

Erkenningsnummer P702012

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

# Drugvrij Therapeutisch Programma

Tijdschrift van de Kiem v.z.w.



Driemaandelijks – Jaargang 17  
Januari, februari, maart 2009 – Nr. 1



de Kiem

# Onderzoeken en bijsturen

Vanuit een verbetercultuur werkt “de Kiem” intens samen met de universiteit van Gent, en laten we geen kans onbenut om het aangeboden programma te onderzoeken en bij te sturen.

Daarnaast nemen we initiatief om via het federaal fonds ter bestrijding van de verslavingen onderzoek te doen naar optimale behandelmethodes. We werken ook actief mee aan een geïntegreerd drugbeleid. In de samenwerking met justitie zijn we momenteel actief in, onder andere, de projecten “proefzorg” en “drugbehandelingskamer”.

Het proefzorgproject situeert zich op parketniveau en bestaat erin om druggebruikers zo vlug als mogelijk door te verwijzen naar de hulpverlening. Ze krijgen op die manier een duidelijk signaal dat ze iets aan hun probleem moeten doen en krijgen de kans om zich goed te informeren omtrent de verschillende behandelmogelijkheden. Dit project loopt nu al ruim twee jaar in Gent en werd grondig geëvalueerd.

Het project drugbehandelingskamer is een project waarbij voor druggebruikers die feiten hebben gepleegd en die voor een rechter moeten verschijnen, een aparte kamer werd gecreëerd. Wanneer de zaak wordt voorgeleid bij de drugbehandelingskamer, krijgt de betrokkene de kans om een behandeltraject uit te werken. Hij kan hiervoor beroep doen op een “liaison” uit de hulpverlening die hem informeert en helpt om een aangepast traject uit te stippelen. Ook dit project wordt wetenschappelijk gevolgd. In de toekomst zullen we hierover verslag uitbrengen.

Met de vakgroep orthopedagogiek van de universiteit Gent hebben we een intense samenwerking. Jaarlijks komen verschillende studenten orthopedagogiek bij ons stage lopen, waarbij ze ook iedere keer een bepaald aspect uit de behandeling onder de loep nemen en proberen te verbeteren. De drie studenten van dit schooljaar hebben hun ervaringen neergeschreven.

Op dit moment loopt er ook nog een onderzoek naar de relatie tussen het behandelprogramma en enerzijds de persoonlijke groei van de cliënt en anderzijds de retentiegraad. We willen er met andere woorden zicht op krijgen welke programmaonderdelen het meest essentieel en het meest effectief zijn in het aangeboden programma. De grote vraag blijft natuurlijk of een effect van een bepaald onderdeel van het programma op zichzelf kan

gemeten worden en of er geen effect bestaat dat het resultaat is van het samengaan van verschillende programma-elementen. Met andere woorden: is een globaal, geïntegreerd programma te herleiden tot enkele afzonderlijke delen?

Een project dat sinds 1997 continu loopt is een opvolgingstudie waarbij we proberen te achterhalen hoe het gesteld is met onze cliënten na een residentiële behandeling. Dit levert ons niet alleen een goed zicht op de cliëntkenmerken van de opgenomen bewoners, maar uit dit onderzoek blijkt ook dat de cliënten na een behandeling in “de Kiem” het duidelijk beter stellen dan op het moment van hun opname en dit op verschillende leefgebieden. Met andere woorden: het totaalprogramma van de drugvrije therapeutische gemeenschap heeft een positief effect op de verslaving op zich, maar ook op andere problemen, zoals tewerkstelling, contacten met justitie, omgang met familie enzovoort. Een beter compliment voor het team van “de Kiem” bestaat er niet. Een betere stimulans om verder te werken aan een kwalitatief sterk programma kan ik ook niet bedenken.

We sluiten, zoals altijd, af met de verhalen van een (ex)bewoner en van een familielid. Dinah werd door justitie onder druk gezet om iets aan haar probleem te doen. Het had effect. Na een programma in “de Kiem” is ze nu een zelfbewuste vrouw die vol enthousiasme in het leven staat en niet bang is om nieuwe uitdagingen aan te gaan. De zus van een bewoner vertelt hoe zij en het volledige gezin werden betrokken bij de opname van haar broer. De betrokkenheid van de familie is cruciaal bij de behandeling in “de Kiem”.

*Dirk Vandeveld*  
*Directeur*



## Evaluatie twee jaar proefzorg

In 2005 werd binnen het gerechtelijk arrondissement Gent gestart met het pilootproject Proefzorg. Proefzorg is een alternatief op parketniveau dat tot doel heeft delinquenten – die te kampen hebben met een verslavingsproblematiek – vlot, efficiënt en adequaat naar de hulpverlening door te verwijzen. Binnen Proefzorg bestaan er twee trajecten: een korte Proefzorg (louter doorverwijzing) en een lange Proefzorg (doorverwijzing én opvolging van zes maanden).

### Een nieuw project, een bijhorende evaluatie...

Samengaand met de start van het Proefzorgproject, werd door de Universiteit van Gent, in samenwerking met de Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid, de evaluatie van dit project uitgevoerd (2005-2007). Dit betrof een kwantitatieve evaluatie, aangevuld met een impactevaluatie (*Welke impact heeft Proefzorg op het voorstellen van andere alternatieven?*) en een kwalitatief luik (*Evaluëren de betrokken partijen – politie, justitie, hulpverlening, druggebruiker – de structuur en de opzet van Proefzorg en is men tevreden over de rol die me kan vervullen binnen dit kader?*).

Bij wijze van inleiding volgt een korte samenvatting van de resultaten van beide empirische delen. De resultaten van het kwantitatieve luik waren positief. Van de 388 geanalyseerde Proefzorgdossiers werd 12% van de verdachten niet bereikt. Van de 88% bereikte verdachten werd 40% georiënteerd naar Korte Proefzorg (KPZ) en 60% naar Lange Proefzorg (LPZ), hiervan mislukten slechts 3% in KPZ en 36% bij LPZ. De resultaten van de impactevaluatie toonden aan dat Proefzorg een adequaat antwoord vormt op de lacune<sup>1</sup> die bestaat op parketniveau om middelengebruikers door te verwijzen. Uit de procesevaluatie bleek dat de meerderheid van de respondenten tevreden zijn over de structuur en het opzet van het project, evenals over de rol die zij hierin kunnen uitoefenen. Bovendien werd aangegeven dat binnen het project een succesvolle interactie bestaat



tussen justitie en de (drug)hulpverlening. Tot slot werd duidelijk dat Proefzorg op verschillende vlakken een meerwaarde genereert ten opzichte van andere alternatieven. Ondanks een overwegend positieve evaluatie werden ook een aantal knelpunten geïdentificeerd (ondermeer het bestaan van dubbele statuten (cliënten met probatie én Proefzorg), een gebrek aan feedback naar de politie toe... etc.). Dit zijn echter kinderziektes, eigen aan een pilootproject, die niet onoverkomelijk zijn.<sup>2</sup>

In deze bijdrage willen we kort stilstaan bij enkele lessen die uit het Proefzorgproject (en evaluatieonderzoek) kunnen getrokken worden. Hierbij wordt

>>

<sup>1</sup> Op parketniveau is er de mogelijkheid van praetoriaanse probatie en bemiddeling in strafzaken. Sinds een duidelijke richtlijn, uitgevaardigd door het college van PG, kan bemiddeling enkel voorgesteld worden aan verdachten mét een identificeerbaar slachtoffer. Loutere middelengebruikers kunnen via bemiddeling dus niet doorverwezen worden naar de hulpverlening.

<sup>2</sup> Voor meer informatie: De Ruyver, B., Colman, C., De Wree, E., Vander Laenen, F., Reynders, D., Van Liempt, A., De Pauw, W., Een brug tussen justitie en de drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 2008, 199p



ook kort aandacht besteed aan opportuniteiten, evenals mogelijke valkuilen naar de toekomst toe.

### Welke lessen kunnen uit Proefzorg getrokken worden?

#### **Samenwerking justitie-drughulpverlening**

De belangrijkste lessen die Proefzorg bijbrengt, situeren zich op het niveau van de samenwerking tussen justitie en hulpverlening. De knelpunten die zich kunnen voordoen in een dergelijke samenwerking zijn genoegzaam bekend en reeds bij het opstarten van het pilootproject heeft men getracht de klassieke hindernissen te identificeren en te overwinnen. Deze samenwerking tussen de actoren die betrokken zijn in het Proefzorgproject werd ook geformaliseerd en geconcretiseerd in samenwerkingsakkoorden tussen justitie en de hulpverlening.

