer we in de drughulpverlening tot meer 'evidence-based' werken willen komen, eerst en vooral een gedeelde visie is aangewezen, opdat praktijkwerkers een zinvol debat kunnen voeren over deze tendens en op een constructieve manier kunnen samenwerken. VAD heeft hiervoor bijvoorbeeld reeds een eerste aanzet gegeven in de visietekst over 'evidence-based' drugpreventie ([www.vad.be](http://www.vad.be)), en plant in de toekomst bijkomende initiatieven rond planmatig werken, evaluatie en 'evidence-based' werken, ook voor de hulpverlening. De samenwerking tussen



praktijk, onderzoek en beleid wordt ondersteund via het onderzoeksplatform, waarin geprobeerd wordt de noden en verwachtingen van onderzoekers, praktijkwerkers en beleidsmakers op elkaar af te stemmen, de kloof tussen onderzoek, praktijk en beleid te overbruggen, onderzoeksinformatie uit te wisselen en netwerken op Vlaams en internationaal vlak te bevorderen. In de drughulpverlening, zo ook in de therapeutische gemeenschap, is men alleszins op zoek naar een verheldering van de implicaties van het 'evidence-based' gedachtegoed voor de praktijk. Er lijkt interesse en bereidheid te zijn om – tot op zekere hoogte – mee te gaan in deze tendens en inspanningen te doen om de kloof tussen beleid, onderzoek en praktijk te helpen dichtten. Ook in beleid en onderzoek worden inspanningen geleverd. De weg naar meer 'evidence-based' werken is lang, maar wanneer alle betrokken partijen zich blijven inzetten in de zoektocht naar manieren om deze te overwinnen en om verschillende visies en perspectieven te integreren, kunnen zij samen zorgen voor een drughulpverlening die nog meer onderbouwd en kwaliteitsvol is.

## Referenties

- American Psychiatric Association (2006) *Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders*. 2nd edition. [http://www.psych.org/psych\\_pract/treat.G./pg/SUD2ePG\\_04-28-06.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treat/G./pg/SUD2ePG_04-28-06.pdf)
- Autrique, M. (2007). Evidence-based werken in drughulpverlening en –preventie: meer dan 'evidence' alleen. *VAD-berichten*, 4 (juli – september).
- Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E. & Sabbe, B. (2007). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken*. Gent: Academia Press.
- Broekaert, E. (2006) *What future for the Therapeutic Community in the field of addiction? A view from Europe*. *Addiction*, 101, 1677-1678.
- Broekaert, E. & Vanderplasschen, W. (2003) Towards the integration of treatment systems for substance abusers: report on the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 237-345.
- Cox, K., Kuiper, C., de Louw, D. & Verhoef, J. (2003) *Evidence-based practice*. In: Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en implementatie. Den Haag: Boom Uitgeverij.
- De Leon, G. (1995) Residential therapeutic communities in the mainstream : diversity and issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 3-15. Vertaling door Soyez, V. & Calle, D. (2003) *Residentiële therapeutische gemeenschappen in de 'mainstream': diversiteit en problemen*. Gent: studiedag 'Integrated System Approach', De Kiem i.s.m. vakgroep orthopedagogiek UGent & VAD.
- De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N. & Melnick, G. (2000) Therapeutic communities – enhancing retention in treatment using 'senior professor' staff. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 375-382.
- Hannes, K. (2006). *Wat kunnen de Belgische 'Cochrane Branch' & 'Campbell Group' betekenen voor de alcohol- en drugsector?* Brussel: Vierde Onderzoeksplatform Middelengebruik VAD, 10 oktober 2006.
- Haynes, R.B., Sackett, D.L., Gray, J.M., Cook, D.J. & Guyatt, G.H. (1996) Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions (editorial). *Evidence-based Medicine*, 1, 196-198.
- Lees, J., Manning, N. & Rawlings, B. (2004) A culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community. *Psychiatric Quarterly*, 75 (3), 279-294.
- Lingford-Hughes, A.R., Welch, S. & Nutt, D.J. (2004) Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 18(3), 293-335.
- McLellan, A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. & Van Laar, M. (2004) *Hulp bij probleemgebruik van drugs*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Saan, H. & de Haes, W. (2005) *Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ.
- Sackett, D. (2000) *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd edition. New York: Churchill Livingstone.
- Shah, D. & Paget, S. (eds.) (2006) *Service Standards for Addiction Therapeutic Communities*. 1st edition. London: The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Service%20Standards%20for%20Addictions%201st%20edition%202006.pdf>
- Simpson, D.D. (2003) Introduction to 5-year follow-up treatment outcome studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 123-124.
- Smith, L.A., Gates, S., Foxcroft, D. (2006) Therapeutic Communities for substance related disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1*, Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2.
- Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y. & Broekaert, E. (2006) The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities : a quasi-experimental study. *Addiction*, 101, 1027-1034.
- Stevens, V. (2006) Hoe hoog staat uw 'evidence'-meter? *Nutrinews*, 2, 8-12.
- VAD (2006) *Visietekst evidence-based preventie*. [www.vad.be](http://www.vad.be)
- Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. & van Laar, M. (2006) *Hulp bij probleemgebruik van drugs. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Vanderplasschen, W. (2007) *Effectiviteit van interventies voor middelenmisbruik en -afhankelijkheid: psychosociale interventies*. Brussel: studiedag Federaal Wetenschapsbeleid 'Evidence-based werken in de verslavingszorg', 27 maart 2007.



