

THERAPEUTISCH PROGRAMMA VOOR DRUGGEBRUIKERS



Jaargang 23 | januari, februari, maart 2015

4

Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



‘Jij alleen kan het, maar je kan het niet alleen’.

Twintig jaar geleden aanvaardde ik om secretaris te worden van de Europese Federatie van Therapeutische Gemeenschappen. In die functie heb ik ondertussen zeer veel verschillende Therapeutische Gemeenschappen kunnen bezoeken in Europa. Hoewel al deze organisaties werken volgens het model van de ‘Community as Method’ was er toch telkens iets nieuws, iets interessants te ontdekken. Bij het “European Monitoring center for Drugs and Drug Addiction” verscheen vorig jaar een rapport over de Therapeutische Gemeenschappen voor drugverslaafden in Europa.

Drie professoren van de vakgroep orthopedagogiek van de Universiteit van Gent hebben een inventaris opgesteld van de TG’s in Europa en meteen een bundeling gemaakt van het bestaande onderzoek naar deze specifieke behandelmethode. In dit tijdschrift geven we een samenvatting.

Na al die tijd besluit me soms het gevoel dat ik het allemaal nu wel gezien heb. Niets is minder waar. Eind vorig jaar had ik het geluk om deels in opdracht van de EFTC en deels in opdracht van De Kiem deel te nemen aan het jaarlijks congres van de Australische Therapeutische Gemeenschappen in Sydney. Een bijzonder boeiende ervaring. Naast mijn deelname aan het congres kon ik er ook nog vier TG’s bezoeken. De Australische TG’s zijn sterk georganiseerd en duidelijk vooruitstrevend. Ze zijn er bijvoorbeeld in geslaagd om de kwaliteit van het TG model te vertalen in een duidelijke standaard. Deze standaard is in Australië nu aanvaard als basis om een accreditering van de werking te bekomen. Niet alleen voor Therapeutische Gemeenschappen,

maar voor alle residentiële centra die werken met alcohol- en drugverslaafden.

Ook het Australisch onderzoek naar verslaving en de behandeling van drugverslaafden is van een hoogstaand niveau. Vooral het feit dat men er ruim en langdurig follow-up onderzoek kan realiseren spreekt tot de verbeelding. Een permanent onderzoeksinstituut rond verslaving is iets waar de drughulpverlening hier al lang om vraagt. Onderzoeksmatig kan een dergelijk permanent instituut ontzettend veel informatie opleveren waarop de behandeling van verslaafden kan worden bijgestuurd en kwalitatief worden verbeterd. In België moeten we het helaas meestal stellen met een opeenvolging van losse en kortdurende onderzoeksprojecten. Professor Maree Teesson van de University of New South Wales kon samen met haar onderzoeksgroep maar liefst 600 cliënten opvolgen gedurende 11 jaar. Een bijzonder interessant onderzoek!

Het blijft ontzettend boeiend om als Therapeutische Gemeenschap deel uit te maken van een internationale groep. Allemaal mensen met een zelfde missie: verslaafden helpen op weg naar herstel. De TG spreuk ‘Jij alleen kan het, maar je kan het niet alleen’ krijgt hier een internationale dimensie.

De getuigenissen van Eline en haar mama zijn om stil van te worden... Dit is een mooi voorbeeld van het feit dat de kost van een behandeling meer dan verantwoord is. Het heeft effect gehad op het geluk van een volledig gezin! Dit is het mooiste wat we als team van De Kiem kunnen terugkrijgen. Wat een voldoening! Wat een energieboost! Dankjewel.

Dirk Vandevelde
Directeur



Therapeutische gemeenschappen voor de behandeling van verslaafden in Europa.

In 2014 verscheen in opdracht van het 'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction' een rapport over de therapeutische gemeenschappen voor de behandeling van verslaafden in Europa. De auteurs Wouter Vanderplasschen, Stijn Vandevelde en Eric Broekaert gaan hierbij in op de definiëring, geschiedenis, verspreiding en effectiviteit van therapeutische gemeenschappen, het belang van 'service standards' en de uitdagingen voor de toekomst.

Wat is een therapeutische gemeenschap?

De term therapeutische gemeenschap wordt verbonden aan een verscheidenheid van behandelingsstradities en benaderingen die allen het idee delen om de relaties en activiteiten van een doelbewust ontworpen sociale omgeving of residentiële behandelingssetting te gebruiken om sociale en psychologische verandering te bewerkstelligen. TG's bieden een drugvrije omgeving waarbinnen personen met verslavingsproblemen (of andere problemen) samenleven op een georganiseerde en gestructureerde wijze met het oog op het bevorderen van verandering en het voor hen mogelijk maken van een drugvrij leven in de buitenwereld. Het belangrijkste onderscheidende kenmerk van de TG is het gebruik van de leefgemeenschap zelf als een fundamentele veranderingsfactor ('community as method'). Er zijn een aantal bepalende kenmerken van de 'community as method'-benadering, waaronder het gebruik van een verscheidenheid aan gestructureerde activiteiten waaraan zowel stafleden als bewoners verwacht worden deel te nemen en het gebruik van lotgenoten ('peers') als rolmodellen in het geven van een positief voorbeeld en in het demonstreren van hoe volgens de TG-filosofie en waarden te leven.

Geschiedenis van de therapeutische gemeenschappen.

Vanuit historisch oogpunt was de TG voor de behandeling van verslaving(en) een van de eerste behandelmethoden om een antwoord te bieden aan het opkomende heroïneprobleem in vele Europese landen in de jaren zestig. Waar de Europese TG's

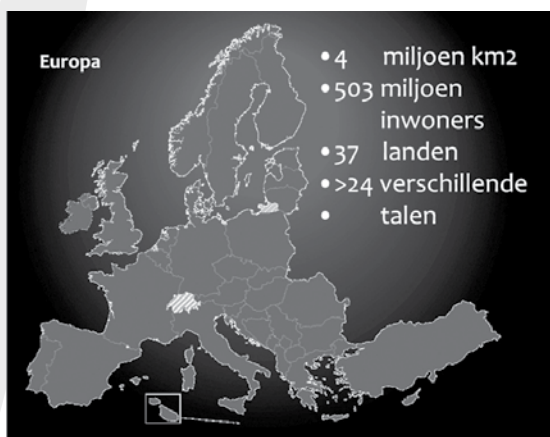
bij aanvang geïnspireerd werden door het Noord-Amerikaanse concept van (hiërarchische) TG's, hebben ze na verloop van tijd hun eigen identiteit ontwikkeld: de gedragsmatige benadering van de Amerikaans TG's werd aangevuld met Europese opvoedingstheorieën, psychoanalytisch denken, sociaal leren, de betrokkenheid van geschoolde professionals (in plaats van ervaringsdeskundigen die fungeren als stafleden) en een meer familiegerichte benadering. Ondanks een aantal gemeenschappelijke elementen kan er echter een substantiële heterogeniteit vastgesteld worden tussen de Europese TG-programma's.