>>

#### **Proefzorgmanager en meldpunten: de bruggen naar de overkant...**

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat parketmagistraten en onderzoeksrechters behoefte hebben aan iemand die hen kan informeren over de mogelijkheden inzake doorverwijzing van middelengebruikers naar de hulpverlening. Ook in het kader van het Proefzorgonderzoek bekleemtoonden magistraten nood te hebben aan een figuur op parketniveau (cfr. casemanager justitie) om gebruikers door te verwijzen. Voor deze magistraten is het immers praktisch onmogelijk rechtstreeks met de hulpverlening te onderhandelen of de middelengebruikers bij hen uit te nodigen. Om deze nood deels te compenseren, werd de figuur van de *proefzorgmanager* in het leven geroepen. Deze actor heeft een min of meer gelijkaardige functie als de casemanager justitie, die tot op heden nog steeds niet geïnstalleerd is, maar waar in de praktijk wel nood aan is! De proefzorgmanager fungeert als aanspreekpunt voor de parketmagistraten en staat in voor de doorverwijzing van middelengebruikers naar de hulpverlening. Hieruit kan vastgesteld worden dat dit project de vertaling vormt van wat de wetgever wou bereiken met de justitiële casemanager.

Samen met de creatie van de proefzorgmanager, ontstond binnen Proefzorg ook een tweede nieuwe actor, namelijk de *meldpunten*. Waar de proefzorgmanager het aanspreekpunt is binnen justitie, werd ook binnen de hulpverlening een aanspreekpunt



gecreëerd, ic twee punten, namelijk de meldpunten. Deze meldpunten zijn bestaande hulpverleningscentra die instaan voor de verdere oriëntatie van de proefzorgcliënt.

De proefzorgmanager en de meldpunten vormen de brug tussen justitie en hulpverlening. Op die manier kunnen de doorverwijzingen van de middelengebruikers efficiënt en vlot verlopen.

#### **Proefzorgmanager en meldpunten: betere wederzijdse kennis en doorverwijzing.**

Een optimale samenwerking kan pas plaatsvinden, indien de verschillende partijen op elkaar zijn afgestemd. Zo dienen justitie en hulpverlening voldoende kennis te hebben van elkaars sector, werking en doelstellingen. Uit de interviews met de professionele actoren binnen Proefzorg werd dan ook de nood aan kennis bij beide actoren benadrukt. Aan deze nood wordt volgens de res-



pondenten zoveel mogelijk tegemoet gekomen. Enerzijds werd binnen justitie de figuur van de proefzorgmanager gecreëerd. Deze persoon heeft ervaring in het werken met de hulpverlening waardoor hij het hulpverleningsaanbod ook voldoende kent. Anderzijds werd ook binnen de hulpverlening een centraal aanspreekpunt gecreëerd dat in contact staat met justitie en de verschillende justitiële statuten kent. Een aandachtspunt bij de doorverwijzingen betreft echter de informatiedoorstroming. Niet alleen een goede informatiedoorstroming tussen de verschillende centra, maar ook binnen elk centrum is belangrijk. Zo werd tijdens het evaluatieonderzoek door verschillende respondenten de opmerking gemaakt dat niet iedereen binnen de hulpverlening de inhoud en werking van de verschillende justitiële statuten kent. Hoewel de meeste bevroegde hulpverleners op de hoogte waren van Proefzorg werd door enkelen de opmerking gemaakt dat zij ofwel pas in een veel later stadium op de hoogte gebracht werden van het project, ofwel als enige persoon van het centrum kennis hadden van Proefzorg. In bepaalde (weliswaar een minderheid van de) gevallen was de directie op de hoogte van het ontstaan van Proefzorg, maar werd dit niet voldoende gecommuniceerd naar de basis. Het zijn echter deze basiswerkers die het meest in contact komen met Proefzorg, waardoor het essentieel is dat deze hulpverleners op een gedegen manier ingelicht worden. Dankzij een goede doorstroming van informatie (top-down én bottom-up) naar en tussen de veldwerkers betreffende de werking van Proefzorg kunnen de doorverwijzingen vlotter verlopen. Daarnaast bestaat ook de mogelijkheid de contacten met justitie en de meldpunten te centraliseren bij één persoon binnen elk hulpverleningscentrum die kennis van zaken heeft van de verschillende justitiële contacten (waaronder Proefzorg) en fungeert als centraal aanspreekpunt voor justitie en de meldpunten.

#### **Schriftelijke rapportage: meer duidelijkheid**

Binnen Proefzorg zorgt de informatie-uitwisseling niet voor moeilijkheden en staat het beroepsgeheim een goede samenwerking niet in de weg. De sterkte van het project en het succes van de samenwerking is namelijk te danken aan het wederzijds respect voor elkaars beroepsgeheim. Dankzij dat respect werden er binnen de noodzakelijke grenzen van het beroepsgeheim de nodige modaliteiten voor samenwerking en communicatie uitgewerkt. De meeste centra gaan er bovendien van uit dat wanneer samengewerkt wordt met justitie, er een minimale vorm van uitwisseling dient te zijn. Uit

de interviews blijkt dat deze samenwerking tussen justitie en hulpverlening, binnen Proefzorg, vlot en formeel verloopt. Vóór de start van het project werd tussen justitie en hulpverlening voldoende overleg gepleegd. Onder meer op welke wijze feedback kon geschieden. Zo werd met Proefzorg de schriftelijke rapportage geïntroduceerd. Deze rapportage werd in overleg met de hulpverlening opgesteld om discussies naderhand te vermijden. Tijdens deze overlegmomenten tussen justitie en hulpverlening, sprak justitie enerzijds over de nood aan feedback vanuit de hulpverlening en anderzijds de hulpverlening over de informatie die ze bereid zijn te geven. Hierover werd doorgesproken totdat een consensus bekomen werd. Het eindresultaat zijn de schriftelijke rapportages die heden gebruikt worden bij de informatie-uitwisseling tussen justitie en hulpverlening. Hierdoor gebeurt de informatie-uitwisseling op vaste tijdstippen, in een formele vorm en wordt geen inhoudelijke informatie doorgegeven (enkel de aanwezigheid van de cliënt). Daarenboven staat de proefzorgcliënt in voor het bezorgen van deze schriftelijke rapportages aan justitie. De communicatie met de proefzorgmanager verschilt dus van deze met de justitieassistent in andere modaliteiten van alternatieve afhandeling, waarbij vaak met justitieassistenten gecommuniceerd wordt in persoonlijke of telefonische gesprekken. Deze vorm van feedback kan eventueel als voorbeeld dienen bij de toepassing van andere alternatieven. Zo blijkt immers dat er bij andere alternatieve afhandelingen, waarbij een doorverwijzing naar de hulpverlening plaatsvindt, heel wat onduidelijkheid is over de informatie-uitwisseling en het omgaan met het beroepsgeheim. Ook is er vaak een gebrek aan duidelijke afspraken over het geven van feedback. Wanneer de schriftelijke rapportages ook binnen de andere alternatieven zouden toegepast worden, kan dit veel onduidelijkheid wegnemen.

#### **Afbakening justitie-hulpverlening is duidelijker.**

Een goede samenwerking impliceert tevens de aanwezigheid van een duidelijke terreinafbakening opdat beide actoren hun eigenheid kunnen bewaren. Hulpverleners wensen bij het uitvoeren van hun taken ook beschouwd te worden als autonome instanties. Zij zijn vaak bekommerd om het feit dat ze door mee te werken aan alternatieve afhandeling gedeeltelijk de rol van justitie zouden moeten overnemen. De hulpverlening mag niet als verlengstuk gezien worden van justitie. Dit kan namelijk ook voor de cliënt zorgen voor verwarring. Uit dit onderzoek blijkt die terreinafbakening aanwezig te zijn. Justitie en hulpverlening hebben respect

>>



&gt;&gt;

voor elkaar en de methodieken die ze hanteren. Zo profileert de proefzorgmanager zich uitdrukkelijk als een actor aan justitiële zijde, die niet op het terrein komt van de hulpverlening. De hulpverlening voelt zich ook geen verlengstuk van justitie ondermeer doordat de verantwoordelijkheid bij de cliënt wordt gelegd. Zo zien de hulpverleners hun proefzorgcliënt als een vrijwillige cliënt. Enkel de cliënt heeft een contract met justitie. Dit is belangrijk voor de hulpverleners aangezien zij niet als verlengstuk willen gebruikt worden van justitie. Zij gaan ten slotte een inspanningsverbintenis aan, geen resultaatsverbintenis.