## “Evidence Based” werken in “de Kiem”

Dat er momenteel meer aandacht gevraagd wordt voor “evidence based” werken is een prima zaak. Ook in “de Kiem” zijn we voortdurend op zoek om het behandelprogramma verder te verfijnen en te verbeteren. Of deze nieuwe tendens een zoveelste tijdelijke wind zal worden die over het hulpverleningslandschap waait is nog maar de vraag.

Ook al wordt het begrip “evidence based werken” reeds door Jan en alleman gretig gebruikt, er is nog heel wat discussie over wat men nu juist onder het begrip “evidence based werken” moet verstaan en over welke onderzoeksmethodes wel of niet aanvaardbaar zijn. Niet alleen praktijkwerkers voeren deze discussies, ook onderzoekers zijn er helemaal nog niet uit.

Vier bedenkingen:

### 1. Onderzoeksmethoden moeten afgestemd zijn op het “object” dat men wil onderzoeken.

In dit rapport wordt aangehaald dat er geen “harde” bewijzen zijn dat het model van de therapeutische gemeenschap effectief is. Er zijn wel heel veel “zachtere” bewijzen.

Deze discussie vertrekt van de vraag of er inderdaad maar één goede methode is om effectiviteit te bewijzen; met name de “Randomised Controlled Trial” methode (RCT). Dit is een onderzoeksopzet die zeer geschikt is om een eenvoudig oorzaak-gevolg onderzoek te doen zoals wordt gebruikt om het effect van een bepaald medicament te meten.

Zeer eenvoudig verwoord komt deze methode er op neer dat er twee groepen worden gevormd. De ene groep krijgt de medicatie wel toegediend en de andere (de controlegroep) niet en dan wordt er gemeten of er een verschillend effect is vast te stellen. Vaak gebeuren deze onderzoeken ook in een laboratoriumsetting.

Onderzoeken of het kan bewezen worden dat een verblijf van ongeveer een jaar in een therapeutische gemeenschap effect heeft en dit dus een “evidence based” behandelprogramma is, is bijzonder moeilijk.

Ten eerste is er de ethische discussie. Als je een RCT studie wil uitvoeren over een langdurige behandeling, dan heb je gedurende gans die periode een controlegroep nodig. Een groep verslaafden die al die tijd afziet van enige vorm van behandeling.

Onderzoek dat al vaak is toegepast op T.G.’s is het follow-up onderzoek. Ex-bewoners worden terug opgezocht en er wordt nagegaan of hun situatie verbeterd is.

Om te beantwoorden aan de strengste onderzoeksnormen zou er dus tegelijk een controlegroep moeten samengesteld worden van drugverslaafden die gedurende al die tijd (de groep moet gevormd worden op het moment dat de behandeling start en duren tot een geruime tijd na de behandeling) geen enkele vorm van behandeling ondergaan.

Dit op zich druist al in tegen het streven van elke hulpverlener en preventiewerker. Om de schade van het druggebruik tot een minimum te beperken, wordt er geprobeerd om zoveel als mogelijk druggebruikers door te verwijzen naar één of andere vorm van begeleiding.