Doorheen de jaren negentig, en grotendeels in antwoord op een veranderende omgeving met een groeiende interesse in programma's voor 'harmreduction' en nieuwe groepen van cliënten met nood aan een drugbehandeling, evolueerden vele TG's in Europese landen van een algemene lange termijn behandeling naar een korte termijn benadering in aangepaste vorm. Vaak wordt deze op maat gemaakt om een antwoord te bieden aan de noden van specifieke groepen van druggebruikers zoals druggebruikende vrouwen met kinderen, gedetineerde druggebruikers en personen met een psychiatrische stoornis bovenop hun drugprobleem.

Verspreiding en praktijk van de therapeutische gemeenschappen

Hoewel TG-programma's voor de behandeling van verslaving in de meeste Europese landen bestaan, is het gebruik van deze benadering niet gelijkmatig verspreid. In totaal werden er in Europa zo'n 1200

voorzieningen geïdentificeerd die TG-interventies gebruiken - waarvan twee derden in Italië. Waar het aantal programma's die de TG-benadering gebruiken in vele landen laag is (ongeveer vijf), blijkt de TG in de meeste Zuid-Europese landen en in sommige Oost-Europese landen de overwegende behandelingsmodaliteit te zijn. De capaciteit van de voorzieningen die een TG-programma aanbieden ligt tussen 15 en 25 bewoners. In de meeste landen ligt de beoogde behandelduur tussen 6 en 12 maanden.



De laatste jaren resulteerde een algemene Europese tendens naar het beperken van de financiering van lange termijn behandeling in een sluiting van een aantal TG-programma's en ook in een vermindering van de programmaduur en het aantal beschikbare bedden. Frankrijk is het enige land waar de TG-benadering in de behandeling van verslaving(en) de laatste jaren opnieuw werd ingevoerd. Daarnaast werden een aantal TG-programma's aangepast om behandeling te bieden aan specifieke groepen zoals drug-gebruikende vrouwen met kinderen (bijv. in België) en drugverslaafden met daarmee gepaard gaande psychiatrische stoornissen (bijv. in België, Tsjechië, Spanje en Polen). In een aantal landen (bijv. België) merken we nieuwe toepassingen in TG-programma's zoals een (op motivatie gerichte) onthaalafdeling voor de TG of ambulante nazorg voor TG-gradués die terug de overgang maken naar de maatschappij. In verschillende landen (bijv. Spanje, Polen, het Verenigd Koninkrijk) is het invoeren van gevangenis-TG's een relatief nieuwe fenomeen in het TG-werkveld.

De huidige bewijsbasis voor therapeutische gemeenschappen

De laatste drie decennia werd een hoop bewijsmateriaal ontwikkeld om de effectiviteit van de TG-behandeling voor verslaving te onderbouwen. Met het oog op het analyseren van de meeste recente onderzoeksgegevens werd een literatuuronderzoek uitgevoerd voor dit rapport, puttend uit 28 wetenschappelijke artikels over 16 randomised controlled studies of quasi-experimenten (allen in Noord-Amerika gevoerd) en 21 artikels over 14 observatiestudies (gevoerd in Europa). Uit dit onderzoek blijkt dat er enige bewijsvoering is voor de effectiviteit van de TG-behandeling op het vlak van verminderd middelengebruik en criminele activiteiten, althans in de Verenigde Staten. Een klein aantal studies wijst ook op een positief effect op tewerkstelling, sociaal functioneren en algemene geestelijke gezondheid.

Doorheen de controlled studies in de Verenigde Staten varieert de retentie in de TG-behandeling substantieel. Hoewel positieve behandelresultaten sterk correleren met het voleindigen van de behandeling, blijken TG's globaal gezien minder effectief dan andere interventies wat de retentie in de behandeling betreft. De beschikbare studies suggereren dat aangepaste – kortere of minder intensieve – TG-interventies een meerwaarde bieden tegenover de traditionele lange termijn TG-behandelprogramma's. Cliënten die de TG-behandeling volhouden halen hier winst uit op het vlak van verminderd druggebruik en abstinentie en ervaren langere periodes van drugsvrij functioneren na de behandeling dan diegenen die een reguliere behandeling volgen, geen behandeling of een aangepaste TG-behandeling.

Resultaatsonderzoek in Europa is beperkt tot observatiestudies en de conclusies zijn hier noodzakelijkerwijs eerder voorlopig, vanwege een verscheidenheid aan methodologische beperkingen. Globaal gezien echter spreken deze studies over positieve behandelresultaten gekoppeld aan een langer verblijf in behandeling of het voleindigen van de behandeling en bijna alle observatiestudies spreken van een vermindering van druggebruik en arrestaties en een betere levenskwaliteit (op sociaal vlak en gezondheidsvlak) bij TG-bewoners.

Een algemene conclusie die kan getrokken worden uit de Amerikaanse en Europese onderzoeken is dat personen in een gevangenis-TG lagere recidivecijfers tonen 12 maand na vrijlating dan gedetineerden die geen behandeling kregen of die aan andere diensten werden toegewezen. Bovendien werden er verminderingen vastgesteld op het vlak van her-arrestatie, recidive of detentieduur die aanzienlijk groter zijn dan de veranderingen in criminele activiteiten die door de controleorganen werden bereikt.

Service standards

De ontwikkeling en implementatie van evidence-based klinische richtlijnen en service standards (normen voor de dienstverlening) kunnen een belangrijke rol spelen in de processen van kwaliteitsborging en -verbetering. Het concipiëren van geschikte standards voor deze complexe en steeds veranderende therapeutische benadering blijft echter een uitdaging. Standards voor TG's kunnen minder operationeel zijn dan medisch gebaseerde behandelingsbenaderingen (bijv. substitutiebehandeling voor opiaten) en moeten reflecteren over het dagelijkse leven en de leeromstandigheden van bewoners in de TG. Het opleiden en in-service trainen van stafleden en regelmatige supervisie zullen helpen om de implementatie van service standards te verzekeren waar deze beschikbaar zijn. Niet alle Europese TG's hebben echter toegang tot nationale mechanismen voor kwaliteitscontrole en opportuniteiten zullen moeten benut worden om samenwerking en netwerking te ontwikkelen tussen TG's doorheen Europa – om zowel het delen van kennis als het doorgeven van best practices te verbeteren.

Toekomstige uitdagingen voor de therapeutische gemeenschappen

De laatste jaren is de TG 'community as method' uitgebreid om te beantwoorden aan de noden van specifieke populaties, en de toekomst van de TG kan afhangen van het zich succesvol richten naar domeinen waar men een positieve impact kan hebben aan een adequate kostprijs. Een groeiende nadruk op het beperken van de uitgaven zal vermoedelijk bijdragen aan een verdere inkorting van de geplande duur van TG-behandelperiodes.