### ***Gentse situatie: goede voedingsbodem***

Zonder twijfel zijn er ook een aantal aspecten van de Gentse context die de randvoorwaarden voor deze relatief gunstige situatie hebben gecreëerd. Kenmerkend voor het Gentse is dat de hulpverlening vrij goed uitgebouwd en gediversifieerd is. Elk centrum heeft een specifiek aanbod, waardoor deze centra eerder kunnen beschouwd worden als aanvullingen op elkaar dan als concurrenten. Niettegenstaande de kans op concurrentie reëel is, ondermeer door de wijze van financiering van deze sector, speelt binnen de Gentse hulpverlening weinig competitie. Bovendien is er ook een goede verstandhouding tussen de verschillende centra (door ondermeer het cliëntenoverleg). Binnen de Gentse hulpverlening en justitie is tot slot ook veel goodwill aanwezig om Proefzorg te doen slagen.

Dit rooskleurig beeld van de Gentse drughulpverlening dient wel genuanceerd te worden. Een goede werking van Proefzorg hangt samen met de snelheid en kwaliteit van doorverwijzen. Momenteel hebben verschillende centra te kampen met wachtlijsten (vooral crisiscentra), wat de doorverwijzingen kan belemmeren. Men dient daarom te waken over het dichtslippen van het hulpverleningsaanbod, blijvend te werken aan de toegankelijkheid van de zorg en te voorzien in voldoende hulpverleningscapaciteit (afstemmen hulpverleningsaanbod en -vraag).

### ***Over een mogelijke uitbreiding naar andere arrondissementen....***

Aan de uitbreiding en implementatie<sup>3</sup> van Proefzorg dient vooral een gedegen voorbereiding vooraf te gaan. Het model van Gent kan niet zomaar toegepast worden in andere regio's, maar het project dient aangepast te worden aan de regionale noden. Bij justitie en de hulpverlening dient ook de nodige goodwill aanwezig te zijn om dit project te doen slagen. Zo kan het project enkel slagen wanneer justitie en hulpverlening zich hiervoor willen engageren én vooral bereid zijn met elkaar samen te werken. Deze samenwerking vereist vooral ook veel inzet van de hulpverlening. Zij dienen bereid te zijn, vooral de meldpunten, nauw samen te werken met een justitiële actor. Dit kan gestimuleerd worden door ondermeer de communicatie en het overleg tussen justitie en hulpverlening te vergroten én de kennis van beide sectoren over elkaar bij te schaven. Bovendien dient in de andere regio's ook voldoende overleg binnen de hulpverlening te zijn, deze bij voorkeur te organiseren binnen een netwerk en te voorzien in overlegstructuren. Tot slot dient rekening gehouden te worden met de middelen. Wanneer Proefzorg zal uitgebreid worden is het ook belangrijk dat de financiering van de hulpverleningscentra op punt gezet wordt. Dit betekent dat de hulpverleningscentra die instaan voor de concrete uitvoering van de alternatieve afhandelingen, financieel en structureel ondersteund moeten worden. Er dient dus gepleit te worden voor het voorzien van een verruimd kader inzake de financiering van alternatieve maatregelen, ongeacht in welke fase van de strafrechtsbedeling deze zich situeert.

*Charlotte Colman  
Wetenschappelijk onderzoeker  
IRCP-Institute for International Research on  
Criminal Policy  
Universiteit Gent- Vakgroep Strafrecht en Criminologie*

<sup>3</sup> Momenteel wordt, in opdracht van Federaal Wetenschapsbeleid, door de Universiteiten van Gent en Luik een haalbaarheidsstudie uitgevoerd om een project in het kader van praetoriaanse probatie (cfr. Proefzorg) uit te breiden naar en te optimaliseren in andere regio's (2 Vlaamse en 2 Waalse). Dit onderzoek (*Onderzoek naar essentiële en bijkomende randvoorwaarden voor de interactie tussen justitie en de drughulpverlening-JUSTHULP*) wordt beëindigd in oktober 2009.

# De activiteiten van behandeling in therapeutische gemeenschappen en de invloed op de persoonlijke groei en retentie van druggebruikers

De laatste tijd wordt in de wetenschappelijke literatuur een verhoogde interesse waargenomen voor processtudies die niet alleen focussen op de kwaliteit van een behandeling, maar tevens weergeven waarom iemand al dan niet in behandeling blijft. Ook in “de Kiem” loopt momenteel dergelijk onderzoek.

De interesse voor het analyseren van behandelingsprocessen in therapeutische gemeenschappen (T.G.) is niet helemaal nieuw: reeds in de jaren '90 werd hieromtrent onderzoek verricht. Men richtte zich toen voornamelijk tot het meten van de structurele aspecten van behandelingsprocessen zoals bijvoorbeeld het contact met de cliënt, de omvang en het type van de aangeboden diensten. Dit gebeurde op basis van video- en audio-opnames van de interacties in cliëntgroepen, en interpretaties van de therapeut met betrekking tot het behandelingsproces (Messina, Nemes, Wish, & Wraight, 2001). Er bleef echter twijfel bestaan of deze structurele variabelen de belangrijk(st)e componenten van het ‘community as method’ proces (die leiden tot positieve uitkomsten) voldoende bevatten. De visie van de drugvrije T.G. op verslaving is dat het een stoornis van de volledige persoon betreft. Het doel van de behandeling is het verhogen van de kwaliteit van leven van de verslaafde en het bekomen van een volledig herstel via onderlinge hulp en zelfhulp. De groep fungeert als context voor het bevorderen van de individuele ontwikkeling, en voor het teweegbrengen van de sociale en psychologische veranderingen. Deze persoonlijke ontwikkelingen maken dus deel uit van het behandelingsproces en zijn noodzakelijk voor succes na het verlaten van het therapeutisch programma.

In dit artikel worden twee studies voorgesteld die het proces van behandeling van druggebruikers in therapeutische gemeenschappen belichten. Het eerste onderzoek wordt momenteel uitgevoerd in de T.G. van “de Kiem” door twee Masterstudenten

Orthopedagogiek, in het kader van hun scriptie. Het tweede onderzoek is een doctoraatsstudie en zal binnenkort opgestart worden in verschillende Vlaamse therapeutische gemeenschappen.

## Inleiding

De doelstelling van beide voornoemde onderzoeken is gelijkaardig. Men wil een antwoord formuleren op de vraag: “Hoe kan men een beter zicht krijgen op het proces van behandeling van druggebruikers in een Therapeutische Gemeenschap?”. Meer specifiek zal er onderzocht worden welke *componenten* van de behandeling in de drugvrije therapeutische gemeenschap precies verantwoordelijk zijn voor het groeiproces - en uiteindelijk ook de retentie (i.e. het in behandeling blijven) - van de cliënt. Binnen de T.G. is dergelijke vraag niet zo voor de hand liggend gezien de behandelingscomponenten veelal multidimensioneel en dynamisch van aard zijn, wat het operationaliseren en meten heel complex maakt (De Leon, 2000). De Leon (1995) stelt dat alle T.G. activiteiten op één of andere manier leiden tot individuele veranderingen: “*All TC activities lead to therapeutic/educational effects which in turn directly or indirectly impact the individual in the change process*” (De Leon, 1995). Om voldoende verandering teweeg te brengen is het evenwel belangrijk dat de cliënt ook lang genoeg in de behandeling blijft. In die zin is de studie van de relatie tussen behandelingsprocessen en retentie van primordiaal belang.

&gt;&gt;



&gt;&gt;

### Onderzoek 1: Hoe behandelingsactiviteiten het groeiproces van de cliënt beïnvloeden

Het eerste onderzoek werd opgestart door Lies Deckers en Suzan Sintobin, studenten Orthopedagogiek aan de Universiteit van Gent. Zij hebben gedurende een drietal maanden (januari 2009 – april 2009) 6 bewoners van de T.G. “de Kiem” bevraagd met als doel een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de therapeutische en educatieve activiteiten van behandeling in de T.G. “de Kiem”?
2. Kan de attitude van een cliënt m.b.t. de behandelingsactiviteiten gerelateerd worden aan de behandelingsduur?
3. Hoe ervaren cliënten deze behandelingsactiviteiten in relatie tot hun persoonlijk groeiproces?