Ten tweede is er de complexiteit van het behandelingsmodel. Testen of een pil binnen de 8 uur een diaree kan stoppen is 1 ding, maar testen of een behandelingsmodel dat er op gericht is om een verandering te realiseren bij de cliënt op zeer veel verschillende levensgebieden zoals: het verwerken van trauma’s, het verhogen van het zelfbeeld, communicatieve vaardigheden, sociale vaardigheden, standvastigheid, werkhouding, conflicthantering, doorzettingsvermogen, wilskracht, enz. is een ander paar mouwen.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat veel onderzoekers stellen dat een RCT methode helemaal niet geschikt is om een langdurige intensieve en holistische behandeling te onderzoeken en dat er dus andere onderzoeksmethoden moeten gebruikt worden of zelfs moeten ontwikkeld worden.



## 2. Onderzoek moet continu en systematisch gebeuren.

Het is tegenwoordig “bon ton” om te eisen dat een behandelprogramma kan aantonen dat de behandeling effectief werkt. Ook de overheid verwacht dit meer en meer. Op zich geen bezwaar, maar dan moet men ook voorzien in extra middelen en personeel.

Men kan niet verwachten dat een centrum met hetzelfde aantal mensen én de behandeling doet én het onderzoek uitvoert.

Als er op dit moment voornamelijk onderzoeksresultaten zijn uit Amerika of Zwitserland, dan komt dit omdat er daar onderzoeksinstituten zijn opgericht die al tientallen jaren consequent en systematisch behandelprogramma's begeleiden in functie van kwaliteitsverbetering en onderzoeken uitvoeren naar de effecten van de verschillende behandelvormen.

In België kennen we alleen kortstondige en zeer tijdelijke onderzoeksprojecten.

Er is nood aan een onafhankelijk onderzoeksbureau dat zich continu kan toelagen op effectmetingen en op het kwalitatief verbeteren van de toegepaste methodieken. Zolang dat er niet is, zullen we in België geen “harde” bewijzen kunnen voorleggen van om het even welk behandelprogramma voor drugverslaafden.

## 3. De ene therapeutische gemeenschap is de andere niet.

In de tekst van Mieke Autrique wordt terecht aangehaald dat de therapeutische gemeenschappen worden geconfronteerd met een hoog drop out cijfer in de eerste 3 maanden en dat slechts 15% tot 25% van de cliënten het programma afmaakt.

Ook in “de Kiem” was dit een gegeven. Om daar iets aan te doen zijn we in 1997 gestart met een “Onthaalafdeling” waar kandidaat bewoners beter worden voorbereid op een verblijf in de Therapeutische Gemeenschap. Dit heeft als concreet resultaat dat het drop out cijfer in de Therapeutische Gemeenschap van “de Kiem” drastisch is verlaagd en dat in de laatste drie werkingsjaren de helft van de opgenomen bewoners het programma uitdoet.

Deze gegevens zijn belangrijke indicatoren over de kwaliteit van ons programma, maar zijn uiteraard nog in geen enkel onderzoek verwerkt.

## 4. Duidelijke richtlijnen of “Standards”.

Het ontwikkelen van “Standards” voor behandelmodellen kan ervoor zorgen dat een behandelmodel op de juiste manier wordt toegepast. “De Kiem” is lid van de Europese Federatie van Therapeutische Gemeenschappen en is van nabij betrokken bij de recente ontwikkeling van de “Service Standards for Addiction Therapeutic Communities”. In “de Kiem” zullen we nagaan in welke mate we aan deze “Standards” beantwoorden en een verbeterplan opstellen. Het zou mooi zijn als we dit gebeuren kunnen delen met de andere Belgische T.G.'s via een kwaliteitsbevorderend netwerk van therapeutische gemeenschappen zoals dit momenteel in Engeland bestaat.

Onderzoeken naar de effectiviteit van Therapeutische Gemeenschappen voor druggebruikers zijn vaak gebaseerd op Amerikaanse Therapeutische Gemeenschappen en het is maar de vraag of deze gegevens ook opgaan voor de Vlaamse T.G.'s.