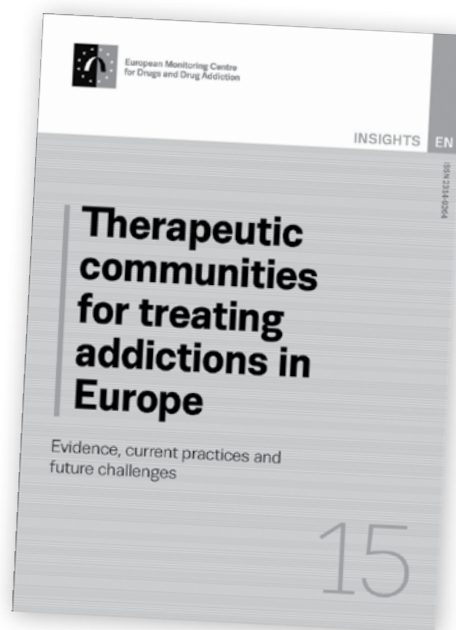
Bovendien zal vermoedelijk de rol van informele vrijwilligers en zelf-hulp-elementen toenemen ten koste van de professionele staf zoals in Noord-Amerikaanse TG-programma's. De manier waarop de kwantiteit en, nog belangrijker, de kwaliteit van de TG-interventies zullen onderhandeld worden zal vermoedelijk de belangrijkste factor zijn in het bepalen van hun toekomstige rol in de behandeling van verslaving.

**Wouter Vanderplasschen,
Stijn Vandeveld, Eric Broekaert**

European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction
**Therapeutic communities for
treating addictions in Europe.**
Evidence, current practices and future challenges.
Luxembourg Publications Office
of the European Union
2014 – 92 pp. – 21 x 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-683-4
doi : 102810/25291

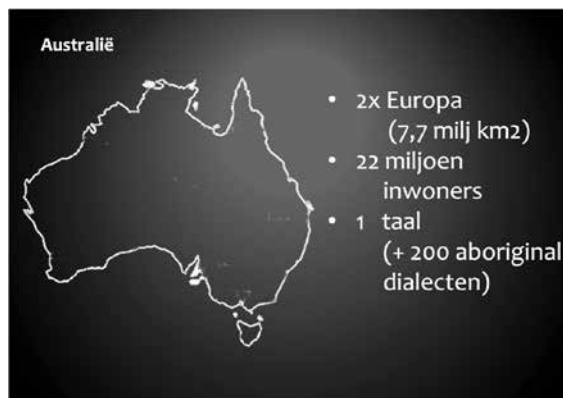
*Vertaling van de executive summary
door Dirk Calle, beleidsmedewerker*



Therapeutische Gemeenschappen voor drugverslaafden in Australië

In oktober 2014 ging het jaarlijks congres van de Australasian Therapeutic Communities Association door in Sydney, Australië.

De Therapeutische Gemeenschappen voor drugverslaafden in Australië en Nieuw Zeeland kennen een gelijkaardige ontstaansgeschiedenis en een praktisch identieke werking als vele Europese Therapeutische Gemeenschappen. Ongeveer zestig verschillende organisaties in Australië, Nieuw-Zeeland en Tasmanië hebben zich verenigd in de Australasian Therapeutic Communities Association. ATCA is vergelijkbaar met het Europese EFTC (European Federation of Therapeutic Communities). Alleen is Australië qua oppervlakte ongeveer dubbel zo groot als Europa en telt dit continent maar 22 miljoen inwoners tegenover zo'n 500 miljoen Europeanen. De voertaal in Australië is overduidelijk Engels, naast meer dan 200 Aboriginal dialecten. In Europa zijn er dan weer meer dan 22 verschillende officiële talen.



“Het model van de Therapeutische Gemeenschap (TG) richt zich op psychosociale thema’s. Dit gebeurt in een omgeving waarbinnen cliënten (peers) en professionelen (staf) fungeren als gidsen in het herstelproces. De TG functioneert als een katalysator en als een forum voor verandering.

De bewoners van de TG zijn verantwoordelijke voor de dagelijkse activiteiten van de TG. De professionele staf ondersteunt en superviseert dit proces. De leefgemeenschap van de TG is de veranderings-promotor. Er wordt gewerkt aan de sociale, psychologische en gedragsmatige componenten van een verslaving.”

James A. Pitts, ceo Odyssey House New South Wales.

De verblijfsduur in de 60 therapeutische gemeenschappen varieert van 6-18 weken tot 18 maanden. Er worden verschillende modellen gehanteerd: 12 stappen programma's, hiërarchisch gestructureerde TG's, familie therapie model, cognitief behavioristisch aanbod en combinaties van voorgaande. Maar alle centra werken volgens het uitgeschreven model van George De Leon : “Community as method”.

De allereerste TG in Australië werd in 1972 opgestart in New South Wales, nabij Sydney en kreeg de naam “We Help Ourselves” (WHO'S).

5 jaar later volgt Odyssey House, ook in New South Wales. In 1979 opent deze organisatie ook Odyssey House programma's in Melbourne, Victoria en in de Australian Capital Territory.



Daarna volgen nog andere programma's zoals Lyndon House in New South Wales, Banyon House in het Noorden, Logan House in Queensland, Cyrenian House and Palmerston House in Perth en nog vele anderen.

In 1985 organiseert de Commonwealth Government een groots opgezet drug-congres in Melbourne, Victoria. Verschillende workshops werden gehouden voor de verschillende bestaande behandelvormen voor drugverslaafden. Alleen voor de Therapeutische Gemeenschappen was er geen sessie voorzien. Omdat TG's nu eenmaal zelfhulp programma's zijn organiseerden ze dan maar hun eigen workshop in de lobby van het congrescentrum. Kort daarna werd ATCA opgericht als leerplatform voor de verschillende TG's in Australië en als belangenverdediging. Net zoals in Europa komt in het begin van de jaren negentig een sterke "harm reduction" beweging opzetten. Zeer laagdrempelige methadon onderhoudsprogramma's worden de 'politieke' voorkeursbehandeling. Ook spuitenuil programma's doen hun intrede. De Drugvrije Therapeutische Gemeenschap als behandelmodel wordt bijna systematisch genegeerd als een belangrijk onderdeel van een diversiteit aan behandelvormen. Het aantal doorverwijzingen naar TG's daalt en veel TG's hebben het moeilijk om te overleven. De kenmerken van de cliënten opgenomen in de TG's veranderen duidelijk. Uit een Studie van Odyssey House in de periode 1987-1997 bleek dat: het algemeen intelligentieniveau is gedaald, de bewoners meer criminele veroordelingen hebben, minder school hebben gevolgd, meer werkloosheid kennen en jonger zijn begonnen

met het gebruiken van illegale drugs.

De TG's in Australië hebben een aantal van de harm-reduction gedachten in die tijd overgenomen. Zo krijgen programma-verlaters nog altijd een "split kit" of een "leaving pack" mee. Zo'n pakketje bestaat uit steriele naalden (voor injecterende druggebruikers), ontsmettingsmateriaal, informatie over spuitenruilprogramma's, enkele condooms en telefoonnummers van verschillende centra voor drugverslaafden (residentieel en ambulante). Medische en psychologische ondersteuning voor cliënten met HIV werden een alledaagse realiteit voor de meeste TG's.

Eind de jaren negentig verandert de situatie voor de drugvrije Therapeutische Gemeenschappen terug merkbaar. Oorzaak hiervan is het feit dat er veel meer heroïne wordt verkocht en dat er meer heroïne gerelateerde overlijdens worden vastgesteld. Druggebruikers en familieleden van drugverslaafden vragen naar meer actie om het drugprobleem aan te pakken.