Teneinde de drie vragen te beantwoorden is gekozen voor zowel een kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksstrategie. Via participerende observaties (bewonersstage) werd inzicht verworven in de dagelijkse leef- en werkstructuur en de verschillende behandelingactiviteiten van de T.G. “de Kiem”. Na het in kaart brengen van de verschillende behandelingsactiviteiten/interventies (n = 32) werd een vragenlijst opgesteld. In deze vragenlijst wordt dagelijks gepeild naar alle essentiële activiteiten/interventies die zich binnen de T.G. voordoen. Aan een aantal bewoners (n = 6) werd gevraagd om gedurende een drietal maanden dagelijks de behandelingsactiviteiten waaraan zij participeerden te turven op een vijfpuntenschaal. Hierbij gaven zij aan in welke mate zij deze activiteit belangrijk achten voor hun persoonlijke groei en verandering (1 = geheel onbelangrijk – 5 = heel belangrijk). Tenslotte, als aanvulling bij de vragenlijst, werd tweewekelijks een kort interview afgenomen van de deelnemers. Dit interview biedt de mogelijkheid om gegeven antwoorden verder te verdiepen en te verduidelijken. Bovendien is het een methode om verschillen in perceptie met betrekking tot de activiteiten te achterhalen.

Dit onderzoek zal resulteren in een masterproef die in mei 2009 ingediend wordt ter behalen van een diploma in de Psychologische en Pedagogische Wetenschappen, optie Orthopedagogiek. De onderzoeksresultaten leiden daarenboven tot kennis en inzichten die benut worden voor de verdere uitbouw van onderstaande doctoraatsstudie.

### Onderzoek 2: De doctoraatsstudie

In dit onderzoek, dat uitgevoerd wordt door Ilse Goethals, die als assistente verbonden is aan de vakgroep orthopedagogiek Universiteit Gent, wordt nagegaan in welke mate de verschillende behandelingsactiviteiten in een T.G. een invloed hebben op de ontwikkeling en groei van de cliënt, het engagement en de retentie. George De Leon (1994) is de eerste die de verschillende elementen van het behandelingsproces van de drugvrije T.G. poogde te definiëren en te operationaliseren. In 2000 ontwierp hij samen met Kressel, Palij en Ruben een 3-tal meetschalen die de klinische vooruitgang van cliënten in een T.G. konden nagaan (Kressel, De Leon, Palij & Ruben, 2000). In dezelfde periode werd ook door een andere onderzoeksgroep het Dimension of Change Instrument (D.C.I.) ontwikkeld (Wenzel, Ebener & Farley, 1997). Dit instrument is gebaseerd op het conceptueel kader voor gezondheidsonderzoek van Donabedian (1966). Het uitgangspunt van dit model voor de T.G. (Wenzel et al., 1997) is dat de structuur en organisatie van een programma, de cliëntkarakteristieken en het behandelingsproces - die zowel het ‘T.G.-milieu’, de ‘cliënt-client interacties’, de ‘cliënt-staf interacties’ als de ‘persoonlijke groei en verandering’, omvat – de uitkomst van een behandeling zal bepalen. Al deze componenten zijn nauw met elkaar verbonden nl. het T.G. -milieu bevordert de interacties wat ook de persoonlijke groei en ontwikkeling stimuleert. De graad van persoonlijke groei heeft op zich dan weer een impact op de aard van de interacties en die beïnvloeden tenslotte ook het T.G.-milieu. Dit alles wordt bovendien nog eens bepaald door specifieke cliëntkarakteristieken en de structuur en organisatie van een T.G..

Vertrekkende vanuit bovenstaande conceptueel kader voor processtudies in de T.G. (Wenzel, et al., 1997) zal in dit onderzoek nagegaan worden welke cliëntkarakteristieken (leeftijd, geslacht, ernst van probleem, motivatie, psychopathologie) en programmakarakteristieken (aantal stafleden, jaren ervaring, aantal bedden, ...) voorspellers zijn voor veranderingen in het behandelingsproces en de retentie van de cliënt. Ook zal een antwoord gezocht worden op de vraag in hoeverre het aantal specifieke activiteiten/interventies, d.w.z. meetbare en observeerbare activiteiten van behandeling (aantal groepsessies, aantal encounterbriefjes, aantal individuele counselingssessies,...) samenhang vertonen met veranderingen in individuele behandelingsprocessen en retentie.



Het onderzoeksproject zal plaatsvinden in verschillende hiërarchische T.G.'s voor druggebruikers in Vlaanderen waaronder ook "de Kiem". Om een vergelijking tussen de verschillende T.G.'s mogelijk te maken, vullen de T.G.-verantwoordelijken bij de start van het onderzoek een vragenlijst in waarmee een beperkt aantal kenmerken (behandelings- en procescomponenten) van de T.G. zullen worden bevestigd. Dit formulier wordt momenteel nog ontwikkeld door de onderzoeker.

Gedurende een periode van twee jaar (maart 2009 – maart 2011) zullen in totaal een 200-tal bewoners vier keer bevestigd worden<sup>1</sup>: (1) Op het moment dat de cliënt beslist om een behandeling op te starten (2) één maand na deze eerste meting, (3) drie maanden na de eerste meting en ten slotte ook nog eens (4) negen maanden na de eerste meting.

Tijdens de eerste meting, dus op het moment dat de cliënt beslist om een behandeling op te starten en ook toestemming geeft om aan het onderzoek deel te nemen, zal een face-to-face interview plaatsvinden om zicht te krijgen op de ernst van de verslaving en de daaraan gerelateerde problemen. Ook de motivatie en bereidheid tot behandeling zullen gemeten worden aan de hand van een gestandaardiseerd meetinstrument.

Tijdens de overige meetmomenten worden telkens de motivatie en bereidheid tot participatie (of behandeling), de aanwezigheid van depressieve klachten en/of van een persoonlijkheidsstoornis en de veranderingen in behandelingsprocessen gemeten. Bij de meting na 9 maanden zal er aanvullend hierbij nog een kort interview plaatsvinden, waarbij we opnieuw de ernst van de verslaving en de daaraan gerelateerde problemen nagaan. Op de verschillende meetmomenten zal ook nagegaan worden aan hoeveel specifieke gedragsinterventies (confrontatiegroepen, individuele counselingssessies, zits,...) een cliënt heeft deelgenomen. Er zal zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten die de vergelijking met internationaal onderzoek mogelijk maken.

*Ilse Goethals*  
*Assistent vakgroep orthopedagogiek*  
*Universiteit Gent*

## Referenties

- De Leon, G. (1994). The therapeutic community: Toward a general theory and model. *NIDA Research Monograph*, 144, 16–53.
- De Leon, G. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International Journal of the Addictions*, 30(12), 1603-1645.
- De Leon, G. (2000). The therapeutic community: Theory, model and method. New York, NY: Springer.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (1), 166-203.
- Kressel D; De Leon G; Palij M; Rubin G (2000). *Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment. The therapeutic community Client Assessment Inventory, Client Assessment Summary, and Staff Assessment Summary*. *Journal of substance abuse treatment*, 19(3), 267-72.
- Messina, N., Nemes, S., Wish, E., & Wraight, B. (2001). Opening the black box. The impact of inpatient treatment services on client outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 177–183.
- Wenzel, S. Ebener, P. & Farley, D. (1997). Building a client level process and outcomes monitoring system. Report on progress to date and next steps. Santa Monica, CA: Phoenix House/RAND.

<sup>1</sup> Het dataverzamelingsproces stopt vroeger als het streefgetal van 200 cliënten eerder wordt bereikt dan maart 2011.



Een follow-up onderzoek bij bewoners die de laatste 12 jaar de behandeling startten.

## De psychosociale situatie van bewoners van “de Kiem” voor en na de behandeling

Reeds heel wat jaren werkt het therapeutisch programma “de Kiem” op vlak van onderzoek samen met de Vakgroep Orthopedagogiek (Universiteit Gent). Het gebruik van de EuropASI is één van de zaken die in het kader van deze samenwerking uitgebouwd werd. In dit artikel bespreken we wat deze EuropASI-gegevens ons tot dusver vertellen over het opnameprofiel van de Kiem-bewoners en over hun psychosociale situatie na een opname in “de Kiem”.