*Dirk Vandevelde*  
*Directeur*



## 't Zal nooit meer zo zijn ...

Naar aanleiding van het 30-jarig bestaan van “de Kiem” brengt het K’ater (Kiem-theater) op 10 en 11 oktober 2007 zijn zesde theaterproductie voor het eerst op de planken. Na de toneelvoorstellingen ‘Jack-Flash’ (1977), ‘Het gras is altijd groener aan de overkant’ (1986), ‘Morgen stop ik zeker’ (1994), ‘Elke keer opnieuw’ (1996) en “Heb jij dat ook ???” (2001) gaat “t zal nooit meer zo zijn...” in première. De regie is ditmaal in handen van Yvan De Meyer en Lieve De Meyer.

do. 11 oktober '07 – 20u00  
vrij. 12 oktober '07 – 20u00

Theater Tinnenpot, Balkonzaal  
Tinnenpotstraat 21, 9000 Gent

Het stuk wordt – zoals altijd – gespeeld en gemaakt door de **bewoners van “de Kiem”**. Meespelen in het K’aterproject is voor hen niet alleen een uitdaging maar evenzeer een zelfontdekkende ervaring. Het gaat over hun leven, hun ervaringen, hun verdriet, hun mogelijkheden en beperkingen. Ze worden acteur in een zelfgeschreven theaterstuk. Ze spelen zichzelf en proberen hun boodschap bij het publiek over te brengen.

“t zal nooit meer zo zijn...” wordt een voorstelling voor jongeren en hun ouders over **achterom kijken en nieuwe keuzes maken**. Met weemoed over wat voorbij is en onzekerheid over wat moet komen. Geprobeerd wordt de drugproblematiek op een vrij directe, maar menselijke manier bespreekbaar te

stellen. Taboes worden doorbroken en de individueel onderliggende problematiek van verslaving wordt toegelicht. De voorstelling pretendeert niet het allemaal te weten, maar wil een deur openen voor een gesprek. Een gesprek over wat er allemaal moeilijk loopt in het leven en hoe je daar mee kan omgaan zonder drugs te gebruiken.

Heel wat **scholen** huren onze toneelvoorstelling in voor hun leerlingen. Wij richten ons echter evenzeer tot **preventiediensten, ouderverenigingen, jeugthuizen of jeugdbewegingen** die onze theaterproductie binnen hun organisatie, stad of dorp willen programmeren voor een ruim publiek. Afhankelijk van de beschikbare toneelzaal kan het stuk gebracht worden voor een groep van 100 tot 200 toeschouwers. De voorstelling zelf duurt 50 minuten en daarna volgt steeds een nabespreking waarin de toeschouwers kunnen napraten met de spelers over het stuk, over hun verslaving en over de moeilijke weg terug... Ook deze nabespreking duurt een vijftigtal minuten.

Interesse om onze acteurs eens in levende lijve aan de slag te zien of om een voorstelling te boeken?... Kom dan kijken naar één van onze premièrevoorstellingen of neem contact op met Dirk Calle voor boeking en informatie (09-389 66 66, [dirk.calle@dekiem.be](mailto:dirk.calle@dekiem.be)). We helpen je ook graag op weg met preventie- en promotiemateriaal.



't zal nooit meer zo zijn ...

## Inschrijvingsformulier

Naam

(organisatie)

Adres

Tel.

Fax

e-mail

Ik reserveer ..... plaatsen voor het toneelstuk "t zal nooit meer zo zijn..." voor

de première op woe. 10 oktober 2007

de première op do. 11 oktober 2007 (\*)

Ik stuur, fax of mail dit inschrijvingsformulier vóór 05.10.07 naar  
vzw "de Kiem", Vluchtenboerstraat 7A, 9890 Gavere, fax 09-384 83 07, admin@dekiem.be

en stort  x € 8 p.p. =  € op rekening nr. 001-2165231-73 van  
vzw "de Kiem" met vermelding 'première'. Wij houden je kaarten klaar aan de ingang.

(\*) uw voorkeur aankruisen



## Kamp 'Mont' 2007, meer dan de moeite waard...

Elk jaar gaat "de Kiem" met de volledige bewonersgroep een week op vakantie in de Ardennen. Deze week vormt een belangrijk onderdeel van het behandelprogramma van de Therapeutische Gemeenschap, waarbij de bewoners heel wat nieuwe ervaringen kunnen opdoen.