De Common Wealth Regering beval in die periode een evaluatie van de langdurige residentiële behandelprogramma's. Het onderzoek werd uitgevoerd door "Ernst en Young" in 1993. De onderzoekers komen tot de conclusie dat "langdurige residentiële behandeling een belangrijk en valabel aanbod is in de behandeling van cliënten met alcohol- en andere drugproblemen".

Dit onderzoek is in Australië een belangrijke mijlpaal in de erkenning van het model van de Therapeutische Gemeenschap voor drugverslaafden.



Met een nieuwe “National Illicit Drugs Strategy” (1997) worden de subsidies voor onder andere de drugvrije programma’s merkbaar verhoogd.

Ook in Australië is het model van de Therapeutische Gemeenschap verder geëvolueerd en aangepast om enerzijds tegemoet te komen aan de complexe problematiek van haar cliënten en anderzijds om meer te beantwoorden aan de specifieke noden en verwachtingen van hun cliënteel.

De Australian Treatment Outcome Study (ATOS) toonde dit duidelijk aan (Darke, 2003). In residentiële behandelcentra verblijven cliënten die significant meer voorafgaande behandelingen hebben gekend, op jongere leeftijd beginnen gebruiken zijn, meer verschillende soorten drugs hebben gebruikt en geïnjecteerd, meer overdosissen hebben gekend en veel meer zelfmoordpogingen hebben ondernomen en psychologisch problemen hebben in vergelijking met cliënten in methadon-programma’s of in afkickcentra.

Ondanks deze moeilijke populatie werd aangetoond dat de TG’s goed scoren wat betreft retentie (de behandeling niet onderbreken). Na een follow-up over 1, 2 en 3 jaar waren veel meer cliënten na een behandeling in een TG drugsvrij in vergelijking met methadon- en kortdurende detoxificatie-programma’s.

ATCA ontwikkelde zijn eigen “peer review process” in 1989. Dit is een systeem waarbij TG’s elkaars werking beoordelen om zo te beantwoorden aan de minimale standaarden van zorg.

In 1996 werd de “Peer review Manuel” geactualiseerd en in 2013 werd dit systeem naar een hoger niveau gebracht.

De “ATCA standard for therapeutic communities and residential rehabilitation services” is nu een officieel erkend accrediteringssysteem. In een ander artikel gaan we hier uitvoeriger op in.

Ook al is het model van de Therapeutische Gemeenschap een model dat wereldwijd wordt toegepast, het is toch telkens weer boeiend om de kleine verschillen te bestuderen.

De Australische TG’s zijn op dit moment duidelijk toonaangevend en inspirerend. Het model is goed verspreid over het continent, hun capaciteit bedraagt 10 tot 100 plaatsen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen alcoholverslaafden en drugverslaafden. Beiden gaan door hetzelfde programma. Er is geen maximum leeftijd bepaald voor opname.

Tijdens het congres werd er heel veel aandacht besteed aan tabakverslaving. Bijna alle cliënten in TG’s roken sigaretten. Ook dit is een verslaving. Het uitgangspunt is dat drugverslaafden die ook hun verslaving aan sigaretten kunnen overwinnen veel sterker staan om niet te hervallen in gebruik. Na een jarenlange voorbereiding hebben verschillende TG’s zelfs de beslissing genomen om volledig rookvrij te worden. Op hun campussen rookt dus niemand meer.

Het aantal cliënten per TG varieert sterk. Vooral de grotere TG’s slagen er zeer goed in om het model van de TG maximaal toe te passen en heel veel verantwoordelijkheid bij de cliënten te leggen. Oudere bewoners leiden daar bijvoorbeeld autonoom gespreksgroepen.

Dirk Vandevelde
Directeur

Therapeutische Gemeenschappen in New South Wales (in de omgeving van Sydney)

de
kiem

WHOS: helping people help themselves

Eerste TG in Australië, 1972.

Prachtig (openbaar) domein met verschillende huizen en verschillende programma's:

- Crisis en ontwenning,
- TG voor methadoncliënten (maintenance) 4 maanden (dosereren en verstrekken op terrein, controle op eventuele dubbele verstrekking via irisscan)
- TG (clean): 1x vrouwen, 1x mannen
- TG specifiek ifv afbouw methadon.

Alle programma's zijn gelegen op 1 groot terrein met een centrale grote keuken en eetruimte waar alle bewoners uit de verschillende programma's samen komen eten.

Geen vaste encountergroepen: de nadruk ligt op het zelf oplossen van conflicten (zoals aangeleerd). Als dat niet lukt wordt een groep met de peers georganiseerd, helpt dit nog niet dan komt een professioneel staflid de groep assisteren.



William Booth House:

Afkick en 12 stappen model, sterk christelijk geïnspireerd. "Bridge program": 80 bedden.

Daarnaast verschillende andere programma's: bestaan voornamelijk uit de klassieke 12 stappen sessies en werken.



Ted Noffs Foundation

Gestart in 1977.

Crisiscentrum en afkick.

TG met 80 bedden.

Moeder en kind unit (elk eigen ruimte, maar gemeenschappelijke living en keuken, meer controle, zelfs camera's.).

Bewoners doen zonder staf meerdere groepen per week (per afdeling/per niveau...).

Bewoners uit TG helpen in crisiscentrum:

fase 2 = materieel verantwoordelijk (opmaken bedden, gezonde voeding,...),

fase 3 = verantwoordelijk voor mensen en noden.

Het programma is meer van de bewoners.



Staf = "trained drug counselors": groepen leiden, cognitief behavioristische therapie programma's etc...

Odyssey House

TG voor minderjarigen (14-18 jaar), 12 – 14 bedden, 18 stafleden.

Gemengd programma, maar 2 aparte woonhuizen naast elkaar voor jongens en meisjes.

Volledig rookvrij!



Longitudinale patronen van heroïnegebruik.

Een longitudinaal cohort onderzoek

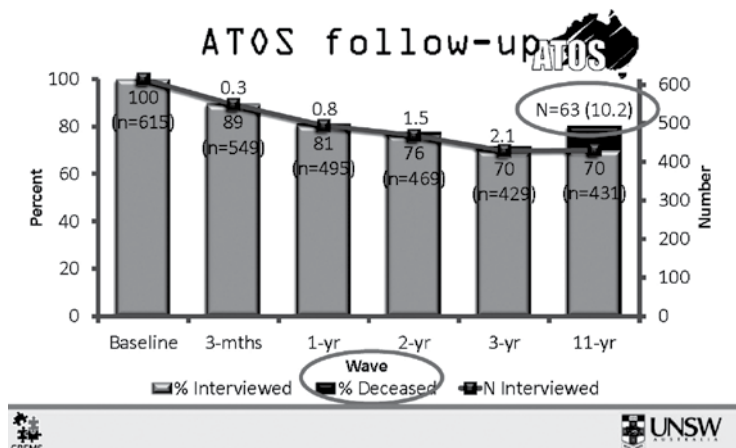
Prof Maree Teesson deed samen met haar ploeg onderzoekers een zeer interessant longitudinaal cohort onderzoek naar heroïnegebruikers in het kader van het ATOS programma (Australian Treatment Outcome Study).