De Europese versie van de Addiction Severity Index (EuropASI) (Kokkevi & Hartgers, 1995; McLellan, Luborsky, O'Brien, & Woody, 1980) is een semi-structureerd interview dat problemen op zeven verschillende leefgebieden in kaart poogt te brengen (lichamelijke gezondheid; arbeid, opleiding en inkomen; alcoholgebruik; druggebruik; justitiële situatie; familie en sociale relaties; psychische en emotionele problemen). Dit instrument is goed bruikbaar als basis voor de behandeling (bijvoorbeeld bij de uitbouw van de handelingsplanning), maar biedt tegelijkertijd ook onderzoeksmatig heel wat mogelijkheden.

Sinds de start van de onthaalafdeling, begin 1997, wordt een EuropASI interview afgenomen bij vrijwel alle nieuwe bewoners. In het kader van verschillende projecten werden deze gegevens ook gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast werd met heel wat van de personen die meewerkten aan deze onderzoeksprojecten een opvolgingsgesprek gevoerd, waarbij -onder andere- een follow-up versie van de EuropASI werd afgenomen.

In dit artikel bespreken we het opnameprofiel van 135 ex-bewoners van “de Kiem”; zij startten een behandeling tussen 1997 en 2004<sup>1</sup>. De gegevens zijn afkomstig van 3 verschillende onderzoeksprojecten waaraan “de Kiem” participeerde en die uitgevoerd werden door de Vakgroep Orthopedagogiek (het betreft (1) een onderzoeksproject in residentiële

drugvrije programma's in 10 Europese landen (alle opnames tussen begin juni 1997 en eind mei 1998; N=38) (Kaplan & Broekaert, 2003); (2) een doctoraatsonderzoek naar de impact van een sociale netwerkinterventie op retentie in therapeutische gemeenschappen (alle opnames tussen begin mei 2000 en eind april 2002; N=66) (Soyez, 2004); en (3) een gerichte follow-up bevraging van ex-bewoners naar aanleiding van het 30-jarig bestaan van “de Kiem” (opnames in 2003 en 2004 waarvan een follow-up gesprek beschikbaar is; N=31). Bijna 70% van de totale onderzoeksgroep (N= 92) werkte ook mee aan een follow-up interview, waardoor het mogelijk wordt om na te gaan of, en in welke mate, de situatie van bewoners veranderd is nadat ze het programma verlaten hebben<sup>2</sup>.

### Wat is het profiel van personen die een behandeling starten in “de Kiem”?

Het eerste EuropASI-interview gebeurt doorgaans in de eerste weken nadat een nieuwe bewoner start in de onthaalfase. Op basis van deze informatie wordt duidelijk dat de bewoners die zich voor behandeling aanmelden in “de Kiem”, af te rekenen hebben met een ernstige en complexe problematiek, die vaak ook reeds meerdere jaren aansleept. Tabel 1 geeft een overzicht van enkele basiskarakteristieken van deze groep. Het betreft hier een laagopgeleide,

<sup>1</sup> In deze periode startten meer bewoners een behandeling; we bespreken hier evenwel enkel de gegevens van die bewoners die expliciet de toestemming gegeven hebben aan “de Kiem” en aan de vakgroep Orthopedagogiek om hun informatie in onderzoek te gebruiken.

<sup>2</sup> Hoewel we ook beschikken over andere informatie naast het F.U. EuropASI interview, beperken we ons in dit artikel hiertoe omdat dit instrument een constante vormde over de drie onderzoeksgroepen.

Tabel 1: Algemene cliëntkarakteristieken bij opname

Cliëntkarakteristieken	N (%) of Gemiddelde (S.D.)
● Geslacht	
Man	N=107 (79,3%)
Vrouw	N=28 (20,7%)
● Leeftijd	25,48 jaar (S.D. = 5,4)
● Opleidingsniveau	
Geen enkel diploma	N=5 (3,7%)
Getuigschrift lager onderwijs (BuLO of LO)	N=63 (48,1%)
Buitengewoon secundair onderwijs (BuSO)	N=4 (3,1%)
Beroepssecundair (BSO) of Deeltijds onderwijs	N=31 (23,7%)
Technisch secundair onderwijs (TSO)	N=19 (14,5%)
Algemeen secundair onderwijs (ASO)	N=8 (6,1%)
● Burgerlijke staat bij opname	
Gehuwd	N=4 (3,0%)
Gescheiden (feitelijk of wettelijk)	N=14 (10,6%)
Nooit gehuwd geweest	N=114 (86,4%)
● Justitiële verwijzing	
Neen	N=85 (65,4%)

overwegend mannelijke groep (20,7% vrouwen) met een gemiddelde leeftijd van 25,6 jaar bij opname; de jongste bewoner was 16 jaar en de oudste 41 jaar. De overgrote meerderheid (96,%) heeft de Belgische nationaliteit<sup>3</sup>. Eén op drie bewoners (N=45) komt in behandeling na een justitiële verwijzing.

Op basis van de klinische EuropASI ‘ernstscore’ kunnen we een inschatting maken van de ernst van de problemen die zich stellen op de verschillende leefgebieden. Deze ernstscore (een cijfer tussen 0 – 9), die door de interviewer gegeven wordt, geeft aan hoe groot de nood is aan behandeling per leefgebied. Het hoeft niet te verwonderen dat de meest ernstige problemen zich situeren op het vlak van druggebruik: 4 op 5 van de nieuwe bewoners (80,4%) krijgt een score van 6 of meer (gemiddelde score 6,47 (s.d. 1.517)), waarmee door de interviewer aangegeven wordt dat het gaat over een behoorlijk ernstig tot extreem probleem waarvoor behandeling (absoluut) noodzakelijk is. Deze ernst van deze drugproblematiek blijkt ook uit de overige gegevens: bijna de helft van de groep (44,6% of N=58) rapporteert polydruggebruik; nog eens 15% heeft de meeste problemen met alcohol in combinatie met een andere drug (N=20) of met heroïne

(N=21). Meer dan 2/3 van de groep (68,7%) heeft ooit gespoten. Slechts 5% van de bewoners volgde nooit eerder een behandeling voor drugproblemen; het gemiddeld aantal gevolgde behandelingen voorafgaand aan de opname in “De Kiem” ligt op negen.

Een ander belangrijk probleemgebied is het leefgebied ‘familie en sociale relaties’ (gemiddelde ernstscore 5,21 (s.d. 1,425)). Voor dit leefgebied krijgt de helft van de bewoners (51,9% of N=68) een score 4 of 5 (redelijk ernstig probleem, enige behandeling is nodig).

We stelden ons verder de vraag of er een verschil is tussen de groep bewoners die opgenomen werd in de periode 1997-1998 (N=38) en de groep opgenomen na 2000 (N=93). Algemeen kan gesteld worden dat beide groepen (‘cohortes’) slechts op een beperkt aantal vlakken significant van elkaar verschillen. Het belangrijkste verschil werd gevonden in de aard van het gebruik: in de tweede cohorte (opgenomen na 2000) waren er significant meer personen die meerdere drugs op één dag gebruikten (polydruggebruikers; ( $\chi^2(2)=10.76$ ;  $p=0.05$ )); terwijl er in de eerste cohorte meer personen waren die problemen met één enkel

>>

<sup>3</sup> De EuropASI vraagt niet naar de etniciteit van personen.



&gt;&gt;

middel (amfetamines) rapporteerden. Het aantal personen met een primair heroïne-probleem is in beide groepen vergelijkbaar. Er werden verder geen verschillen gevonden in leeftijds- of geslachtsverdeling, opleidingsniveau, behandelingshistoriek (aantal opnames), aantal intraveneuze gebruikers of aantal personen die de behandeling startten onder justitiële druk.

Daar waar de groep opgenomen in 1997-1998 een iets zwaardere medische problematiek heeft ( $t=-2.21$  ( $df=129$ );  $p=0.036$ ), zijn er bij de recent opgenomen groep meer problemen op vlak van arbeid, opleiding en inkomen ( $t=2.30$  ( $df=129$ );  $p=0.023$ ). De verschillen zijn evenwel minimaal, waardoor we bezwaarlijk kunnen spreken van verschillende groepen. Samenvattend kunnen we stellen dat de groep bewoners die zich aanmeldt voor behandeling doorheen het laatste decennium niet fundamenteel veranderd is.

### Is de psychosociale situatie van ex-bewoners beter dan bij opname?

Met betrekking tot de follow-up gegevens willen we uiteraard vooral weten of de situatie van de betrokkenen verbeterd is in vergelijking met de situatie op het moment van opname.