De voorbije vakantie te Mont, van 13 tot 20 augustus 2007, bleek heel waardevol voor bewoners en stafleden. Het grote, nieuwe huis dat we huurden in Mont, inderdaad op de top van een heuvel met een gigantisch panorama als toemaatje, is perfect geschikt voor een groep als de onze. De eigenaars zijn zelf hulpverleners die het huis speciaal gebouwd hebben om het te verhuren als vakantiewoning aan groepen. Voor de bewoners werkt het contact met deze 'schoonheid', van zowel woning als omgeving,

geen vrijblijvendheid betekent. Tijdens verschillende activiteiten zoals de mountainbiketocht, de dag-en nachtdropping en de kanovaart op de Lesse leren ze hun, vaak onrealistisch, beeld over vrijheid corrigeren en krijgen ze de kans op een goede 'blauwdruk' over omgaan met vrije tijd. Een niet te onderschatten doelstelling bij deze doelgroep.

Omdat we kiezen voor een vrij actief en sportief programma ervaren veel bewoners aan den lijve hoe



als heel rustgevend, aangenaam en positief. Ze ervaren het als een contrast met het drukke leven in de T.G. thuis. Hoewel de structuur van de bewonersgroep en de daarbij horende zelfhulp, de eigen verantwoordelijkheid en tal van andere afspraken ook op kamp blijft gelden, wordt er toch een lossere dagritme gehanteerd. Op die manier kunnen bewoners leren dat 'vakantie', wanneer het accent veel meer ligt op ontspanning, plezier, rust en 'avontuurlijke' dingen doen die doorheen het jaar veel minder aan bod komen, toch

belangrijk een goede fysieke conditie en welzijn is. Het motiveert hen om gezonder te eten, mogelijks minder te gaan roken en meer zorg te dragen voor hun lichaam. Schitterend het voorbije jaar was zeker de ervaring van een bewoner met juveniele diabetes die voor het eerst in zijn leven voelde dat hij zijn ziekte op een gezonde manier onder controle kreeg en hierdoor zelfs in staat was deel te nemen aan de dag- én nachtdropping. Een opkikker trouwens voor iedereen die met hem mee stapte! Even pakkend is



het verhaal van een bewoner die zich gaandeweg allerlei mooie momenten herinnerde van toen hij nog een kleine jongen was en met zijn vader naar de Ardennen op vakantie ging. Zijn jarenlange druggebruik had dit allemaal uitgewist en de relatie met zijn pa was door de jaren heen erg vertroebeld. Het deed hem zo veel deugd opnieuw deze beelden te kunnen koesteren over iets moois en dierbaar van lang geleden.

Voor veel bewoners is vakantie, en zeker 'clean' op vakantie gaan inderdaad iets uit een ver verleden. Sommigen hebben dit zelfs nooit eerder meegeemaakt. Het effect van rust, prachtige natuur, plezier in en door avontuurlijke spanning en ontspanning laat dan ook vaak een diepe indruk na. Sommigen vinden het aanvankelijk soms wat moeilijk om met al dit nieuwe om te gaan, maar meestal lost zich dat naarmate de dagen vorderen gunstig op. Zo is er ook het verhaal van een bewoner die recent overging naar het halfweghuis. Tijdens zijn overgangsfestje blikte hij terug op zijn eerste kampperiode: "Ik was erg wantrouwig en sceptisch naar al wat nieuw was hier. Gelukkig voor mij gingen we vrij snel in mijn programma op vakantie. Daar ontdekte ik zo veel moois en voelde ik de oprechte betrokkenheid van



medebewoners én begeleiders voor mij. Het was een essentieel moment voor mij, op weg naar wie ik hier nu ben kunnen worden...."

Hoewel bewoners doorgaans maar éénmaal een "Kiemkamp" meemaken was deze bewoner er dit jaar ook weer bij. Samen met 4 andere oudere bewoners logeerden zij in het kleinere buurhuisje. De vorige jaren gebruikten we dit huisje voor de tipi-mama's met hun kindjes maar dit jaar waren

er geen kinderen mee. Daardoor hebben deze oudere bewoners de kans gekregen om, los van de grote bewonersgroep, hun eigen vakantie te maken. Zo deden ze hun eigen aankopen, kookten en aten apart en deden de meeste activiteiten met hun vijven. Het was in die zin een unieke kans om zich als toekomstige tussenhuisbewoners te profileren. Het begeleidende team was nadien ook best tevreden met de manier waarop ze dit hebben aangepakt. Zijzelf hebben het vertrouwen dat ze van de begeleiding gekregen hebben heel erg geapprecieerd.