Zij startten in 2001 met een groep van 615 heroïnegebruikers en deden een follow-up studie over drie jaar. Met een nieuwe onderzoeksbeurs hebben ze dezelfde groep heroïnegebruikers nu recent opnieuw kunnen interviewen. Een bijzonder interessante studie over een periode van 11 jaar! In 2011-2012 is in Australië heroïne de belangrijkste illegale drug met 65952 heroïneverslaafden die behandeling zochten voor hun verslaving.

De groep heroïneverslaafden die deelnamen aan het onderzoek (N=615) had aan het begin van het

onderzoek volgende kenmerken: 66% mannen, gemiddeld 29 jaar, heroïne afhankelijk, bijna 10 jaar gebruik van heroïne met daarbij gebruik van gemiddeld 5 verschillende soorten drugs, 87% was op het moment van het onderzoek in behandeling. Ook opvallend: 1 op vier kampt met een depressie en bijna 30% kampt met een acute posttraumatische stress stoornis.

Van de 615 oorspronkelijke deelnemers kunnen de onderzoekers, er na 1 jaar 495 (81%) opnieuw interviewen. Na 2 en 3 jaar zijn dat er nog respectievelijk 469 (76%) en 429 (70%). Opmerkelijk, na 11 jaar slagen de onderzoekers erin om minstens evenveel deelnemers terug te vinden en te interviewen: 431 (70%). Na 11 jaar is bovendien reeds 10% van de onderzoeksgroep overleden.





Professor Maree Teesson van het “Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use (CREMS) en het National Drug and Alcohol research Centre (University of New South Wales).

Op basis van het eerste deel van dit onderzoek kon het volgende geconcludeerd worden:

- 15,3 meer dagen zonder heroïnegebruik per maand na 1 jaar: dit is een verbetering met 76%
- 55% verbetering op vlak van abstinentie
- Een daling met 52% in het aantal deelnemers die in de voorafgaande maand een misdaad pleegden.

De onderzoekers wilden dit onderzoek graag verder zetten om een antwoord te kunnen formuleren op de volgende vragen:

- Wat gebeurt er op langere termijn met mensen met een heroïneverslaving. Is het resultaat na 1, 2 of 3 jaar een constante?
- Zijn er indicatoren die kunnen voorspellen wat er waarschijnlijk zal gebeuren met deze heroïnegebruikers?

In onderstaande tabel zijn de kenmerken van de onderzoeksgroep na 11 jaar opgelijst:

Wat opvalt uit deze cijfers is dat de helft van de groep na 11 jaar nog steeds één of andere vorm van behandeling volgt voor zijn verslaving, dat het gebruik van heroïne zeer sterk gedaald is (van 98,7% naar 24,8%) en dat het aantal deelnemers dat hoofdzakelijk leeft van een inkomen uit misdaad ook zeer fel is afgenomen.

Het staat niet vermeld in deze tabel, maar de onderzoekers stelden ook vast dat 27% aangaf geen enkele illegale drug te hebben gebruikt in de voorbije maand.

Door een verdere analyse van deze gegevens onderscheidt de onderzoeksgroep 6 patronen in het gebruik van heroïne over 11 jaar.

ATOS participants at baseline and 11 years

	Baseline (N=615)	11-years (N=431)
% Male	66.2	64.5
Mean age	29	40
% Crime main source of income	23.9	2.1
% Used heroin in past month	98.7	24.8
% Heroin dependent	97.6	15.1
Mean number of drug classes used	4.9	3.2
% In current treatment for opiate dependence	87.0	46.6
% Major depression	24.6	20.9



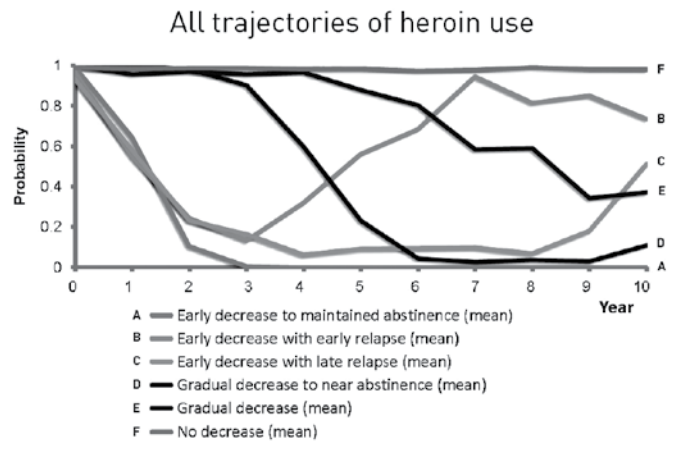
Patronen	%
1 Vlug verminderen en blijvend abtinent	16,2
2 Vlug verminderen, vlug hervallen	7,1
3 Vlug verminderen, laat hervallen	14,4
4 Geleidelijke vermindering tot bijna abtinent	19,1
5 Geleidelijke vermindering	21,5
6 Geen vermindering (= blijvend gebruiken)	21,7

Hiernaast zie je deze patronen in grafiek weergegeven:

Indien het onderzoek was stopgezet na drie jaar, dan ging de conclusie in verband met de gebruikerspatronen er helemaal anders uitgezien hebben. Als je in de voorafgaande grafiek een streep trekt op 3 jaar, dan kun je hooguit 2 patronen onderscheiden: een groep die vrij vlug stopt met gebruiken en zo goed als clean blijft en een groep die niet stopt met gebruiken. Deze studie toont duidelijk aan dat de realiteit helemaal anders is en dat het noodzakelijk is om een uitgebreid behandelaanbod te hebben dat niet beperkt wordt in de tijd. Deze patronen bevestigen de chroniciteit van een verslaving en het feit dat toegankelijkheid tot professionele hulp op verschillende tijdstippen in iemands verslavingspatroon noodzakelijk is. Het toont ook aan dat streven naar abtinentie een lang en wisselvallig proces kan zijn. Het is in elk geval haalbaar ook voor wie op het eerste zicht niet wil verminderen met het gebruiken van heroïne.

De resterende vraag was dan of het ook mogelijk is om gebruikerspatronen te voorspellen.

Een hele groep kenmerken bleek absoluut geen voorspellende waarde te hebben: Sekse, scholing, inkomen, dakloosheid, veroordelingen, soorten



drugs in de afgelopen maand of geen druggebruik in de afgelopen maand, voorgeschiedenis van intraveneus druggebruik, algemene, fysieke en mentale gezondheid, borderline persoonlijkheidsstoornis, posttraumatische stress stoornis, depressie, ooit een zelfmoordpoging gepleegd, gevolgde vormen van behandeling en of iemand nu in behandeling is.

Slechts 5 eigenschappen blijken een voorspellende waarde te hebben:

Voor de niet onbelangrijke groep (21,7%) die helemaal niet stopt met het gebruiken van heroïne konden geen voorspellende kenmerken worden gevonden.