Van 68% van de totale onderzoeksgroep ( $N=92$ ) beschikken we over een follow-up interview. Een eerste belangrijke kanttekening hierbij is evenwel dat de follow-up periode niet voor alle groepen dezelfde was. In het eerste onderzoek (Europese studie) vond het follow-up interview plaats 6 maand na afname van het eerste interview. Een aantal personen waren op dat moment uiteraard nog in behandeling. In het kader van het tweede en het derde onderzoek gebeurde de follow-up bevraging (ongeveer) 1 jaar nadat de persoon de behandeling verlaten had. We rapporteren daarom de bevindingen voor de groep als geheel enerzijds en per onderzoekscohorte (opnames tussen 1997-1998 en opnames na 2000) anderzijds. Een tweede belangrijke kanttekening betreft het feit dat de groep personen die participeerden in het follow-up onderzoek niet allemaal het programma positief beëindigden. Een aantal van hen verbleven slechts korte tijd in “de Kiem”. Significant meer bewoners die het TG-programma met positief advies beëindigden konden bereikt worden voor

een follow-up interview ( $\chi^2(1)=13,71$ ;  $p < .001$ ). Dit gegeven zal de resultaten uiteraard beïnvloeden. De wijze van ontslag (verlaten van het TG-programma<sup>4</sup> al dan niet tegen advies) en de duur dat iemand in het programma verbleven heeft (de zogenaamde ‘time in program’) wordt daarom ook in rekening gebracht.

De groep als geheel verkeert op het moment van de follow-up in een duidelijk betere situatie dan op het moment van de opname (MANOVA over de zeven EuropASI gebieden;  $F=27.73$  ( $df=7$ ),  $p < .001$ ). Er is een significante vooruitgang te zien in de individuele ernstscores van alle leefgebieden (paired sample T-tests), met uitzondering van het leefgebied ‘lichamelijke gezondheid’. In dit laatste leefgebied is er ook een vooruitgang, maar deze is zeer klein. Dit heeft mede te maken met het feit dat de problemen op vlak van lichamelijke gezondheid al beperkt waren bij de opname. De sterkste verbetering is te zien in het leefgebied ‘drugs’ (gemiddelde ernstscore daalde van 6,52 naar 2,40).

Aparte analyses voor onderzoekscohorte 1 (opname in 1997 – 1998 en follow-up bevraging 6 maand na opname) en voor onderzoekscohorte 2 (opname na 2000 en follow-up bevraging 1 jaar na het verlaten van het programma) geven gelijkaardige resultaten. In de eerste onderzoekscohorte werd evenwel geen verbetering gevonden in het leefgebied ‘arbeid, opleiding en inkomen’ ( $t=0.161(25)$ ,  $p=.873$ ). Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat heel wat bewoners nog in de TG verbleven op het moment van de follow-up bevraging.

De gemiddelde ‘time-in-program’ voor de volledige groep bedraagt 264 dagen of bijna 9 maand (minimum verblijfsduur 5 dagen; maximum verblijfsduur 850 dagen). Iets minder dan 40% van de bewoners in de totale groep ( $N=51$ ) heeft de TG met positief advies verlaten (en heeft dus de overgang naar het tussenhuis gemaakt). Hoewel er in de eerste cohorte een groter percentage bewoners vroegtijdig het programma verlaat in vergelijking met cohorte 2 (respectievelijk 71,1% en 56,6%) is dit verschil niet significant ( $\chi^2(1)=2.38$ ;  $p=.123$ ).

Op basis van (1) alcohol- en druggebruik tijdens de follow-up periode (geen gebruik tijdens de laatste maand) en (2) contacten met politie en justitie (geen contacten na ontslag) werd bepaald of er sprake was van ‘succes’<sup>5</sup>. Maar liefst 63,3% van de

4 Een aantal bewoners die het TG-programma positief beëindigden, verlieten wel vroegtijdig het tussenhuis. Het bepalen van ‘time in program’ gebeurde evenwel op basis van de datum dat een bewoner overging van de TG naar het tussenhuis, omdat deze datum ook gebruikt was in functie van het plannen van de FU-bevraging.



Bezoek probatiecommissie Kortrijk.



personen in de onderzoeksgroep zijn succesvol. Ook in onderzoekscohorte 2 (waar, in tegenstelling tot onderzoekschorte 1, alle personen bevestigd werden *na* het verlaten van het TG-programma) is dit cijfer zo hoog (63,1%).

Dit hoge percentage dient enigszins genuanceerd te worden, omdat succes duidelijk gerelateerd is aan het positief beëindigen van het programma ( $\chi^2(1)=5,491$ ,  $p=.019$ ) en er, zoals eerder gezegd, meer bewoners die het TG-programma met positief advies beëindigden konden bereikt worden voor een follow-up gesprek. Anderzijds blijkt de duur dat iemand in het programma blijft een belangrijke voorspeller voor succes ( $\chi^2(1)=5,047$ ,  $p=.025$ ).

### Tot slot

Op basis van de gegevens die in het kader van verschillende onderzoeksprojecten verzameld werden, kan besloten worden dat een opname in “de Kiem” voor een duidelijke verbetering zorgt in de algemene psycho-sociale situatie van personen die zich aanmelden en dat een groot aantal personen bij follow-up als ‘succesvol’ gezien kan worden. Zoals aangetoond in heel wat internationaal onderzoek (zie Soyez, 2004 voor een overzicht) komt ook in deze studie het belang van ‘time in program’ duidelijk naar voor: succes wordt mee bepaald door de tijd dat iemand in behandeling blijft (‘retentie’). In de behandeling moet daarom zo veel als mogelijk aandacht besteed worden aan dit ‘retentie’-aspect.

Voornoemde bevindingen zijn uiteraard zeer positief. Aanvullend onderzoek is evenwel nodig. Zo zou het interessant zijn om de evolutie van de ex-bewoners verder op te volgen over verschillende jaren. In de literatuur wordt een verslavingsproblematiek omschreven als een ‘chronic relapsing disorder’ (O’Brien & McLellan, 1996). Succes na een behandeling, die na een relatieve korte follow-up periode gemeten wordt, blijft dus niet noodzakelijk behouden. Een follow-up bevraging van ex-bewoners over een langere periode en met meerdere metingen kan duidelijk maken of de positieve veranderingen blijven bestaan. Dergelijk follow-up onderzoek is evenwel zeer tijds- (en kosten-)intensief en daardoor niet voor de hand liggend.

Tot slot moet opgemerkt worden dat het hier uitgevoerde onderzoek strikt genomen niet kan aantonen of de gevonden positieve veranderingen *enkel en alleen* toe te schrijven zijn aan het verblijf in “de Kiem”; het aantonen van een causaal verband blijft onderzoeksmatig een uiterst moeilijke opdracht. Het implementeren van strikt gecontroleerde studies (‘randomized clinical trials’) kan hier gedeeltelijk een antwoord bieden. Het controleren van alle factoren die een mogelijke rol spelen bij de behandeling in een TG èn van alle factoren die in de follow-up periode een invloed (kunnen) uitoefenen, is evenwel zo goed als onmogelijk.

*Dr. Veerle Soyez  
Prof. Dr. Eric Broekaert  
Vakgroep Orthopedagogiek  
Universiteit Gent*

>>

5 Het bepalen van succes is niet eenvoudig. Het gelijkstellen van succes aan het niet-gebruiken van middelen is een eenzijdige invalshoek. Andere, meer kwalitatieve factoren (zoals algemeen welbevinden, kwaliteit van leven, ervaren sociale steun, ...) zijn minstens even bepalend voor ‘succes’. We beschikken evenwel niet over dergelijke gegevens voor de volledige onderzoeksgroep.

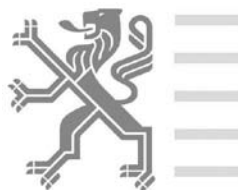




## Referenties

- Kaplan, C., & Broekaert, E. (2003). An introduction to research on the social impact of the therapeutic community for addiction. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 204-210.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European addiction research*, 1, 194-198.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., & Woody, G. E. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- O'Brien, C. P., & McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240.
- Soyez, V. (2004). *The influence of social networks on retention in and success after therapeutic community treatment*. Unpublished Doctoral thesis, Ghent University, Gent.