Zoals elk jaar organiseerden we bij de aanvang van het kamp een wedstrijd rond de sportiefste prestatie, de sportiefste houding en de grootste pechvogel. Dagelijks vulde elk groepslid een briefje in en gaf zijn stem weg. Niet alleen bezorgde dit ons vaak een boel grappige informatie over de bewongroep maar het bracht ook een aantal eigenschappen of vaardigheden aan het licht die in het normale leven soms weinig opgemerkt worden. Op het einde van het kamp volgde de prijsuitreiking met drie mooie 'unieke' T-shirts. Het is echt deugddoend om te kijken naar de 'gelukkigen' en hoe deze positieve bevestiging en erkenning van de groep hen deed stralen.

Ze zijn echter niet de enigen die straalden. Op de laatste avond bij het kampvuur, werd iedereen verzocht een mooie steen, uit het bos of de rivier, mee te brengen. Alleen al het enthousiasme over deze zoektocht werkte aanstekelijk. Daarna gaf iedereen zijn steen, samen met een mooie boodschap, weg aan iemand anders, tot de cirkel zich sloot... De bewoners en de begeleiding genoten samen van dit 'pure' momentje.

Na het kamp volgde er nog een groepsevaluatie van de individuele voornemens. Voor wie het soms wat tegenviel was dit een kans om te luisteren naar de feedback van de andere bewoners, om nieuwe inzichten te krijgen over zichzelf of om iets recht te zetten. Voor de begeleiding volgden er enkele dagen rust of compensatie. Hoewel het werken op kamp heel intens is, geeft het zoveel arbeidsvreugde, plezier en deugd, dat zowel de begeleiders als de bewoners telkens opnieuw als gelukkige mensen terug naar huis keren...

Een georganiseerde vakantie voor bewoners? Als je het ons vraagt, meer dan de moeite waard.

*Leen Spelier  
Begeleidster Therapeutische Gemeenschap*



## Terug licht in zijn ogen...

Het verhaal van onze zoon, 26 jaar en oudste van 4 kinderen, is zeer ingrijpend... Misschien voor vele ouders een zeer herkenbaar verhaal. Het ontdekken van “de Kiem” is het beste wat ons ooit kon overkomen. Want er was niets meer, alle hoop was weg...

Onze zoon was 14 à 15 jaar toen de eerste experimenten met drugs begonnen. Hij was altijd al een haantje de voorste geweest en was nergens bang van. Omdat wij in die tijd nog nooit iets of wat over drugs gehoord hadden, heeft het jaren geduurd vooraleer we de waarheid wisten. Alles werd toegedekt met leugens en bedrog. Toen hij 18 jaar werd ging hij alleen wonen met als gevolg ... van kwaad naar erger. We probeerden alles om hem te helpen, terug naar huis komen wonen, terug alleen wonen enz... Het werd nog erger tot dat het vijf na twaalf was.

Intussen was gans het gezin verscheurd, wij zaten compleet aan de grond. We wisten letterlijk niet meer waarin noch waaruit, een gigantische financiële schuldenberg en onze zoon was nog een klein hoopje levend wezen. VÉÉL tranen, veel verdriet...niemand kon nog helpen. We hebben veel gebeden...eigenlijk opdat hij zelf tot inzicht zou komen en dat er iets of iemand op zijn levensweg zou komen die de deur zou opendoen naar hulp. Wij hadden alles geprobeerd: Trajekt, dokters, psychologen, psychotherapeuten.. en beseften dat wij niets meer konden doen. We moesten loslaten.

Tot opeens onze zoon ons liet weten dat hij Hugo ontmoet had, iemand van “de Kiem”, die hem overtuigde dat er nog hoop en redding was. Hij was onmiddellijk overtuigd en greep deze kans. Hij wist dat het een strohalm was om zich aan op te trekken. Eerste stap: 6 weken in het Onthaal, waarin alle afspraken en doelstellingen grondig worden uiteengezet. Vanaf dan zette hij zich 100 % in, en wij stonden ook met hart en ziel achter hem. Dan volgde de Therapeutische Gemeenschap: 1e fase, 2e fase...Intussen werden wij als ouders ook goed bijgestaan via familiegesprekken. Ook met de broers onderling werden veel gesprekken geregeld. De familiebanden werden hersteld. Zijn inzet was groot en bleef....zo zagen wij hem telkens veranderen en open bloeien, terug licht in zijn ogen. Wij zagen telkens uit naar de ouderavonden om de 2 weken... We leerden ook veel andere ouders en medebewoners kennen, toffe lieve mensen. We steunden mekaar, dit gaf ons telkens veel moed. Onze zoon noemde “de Kiem” zijn “thuis”.