Verder onderzoek is nodig om na te gaan op welke manier welke soort behandeling een invloed heeft op iemands gebruikerspatroon. En natuurlijk blijft het interessant om het onderzoek verder te zetten en na te gaan welke patronen er zich ontwikkelen als de onderzoeksgroep nog ouder wordt.

Dirk Vandevelde
Directeur

Eigenschappen met voorspellende waarde	Hoogst waarschijnlijk is dit het gebruikspatroon:
Ouder dan 30 jaar	Vlug verminderen en blijvend abtinent
Minder dan 10 jaar gebruik	Vlug verminderen, vlug hervallen
Ooit een overdosis gehad	Geleidelijke vermindering tot bijna abtinent
Ernstige mentale beperking	Vlug verminderen, vlug hervallen
Ooit seksueel misbruikt	Vlug verminderen, vlug hervallen Vlug verminderen, laat hervallen Geleidelijke vermindering tot bijna abtinent

De ATCA standaard.

Therapeutische Gemeenschappen bestaan reeds 40 jaar in Australië, maar tot 1985 werkte elke TG vrij geïsoleerd. Pas na de Nationale campagne tegen Drug misbruik in 1985 komt daar verandering in.

Het jaar daarop ontmoeten de directeurs van de verschillende TG's elkaar tijdens een vergadering in Odyssey House, Melbourne. Ze richtten de Australian Therapeutic Communities Association op om de TG beweging in Australië verder samen vorm te geven. In 1996 sluiten de TG's uit Nieuw-Zeeland hierbij aan en wordt de naam veranderd in Australasian Therapeutic Communities Association (ATCA).

Een grote bezorgdheid van de ATCA was de implementatie van een programma voor voortgezette kwaliteitsbevordering en daarmee samengaan een evaluatieproces om enerzijds de kwaliteit van de aangeboden hulpverlening in TG's te verzekeren en anderzijds de juiste toepassing van het model van de therapeutische gemeenschap te garanderen. Een eerste "peer-review" handleiding werd ontwikkeld, geïnspireerd op evaluatieprocessen ontwikkeld door verschillende andere expertencommissies waaronder de "Quality Improvement Council", het "Drug and Alcohol Review System", de standaards voor Residentiële Behandelcentra ontwikkeld door de Wereld Federatie van Therapeutische Gemeenschappen en de Standaards voor Residentiële Voorzieningen zoals ontwikkeld in New South Wales. Tot 2001 werden er op systematische wijze "peer reviews" gehouden op basis van deze handleiding.

De ATCA slaagde er in om subsidies te verwerven in het kader van de Australische National Drug Strategy met als doel de kwaliteit in het toepassen van het TG model nog verder te verzekeren.

Dit leidde tot een document genaamd: "The ATCA Essential Elements". Deze "Essential Elements" omschrijven wat je kan verwachten als je een Therapeutische Gemeenschap bezoekt in Australië of Nieuw-Zeeland. In deze tekst worden 21 kenmerken opgesomd in verband met de TG-ethiek, 50 kenmerken in verband met het op de juiste manier organiseren van het programma en 8 kenmerken die verband houden met kwaliteitsgarantie.

Ondanks dit werk wilde de ATCA nog verder gaan. Zij voelden duidelijk de nood om een volledig uitgewerkt kwaliteitskader voor Therapeutische Gemeenschappen te ontwikkelen.

Dit kwaliteitskader moet de goede praktijk beschrijven en de evaluatie van voorzieningen mogelijk maken binnen dit kader. Daaraan gekoppeld wou ATCA een training ontwikkelen voor de professionele ontwikkeling van het bestuur en het personeel tewerkgesteld in de sector van de Therapeutische Gemeenschappen.

In 2009 werd deze "ATCA Standard" uitgegeven en vanaf 2010 gebeurden de "Peer Reviews" op basis van deze Standard. Deze Peer reviews werden uitgevoerd door teams getraind door ATCA en toegevoegde experten omwille van hun tijd tewerkgesteld in en hun engagement ten aanzien van de TG beweging in Australië.

Vanaf dan wordt gestart met de certificering van de standaard (normering, kwaliteitsbepaling, maatstaf, waardebeoordeling, klasse...) samen met de Joint Accreditation System of Australia en Nieuw-Zeeland. De Standard werd ook gelinkt aan het ISO 9001 label en werd waar nodig aangepast om te kunnen dienen voor het breder werkveld van de residentiële alcohol- en drughulpverlening. Dit betekent dat residentiële organisaties nu (als ze dat willen) met het doorlopen van 1 evaluatie van hun werking op basis van de TG Standard (kwaliteitslabel) de vereiste accreditering kunnen bekomen. Omdat niet iedereen wil of kan voldoen aan de volledige set van standaards, werd het deel dat betrekking heeft op



de werking van een therapeutische gemeenschap, waar vaak wordt naar verwezen als de “Community as Method” (George Deleon), ontwikkeld als een apart en alleenstaand evaluatie instrument.

Er zijn nu dus 2 niveaus van accreditering:

- 01) Een accreditering voor een residentiële behandelcentrum
- 02) Een accreditering voor een therapeutische gemeenschap

Het eerste niveau van de kwaliteitsstandaard laat een organisatie toe om een accreditering te bekomen ten opzichte van een set van indicatoren die direct toepasbaar zijn voor residentiële behandelcentra voor alcohol en drugverslaafden. Om deze accreditering te bekomen moeten de centra een score van 80% behalen op de eerste 6 criteria benoemd als essentieel.

Met het tweede niveau van indicatoren kunnen centra een accreditering behalen als Therapeutische Gemeenschap. Ook hier moet 80% van de criteria gemarkeerd als essentieel worden behaald (13 criteria).

De essentiële criteria houden verband met beleidsaspecten en procedures die moeten aanwezig zijn en met de manier waarop een organisatie zich identificeert met het model van de therapeutische gemeenschap.

De kwaliteitsstandaard omvat 13 criteria of indicatoren:

Niveau 1 : residentiële behandelcentrum voor alcohol- en drugverslaafden.