## Met dank aan onze sponsors



## Een blik achter de schermen

Drielaatstejaars-

studenten orthopedagogiek liepen in de voorbije maanden stage binnen “de Kiem”. Deze samenwerking met de vakgroep orthopedagogiek van de universiteit Gent biedt een zinvolle bijdrage aan de methodiekontwikkeling binnen onze programma’s en is ook voor de stagiaires een boeiende en leerrijke ervaring. We laten hen hier graag zelf aan het woord.

Als studenten orthopedagogiek aan de universiteit van Gent gingen we vorig jaar op zoek naar een stageplaats. Vermits onze interesse uitging naar hulpverlening bij mensen met een afhankelijkheidsprobleem, klopten we elk afzonderlijk aan bij “de Kiem”. Lies was vooral geboeid door het ambulante luik, terwijl Annelies en Katrien kozen voor een optie binnen het residentieel programma. In wat volgt proberen we jullie een beeld te geven over onze ervaringen als stagiaires. Verder willen we jullie ook wat meer uitleg verschaffen over wat we elk individueel ontwikkeld hebben voor “de Kiem”. Het is namelijk zo dat we de opdracht meekregen vanuit onze opleiding om een dienstverlenend project op punt te zetten voor de voorziening waar we stage liepen. Dit was ook zo bij de laatstejaarsstagiaires orthopedagogiek van vorig jaar, namelijk Kathy De Feyter, Loth Van Ouweland en Soetkin Neirinck. Kathy ontwikkelde een draaiboek ter ondersteuning van de vrouwenwerking van “de Kiem”. Loth maakte een draaiboek voor een oudergroep en een oudercursus voor T.G.-bewoners met kind(eren) die niet in de Tipi verblijven en Soetkin maakte een kritische rapport over korte Proefzorg. We beschrijven hieronder individueel ons project en onze ervaringen.

### Een draaiboek voor terugvalpreventie

*Katrien:* Halverwege vorig academiejaar besprak ik met Dirk Calle, beleidsmedewerker in “de Kiem”, mijn stageproject voor dit academiejaar. Dirk begeleidt de terugvalpreventiesessies binnen “de Kiem” en binnen het Beleave-project in de gevangenis te Ruislede. We brainstormden toen over het ontwikkelen van een verruimd draaiboek voor deze sessies.

Bij de aanvang van mijn stage werd me snel duidelijk dat er een veelheid aan informatie beschikbaar was omtrent terugvalpreventie (T.V.P.). Doorheen de jaren was er heel wat informatie verzameld en waren er verschillende werkvormen ontwikkeld, aangepast aan de verschillende doelgroepen. Deze veelheid aan informatie miste zijn efficiëntie en er was nood aan structuur en een duidelijke indeling, zodat nieuwe medewerkers in “de Kiem” zich in de toekomst ook snel zouden kunnen inwerken. Verder zou ik doorheen de ontwikkeling van het draaiboek de kans krijgen om de verschillende werkvormen te evalueren en op zoek te gaan naar vernieuwend materiaal en misschien nieuwe thema’s.

Op basis van verschillende gesprekken in andere voorzieningen, observaties, ervaringen en gelezen literatuur kwam ik algemeen tot de conclusie dat mijn project zeker en vast een meerwaarde zou betekenen voor “de Kiem”. Zo bijvoorbeeld verdiepte ik me in literatuur rond effectiviteit en rond terugvalpreventie. Via deze extra informatie, vernieuwde inzichten en overleg konden we de werking van de terugvalpreventiesessies optimaliseren.

Naast mijn stageproject ging ik aan de slag in de onthaalafdeling van “de Kiem”. Op die manier kwam ik tot een heel gevarieerd weekprogramma: begeleiding van de onthaalgroep, een sessie terugvalpreventie in de T.G. en een T.V.P.-sessie in het kader van het Beleave-programma te Ruislede. Naast deze momenten werkte ik aan mijn draaiboek. Hoewel de werking in het onthaal niet rechtstreeks in verband staat met T.V.P., leerde ik ook daar heel wat vaardigheden. Kortom, een totaalpakket dat een boeiende ervaring bood.

>>





## >> Een literatuurstudie rond opvoedingsondersteuning

*Annelies:* Ik liep stage binnen de Tipi. Deze afdeling van “de Kiem” richt zich op die bewoners die het programma van de therapeutische gemeenschap wensen te combineren met de opvoeding van hun kind. De kinderen zijn vaak een belangrijke motivationele factor voor de ouders om het programma te doorlopen en het vol te houden. Deze bewoners staan echter wel voor een moeilijke opdracht, die op verschillende vlakken extra aandacht en ondersteuning nodig maakt. Doorheen mijn eerste weken stage werd het duidelijk dat de ondersteuning van de ouders zich situeert op uiteenlopende gebieden (praktisch, organisatorisch, emotioneel, opvoedkundig, ...). Het praktisch-organisatorische gedeelte van de begeleiding neemt heel wat tijd in beslag. Daarnaast is er een grote nood aan aandacht voor de emotionele beleving van de ouders en voor hun vragen rond opvoeding en ouderschap. De ouders geven blijk van onzekerheid en vragen ook zelf extra ondersteuning. Het Tipi-team is zich hier natuurlijk van bewust en tracht de kwaliteit van de begeleiding op dit vlak te optimaliseren. In functie van mijn stageproject ben ik nagegaan wat opvoedingsondersteuning inhoudt en hoe dit geïmplementeerd kan worden in de praktijk. Doorheen de stageperiode ben ik op zoek gegaan naar de specifieke noden van de ouders en kinderen via observaties, gesprekken en deelname aan de wijkelijke Tipi-groep. Na de exploratie van de vragen en noden heb ik mij verdiept in de literatuur. Het

eindresultaat is een literatuurstudie rond het begrip opvoedingsondersteuning. Dit werkstuk heeft tot doel de huidige en toekomstige begeleiders van de Tipi een pakket aan informatie en kennis te verschaffen over opvoedingsondersteuning, als basis voor de verdere uitbouw van een kwaliteitsvolle en verantwoorde hulpverlening. Naast dit theoretische gedeelte heb ik zelf enkele themagroepen voorbereid en uitgevoerd. Uit deze bijeenkomsten en individuele gesprekken bleek de nood en interesse van de ouders voor opvoedingsondersteunende interventies. Mijn stageperiode was erg boeiend en gevarieerd: ik heb kunnen kennismaken met de doelgroep en in mijn contacten met de ouders hulpverlenende vaardigheden en attitudes geoefend. Daarenboven heb ik mij verdiept in de theorie van het begrip opvoedingsondersteuning en kreeg ik de kans om enkele werkvormen van opvoedingsondersteuning in de praktijk uit te oefenen.

## Project Centraal Aanmeldingspunt in gevangenissen

*Lies:* Het project kiezen binnen het ambulante centrum was eigenlijk geen moeilijke opdracht. In navolging van het opstarten van het Centraal AanmeldingsPunt (C.A.P.) door de V.V.B.V. (Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslavingszorg) in de gevangenis van Antwerpen, Brugge en Gent, zouden nu ook de rest van de Vlaamse gevangenissen een C.A.P. krijgen. Om deze uitbreiding vlot te laten verlopen, moest het C.A.P. eerst nog



geëvalueerd worden en de manier van werken in kaart worden gebracht voor nieuwe medewerkers. Heel dit dossier opstellen werd het project voor mijn stageperiode.

Het C.A.P. is ontstaan vanuit de vaststelling dat gedetineerden verschillende centra aanschrijven met de vraag naar een ambulante begeleiding of opname. Hierdoor kwamen verschillende hulpverleners van verscheidene organisaties naar de gevangenis voor intakegesprekken. Op die manier gebeurde er veel dubbel werk en ging er veel tijd verloren. Dat het C.A.P. wordt geïmplementeerd in zo goed als heel Vlaanderen zou dus de gedetineerden veel sneller met de juiste mensen in contact moeten brengen, waardoor ze ook sneller kunnen geholpen worden. Dit kan alleen maar toegejuicht worden.

*Lies:* Toch is mijn avontuur binnen “de Kiem” na mijn stage nog niet afgelopen. Samen met een medestudente hebben wij besloten om onze masterproef te schrijven rond de werking van de Therapeutische Gemeenschap, in het kader van de doctoraatsstudie van Ilse Goethals, waarover elders in dit nummer sprake.

In onze masterproef willen we proberen een zicht te krijgen op de proceselementen waarmee in de therapeutische gemeenschap gewerkt wordt. In ons onderzoek willen we ons toespitsen op de visie van de cliënt (de bewonersbril) en hoe hij al deze proceselementen ervaart. Ook willen we uitzoeken of alle therapeutische elementen een even grote waarde hebben in de groei van de bewoner.