Dan kwam de 3e fase en plots was het zover en kon hij overstappen naar het tussenhuis. Dat was voor hem en voor ons weer even wennen: meer vrijheid, werken, sociale contacten...maar de tijd was rijp om zich terug te integreren in het leven. Hij is blij dat hij terug kan werken, sporten, nuttige vrijetijdsactiviteiten uitvoeren en met goeie vrienden leuke dingen doen.

We zijn nu 20 maanden goed bezig in “de Kiem”. Het resultaat is fantastisch en dat hebben we te danken aan alle stafleden en iedereen uit “de Kiem” die ons met raad en daad en altijd bijgestaan heeft. Ook op gerechtelijk vlak moesten veel zaken passeren en hebben we veel hulp gekregen. Wij zijn zo intens gelukkig nu. We zullen “de Kiem” nooit vergeten!

*Mama e Papa*

## Totaal onmogelijk ...

Op 8 mei 2004 kwam ik in de Onthaalafdeling van “de Kiem” toe. Het was mijn derde opname om iets aan mijn drugprobleem te doen. Maar nu was mijn motivatie anders... het woog 4 kilo en had een pamber aan.

Mijn zoontje heeft er voor gezorgd dat ik de dingen anders bekeek. Hoe kon ik verder drugs gebruiken, terwijl er een klein mensje totaal van me afhing? Hoe kon ik hem een goede opvoeding geven, terwijl de enigste mensen die ik kende drugsdealers en junkies waren? Allemaal vragen die in mijn hoofd leefden... Daarom zette ik de stap naar “de Kiem”, omdat ik daar met mijn zoontje kon verblijven en zo aan zijn opvoeding beginnen.

In het begin van mijn programma begreep ik er echt niets van. Het samenleven was totaal geen probleem voor mij. Ik deed alles wat er van mij verwacht werd, zodat er niemand van mij iets kon zeggen. Ik hield het eigenlijk veilig voor mezelf. Maar natuurlijk, als je dag in dag uit in een groep leeft, kan je niet lang vol houden om te doen alsof alles goed gaat. En eerlijk gezegd, het ging niet goed... Ik wist dat ik vroeg of laat mijn verleden zou moeten onder ogen zien en er over zou moeten spreken, hoe pijnlijk dit ook was. Dat zag ik dan minder zitten. Maar aan de andere kant wist ik, dat als ik mijn toekomst wou opbouwen, dat ik dan eerst mijn verleden een plaats moest geven, zodat het niet steeds van invloed zou zijn op mezelf.

Met de hulp van de stafleden en de bewoners ben ik er geraakt. Ik had nog nooit zoveel verbondenheid en warmte gevoeld in mijn leven. Dit maakte het gemakkelijker om over pijnlijke dingen te spreken en er was wel altijd iemand die het ook had meegemaakt. Ik voelde me veilig.

De maanden gingen voorbij en ik voelde me thuis. En drugs kregen minder en minder belang in mijn hoofd. Voor de eerste keer in mijn leven begon ik te geloven dat ik een leven kon hebben zonder drugs erbij. Ik ben enorm gegroeid door in “de Kiem” te blijven en ben enorm gelukkig dat ik die stap heb gezet.

Ik ben in juli gegradueerd en ben nu bezig aan een opleiding, dingen die ik drie jaar geleden totaal voor onmogelijk hield.

Ook het contact met mijn familie is verbeterd, ze hebben mij enorm gesteund en ik zal ze daarvoor eeuwig dankbaar blijven.

*Nora en Elias*



# Colofon

## Redactie

Dirk Calle, Rudy Bracke, Dirk Vandevelde

## Eindredactie

Dirk Vandevelde

## Fotografie

Chris Lemaitre, 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

Zoeken naar verbetering... 2

## Evidence-based werken

De therapeutische gemeenschap en de tendens naar meer 'evidence-based' werken 3

## Evidence based werken

"Evidence Based" werken in "de Kiem". 12

## Première

't Zal nooit meer zo zijn 14

## Kamp

Kamp 'Mont' 2007, meer dan de moeite waard 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

## "De Tipi", opvang verslaafde moeders 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