- 01) Normen, regels en waarden van de instelling
- 02) Participatie van de cliënt (bewoner)(handboeken, patiëntenrechten...)
- 03) Strategisch human resource management (keuze stafleden, diversiteit, staff training ...)
- 04) Informatiebeleid en beheer, cliënten dossiers,...
- 05) Gezondheid en veiligheid op de werkplek
- 06) Gezondheids- en schadebeperkend beleid, individuele behandelplannen

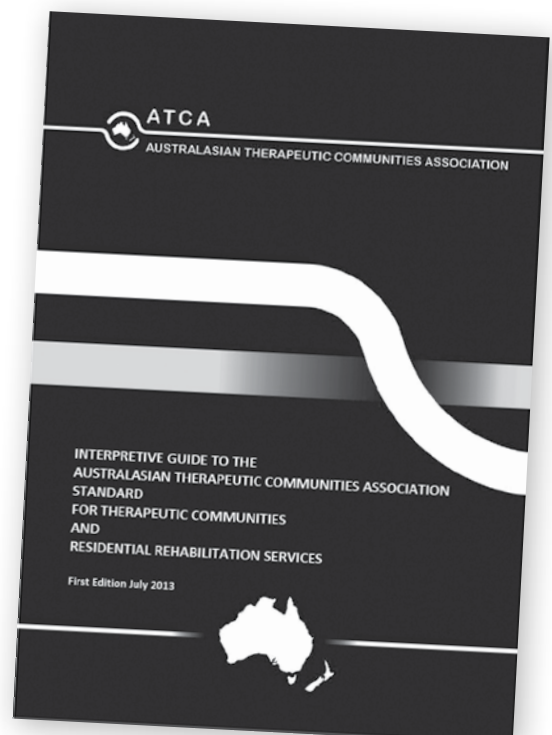
Niveau 2: Therapeutische Gemeenschap

- 07) “Community as method” : De therapeutische gemeenschap als methode
- 08) TG leiderschap en beleidsprincipes
- 09) TG cliënt participatie
- 10) TG strategische human resource management : aandacht voor ex-gebruikers in het team
- 11) Het omgaan en opvolgen van cijfergegevens uit de TG
- 12) Regels in de TG
- 13) Voortdurende kwaliteitsbevordering

Een voorbeeld hiernaast van hoe de criteria zijn uitgeschreven.

Het resultaat van dit werk door de Australische TG's is ontzettend belangrijk en inspirerend voor TG's wereldwijd. Het zou mooi zijn om dit ook in Europa te kunnen realiseren. De moeilijkheid hier in vergelijking met Australië is dat we in Europa moeten werken in een realiteit met zoveel verschillende autonome landen en dus evenveel wetgevingen en meer dan 24 verschillende talen. Een heuse opgave dus. Misschien moeten we klein beginnen en dit bijvoorbeeld wel aanpassen aan de Belgische situatie.

Dirk Vandevelde
Directeur



PERFORMANCE EXPECTATION 1: The Residential Community.**Performance Expectation 1.1: Rules and values in the organisation****Essential Criteria**

- a. *The organisation has processes in place that demonstrate how the community resident members are informed of the organisation's underlying values and principal rules at assessment and/or prior to admission.*
- b. *The organisation can demonstrate how the community member is supported throughout the program to understand the underlying values of the organisation.*
- c. *The organisation can provide evidence of processes in place that outline the activities associated with a breach of rules and the rationale behind the application of consequences for any breaches.*

About this Standard: Clear and consistent rules assist the individual in establishing or renewing personal values.

Criteria	Guidance	How this might be substantiated
To achieve accreditation, organisations will need to meet the essential criteria		
a. The organisation has processes in place that demonstrate how the community resident members are informed of the underlying values and principal rules at assessment and/or prior to admission.	ATCEE Statement No 3: Recovery from drug addiction requires establishment or renewal of personal values, such as honesty, self-reliance, and responsibility to self and others	The reviewer will ask the resident group how they came to know the principal rules and underlying values prior to admission. The reviewer will take note of policy and procedure in relation to this as well as any information provided in written form to potential residents
b. The organisation can demonstrate how the community member is supported throughout the program to understand the underlying values and principal rules of the organisation	Clear and consistent rules are desirable in any service organisation. Combined with the principles and values of right living there is an obvious need for transparency of such rules	The reviewer will take note of the written program, policies and procedures. The reviewer will interview the staff and the residents asking them how the underlying values and principal rules are re-iterated throughout the program.
c. The organisation can provide evidence of processes in place that outline the activities associated with a breach of the organisation's rules and the rationale behind the application of consequences for any breaches	In relation to rules, De Leon (2000: p 224) categorises them into "cardinal" rules, "major" rules, and "house" rules. The Australasian TC sector representatives often preferred the term "principal" rules instead of cardinal rules. De Leon (2000: p 225 - 229) proposed different disciplinary actions for violations of different rules.	The reviewer will take note of policies and procedures relating to breaches of rules and consequential actions. The reviewer will interview the staff and residents asking them how the processes operate.

Drugpunt Assenede-Evergem

Vanaf 1 april gaat er in de politiezone Assenede-Evergem een nieuw Drugpunt van start. Laura Leroux wordt de nieuwe drugpreventiewerker gedetacheerd vanuit De Kiem.



In 2004 richtten de vier gemeenten Evergem, Lochristi, Zelzate en Assenede gezamenlijk de drugpreventiedienst ELZA op. Eind 2012 stapte de gemeente Lochristi uit dit samenwerkingsverband. De drie andere partnergemeenten maakten in het kader van de opmaak van hun beleidsplan een grondige evaluatie op van de situatie, waarna ook Evergem uit de samenwerking stapte en Drugpunt ELZA feitelijk ophield te bestaan vanaf 1 juli 2013.

De Gemeenten Assenede en Evergem beslisten recent opnieuw een drugpreventiedienst op te starten en gingen daarvoor op zoek naar samenwerking met een bestaande organisatie voor detachering van een halftijds drugpreventiewerker. Ze werden hierbij wellicht geïnspireerd door de politiezones Rhode-Schelde en Wetteren-Wichelen-Laarne die voor hun Drugpunten samenwerken met De Kiem, respectievelijk sinds september 2005 en sinds oktober 2013.

Na een openbare aanbesteding werd de offerte van De Kiem weerhouden en kon Laura Leroux worden aangeworven als nieuwe drugpreventiewerker voor



Assenede-Evergem. Laura Leroux is maatschappelijk werker van opleiding en momenteel (sinds 2012) werkzaam als halftijds preventiewerker drugs op de Dienst Samenleving en Integrale Veiligheid van de Stad Aalst. In 2012-2013 werkte ze aanvullend ook halftijds als intergemeentelijke drugpreventiewerker op het Drugpunt INDRA. Deze dienst werd echter opgedoekt. Laura is vertrouwd met de verschillende methodieken binnen preventie en vroeginterventie en kent de preventiewerkers van de andere drugpunten.

Naast de lokale stuurgroep (met de leden van het politiecollege, de preventiewerker, een vertegenwoordiger van de provincie en een verantwoordelijke van De Kiem) zal Laura in haar werkzaamheden worden geadviseerd en ondersteund door het preventieteam binnen De Kiem. De andere leden van dit team zijn Christophe Vanhuysse (deeltijds preventiewerker in Rhode-Schede en deeltijds in Wetteren-Wichelen-Laarne), Mark Heremans (deeltijds preventiewerker in Rhode-Schelde), Jo Thienpont (verantwoordelijke van de ambulante werkingen) en Dirk Calle (beleidsmedewerker). Binnen dit team kunnen alle

actieplannen, klinische en strategische zaken worden besproken. Dit team beschikt over de nodige ervaring, enerzijds wat preventie en vroeginterventie betreft en anderzijds wat drughulpverlening betreft. Deze ondersteuning en omkadering vanuit de drughulpverlening vormt een duidelijke meerwaarde voor de drugpreventiedienst.