Heel concreet wil dit zeggen dat wij op zoek gaan naar wat een T.G. doet werken voor een bepaalde bewoner in een bepaalde fase en welke elementen hem meer of minder vooruithelpen in zijn ontwikkeling.

We kiezen er heel duidelijk voor om de focus enkel op de visie van de cliënt te leggen. Dit omdat we denken dat er mogelijks verschillen bestaan tussen de waarden die worden toegekend aan een element door bewoners uit verschillende fasen. Bovendien is het ook mogelijk dat bewoners een ander idee hebben over de waarde, het nut, van bijvoorbeeld de ‘morgenmeeting’ dan iemand van de staf.

Dat we met hart en ziel en enorm veel enthousiasme aan ons stageproject hebben gewerkt, mag blijken uit deze tekst. Wij hopen met onze inzet en projecten een meerwaarde te hebben geleverd en een aanzet tot het verwezenlijken van een aantal zaken. Tot slot willen wij zowel het ambulante centrum, de therapeutische gemeenschap, de Tipi als de onthaalafdeling bedanken dat zij ons onder hun vleugels hebben genomen. Wij hebben alvast veel van jullie geleerd, hopelijk jullie ook een beetje van ons...

*Lies Deckers,  
Annelies Delodder,  
en Katrien Goossens  
Laatstejaarsstudenten orthopedagogiek  
universiteit Gent*



## Blij jullie terug te leren kennen!

Ik kan mij niet precies meer herinneren wanneer ik besepte dat Kim drugs gebruikte. Het was zo rond de periode dat hij is gaan puberen en ik in Gent op kot zat. Wanneer ik in het weekend naar huis kwam had hij zich meestal met zijn “nieuwe vrienden” afgezonderd. Mijn ouders, Pieter en ik wisten eigenlijk niet goed welke houding we ons moesten aanmeten.

Zo zijn er veel jaren voorbij gevlogen. Telkens wanneer Kim werd opgenomen, vergezelde ik de rest van het gezin van instelling naar instelling en van teleurstelling naar teleurstelling.

Aangezien ik nog steeds in Gent op kot zat was het voor mij gemakkelijker om afstand te nemen van mijn thuissituatie. Het was vooral ons moeke die ten volle de zorgen en lasten op haar schouders droeg en toch nog de energie vond om met de rest van het gezin begaan te zijn. Voor al die sterke ouders heb ik enorm veel bewondering!

Het was ook moeke die ons keer op keer mobiliseerde om Kim te blijven steunen. Op een dag belde ze me op en vertelde dat Kim was opgenomen in “de Kiem”. Ik kan niet echt zeggen dat ik er toen veel vertrouwen in had. Waarom zou het deze keer wel lukken? De eerste weken gingen mijn ouders alleen op bezoek.

Na een tijdje ben ik Kim gaan opzoeken in het Onthaal en maakte ik kennis met een aantal bewoners, stafleden en ouders. De contacten met alle betrokkenen van “de Kiem” betekenen veel voor ons! Vanaf dan waren we op bijna alle ouderavonden aanwezig. We werden er steeds goed geïnformeerd over allerlei onderwerpen: de verschillende fasen in het programma, terugvalpreventie, het halfweghuis,... Verschillende begrippen die ons tot daarvoor compleet onbekend waren werden toegelicht. Er was ook steeds ruimte voor vragen.

Alhoewel iets later dan de andere bewoners, ging ook Kim over naar de therapeutische gemeenschap en doorliep met vallen en opstaan de verschillende fasen. Naarmate de tijd verstreek groeide het vertrouwen en verdwenen de grootste vooroordelen stilaan.

De familiegesprekken met Hilde hebben veel deugd gedaan. Deze waren zeker niet eenvoudig, maar ze hebben mijn oudste broer Pieter, Kim en mezelf doen inzien wat we aan elkaar hebben. Ook mijn ouders hebben, elk op hun eigen manier, heel veel gehad aan hun gesprekken met Kim onder begeleiding van Hilde.

De overgang naar het Halfweghuis verliep bij Kim ook met enige vertraging. Hij had in de T.G. het gevoel dat hij het allemaal gezien had. We moesten hem nogal aanmoedigen om in de laatste meters nog eventjes een tandje bij te steken!

In het begin was het voor ons allemaal spannend hoe het zou verlopen en hoe hij zou omgaan met nieuwe verantwoordelijkheden. Ondertussen heeft Kim werk gevonden bij de Post. Het zal nog steeds niet eenvoudig worden voor Kim, maar hij heeft dankzij de staf en de bewoners van “de Kiem” wel een bagage meegekregen waarmee hij zijn nieuwe kans ten volle kan benutten.

Eigenlijk kan je wel stellen dat we als gezin een nieuwe kans gekregen hebben en dit om mekaar terug beter te leren kennen en daar ben ik jullie allemaal oprecht dankbaar voor!

*Leen*



## Wist ik toen maar wat ik nu weet....

Het is niet meer omkijken naar het verleden, maar uitkijken naar een mooie toekomst...

Ik kreeg van het gerecht een kans: naar de gevangenis of een verplichte opname. Ik maakte de juiste keuze om te kiezen voor een programma; mijn eerste programma! Na mijn afkick te hebben ondergaan zat ik vol goede voornemens voor mijn verdere leven. Maar er was nog een hele weg af te leggen. Wat had ik schrik om naar een T.G. te gaan, dit kende ik niet. Iets nieuws schrikte me af.

Tijdens mijn programma besepte ik dat ik op een plaats was die goed was voor mij. Ik kreeg heel wat hulp van iedereen: medebewoners, begeleiding, familie en vrienden. Ik heb een enorme weg afgelegd met mijn ouders en zus, waarbij we vaak tegenover elkaar stonden na jaren van weinig contact en ruzie. Toch stonden ze altijd klaar voor me. Ik kan hen niet genoeg bedanken. Het was een hel geweest vroeger voor hen als moeder en zus. Ze zijn nu heel tevreden om hun dochter en zus terug te hebben zoals ze altijd gewild hadden.

Ik heb ook leuke mensen ontmoet buiten “de Kiem” – tijdens de sportles en op het werk – waarbij ik terecht kan. Ik heb veel spijt van hoe het vroeger is gelopen is. Wist ik toen maar wat ik nu weet.... Ik vond het de moeite, die 15 maand T.G., maar ik zorg ervoor dat het goed blijft lopen en dat het een les geweest is. Het was en is niet altijd simpel. Vaak is het knokken, maar met het nodige optimisme lukt alles als je iets wilt bereiken. Ik heb veel bereikt. Mijn programma zit erop, mijn graduatiefeest en mijn gerechtelijke voorwaarden zijn achter de rug en ik heb terug een blanco strafblad.

Ik ben terug begonnen met een gelukkig en clean leven met leuke interesses, veel sport, werken en toffe vrienden. Ik start nu een opleiding zorgkundige en heb zicht op werk in de sociale sector, ... de job van mijn leven. En ik wil nog veel meer bereiken.

Ik kan iedereen van de staf van Onthaal tot het Halfweghuis bedanken omdat elk op zich energie gestoken heeft in mij in gesprekken, groepen, therapie.... Dankjewel aan het team van “de Kiem”! Ook een woordje van dank voor iedereen die er staat voor mij als ik eens in de knoop lig met mezelf. Ik ben fier op mezelf dat ik in die vier jaar nog geen alcohol of drugs gebruikt heb, ondanks de tegenslagen die ik heb gekend. Ik ben gelukkig dat ik mijn leven in handen heb, beter dan ooit tevoren.

*Dinah*

*Ik ben terug begonnen met een gelukkig en clean leven met leuke interesses, veel sport, werken en toffe vrienden.*



# 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

Onderzoeken en bijsturen 2

## Proefzorg

Evaluatie twee jaar proefzorg 3

## T.G.-onderzoek

De activiteiten van behandeling in therapeutische gemeenschappen en de invloed op de persoonlijke groei en retentie van druggebruikers 7

## EuropASI

De psychosociale situatie van bewoners van “de Kiem” voor en na de behandeling 10

## Stage

Een blik achter de schermen 15

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

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, Katrien Van Damme

## Ambulante begeleiding

Jo Thienpont, Sylvie Pannecoucke,  
Maya Van Zelst, Krista Vanderstraeten,  
Sija De Koning

## 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

# de Kiem