De Kiem onderschrijft voor de werking van bovenstaande Drugpunten de visie en strategie van het Provinciaal Steunpunt Lokaal Overleg en Vroeginterventie. Dit steunpunt is een samenwerkingsverband van de Provincie Oost-Vlaanderen met CGG Eclips. Het Steunpunt ondersteunt de werkvormen lokaal intersectoraal drugoverleg en vroeginterventie binnen de Provincie Oost-Vlaanderen en streeft naar een kwaliteitsvolle regionale spreiding ervan. Met het oog op een goede samenwerking opteert De Kiem er voor het Steunpunt te betrekken bij de selectie van de nieuwe drugpreventiewerker en bij de opstart van het nieuwe Drugpunt.

Dirk Calle
Beleidsmedewerker



Ze was nog zo jong...

Eline was tijdens haar kinderjaren een zeer creatief, lief, verstandig en levendig kind.

Als oudste van 3 misschien een beetje dominant en jaloers, maar dat gebeurt wel meer binnen de rangorde van een gezin. Als het er op aan kwam, ging ze wel door een vuur voor haar broer en zus. Een zorgeloos kind? Enerzijds ja, ze groeide op in een gelukkig en harmonieus gezin. Anderzijds zagen we ook dat Eline een ‘binnenvetter’ was; ze dacht over alles heel hard door waardoor ze wel eens angstig en onzeker kon zijn.

Vanaf ze naar het middelbaar ging, begon ze te veranderen. Ze zette zich heel demonstratief af tegen alles en iedereen die maar een beetje autoriteit had. Dus ook tegen ons en op school. Haar resultaten gingen zienderogen achteruit.

Eerst dachten we: dat is de puberteit; maar het ging van kwaad naar erger... Ze verloor haar interesse in haar hobby's. Waar was ons creatief en levenslustig kind naartoe? Was ze ongelukkig? We probeerden haar te helpen, zochten psychische hulp, tevergeefs.

Het was voor ons schrikken toen we voor de eerste keer op het politiekantoor ontboden werden: snuiven van aanstekersgas!? Stelen op school. Later, op 15-jarige leeftijd werd ze betrapt met cannabis op school. Toen heeft ze ons opgebiecht dat ze al vanaf haar 13de gebruikte en nog geen klein beetje ook. Eén en ander begon voor ons nu duidelijker te worden. Alleen wisten we niet waarom!

Enfin, het ging van kwaad naar erger. Ze was vrij snel verslaafd, voor wij weet hadden van haar gebruik. Ze gebruikte verschillende soorten drugs. Het hele gezin leed eronder.

Via de jeugdrechter hebben we haar enkele verplichte opnames kunnen laten doen in instellingen voor jongeren met een verslavingsproblematiek. Alhoewel deze mensen zeer goed werk verrichtten en bij haar al iets begon door te dringen, was dit voor haar te soft. Ze draaide iedereen rond haar vinger, speelde het spel mee, met één doel: zo snel mogelijk buiten om terug te kunnen gebruiken.

Om een lang verhaal kort te maken, dat spelletje van hoop op beterschap en telkens weer zware teleurstelling heeft geduurd tot we een zeer drastische beslissing hebben genomen: we laten je los, beslis maar zelf wat je doet nu, we zullen je blijven steunen

maar niet meer onder ons dak. Dit was een beslissing waar ik het als mama nog steeds moeilijk mee heb, het heeft mijn hart gebroken. Ze was nog zo jong...

Maar kijk, vanaf toen is het de goede richting uitgegaan. Ze heeft toen zelf ondervonden dat ze hulp nodig had. Helemaal op eigen initiatief is ze dan via enkele omwegen en nog enkele malen hervallen bij De Kiem terechtgekomen. Wat zijn we deze mensen dankbaar!

In het begin had onze dochter het heel moeilijk daar. Als zeer jong meisje tussen al die volwassenen. Maar ze kreeg de tijd. Tijd om zichzelf te leren kennen, tijd om te leren voelen en deze gevoelens onder woorden te brengen (wat voor haar geen evidentie was). Tijd ook om de wonden uit het verleden te laten helen. Om stilaan de band met ons terug op te bouwen. Ook met haar zus, die ondanks alles steeds voor haar heeft klaargestaan. En haar broer, die door zijn jonge leeftijd veel moeite had om alles te plaatsen. Het is wonder boven wonder allemaal goed gekomen mede dankzij de goede zorgen van de mensen van De Kiem. Meer nog, wij (mijn man en ik) denken dat onze kinderen door dit hele helingsproces een zeer bijzondere band met elkaar hebben.

We werden als gezin heel nauw betrokken bij de leefwereld van Eline en De Kiem. We hadden nooit het gevoel tot iets geforceerd te worden. Integendeel, ook wij kregen de tijd die we nodig hadden.

We zagen Eline vooruitgaan, met vallen en opstaan. We hebben met grote bewondering mogen toezien hoe ze zich steeds sterker maakte en hoe ze zowel in de TG, als in het halfweghuis en tijdens de ambulante begeleiding stap voor stap is uitgegroeid tot de prachtige, terug levenslustige en zelfstandige jonge vrouw die ze nu is.

Ze woont nu samen met haar lieve partner Jorinde, met wie ze heel gelukkig is. Ze heeft een studie gevonden die haar ligt en waar ze goede resultaten haalt. Ze geniet van het leven zonder drugs en wij zijn trots op haar!

Wat kunnen we nog meer wensen? Dat ze in dezelfde richting blijft evolueren, ze heeft nog een mooi leven voor zich!

Een warme dankjewel aan het hele team van De Kiem!

Isabelle, de mama van Eline

“ Door het leren kennen en hanteren van andere waarden en normen in De Kiem, heb ik enorm veel opgebouwd. ”

“Life is what you make of it !”

Toen Isabelle mij vroeg of ik het zag zitten dit artikel te schrijven, raasden er meteen van alle woorden door mijn hoofd: drugs, familie, verleden-heden-toekomst, banden scheppen, relaties onderhouden, verandering, stevig in mijn schoenen staan, eerlijkheid, vertrouwen, volwassenheid... en ga zo maar door.

Toch wist ik niet goed hoe ik er moest aan beginnen en twijfelde ik aan mijzelf. Zou dit artikel wel goed genoeg zijn, wat gaan de anderen van mij denken als ze dit artikel lezen, enz,.... Ik stelde het schrijven even uit en begon te denken. Ik zat in mijn onzekerheid, daar was ik mij van bewust. Wat doe ik best als ik in mijn onzekerheid zit?: mijzelf moed in praten, de angst niet voeden, aan het artikel beginnen en opschrijven wat er in mij opkomt, op een eerlijke manier want dat is goed.... dat is goed genoeg. En dat deed ik ook. Ik begon dit artikel te schrijven en het gaat nog steeds vlot, heel vlot. Goed van mijzelf dat ik zo heb stilgestaan bij hoe ik het ging aanpakken. Want dat is toch wel een van de belangrijkste dingen die ik geleerd heb in De Kiem: bewust leven.

Met bovenstaande voorbeeld wil ik aantonen dat het ook anders had kunnen lopen, indien ik andere keuzes had gemaakt. Ik had mij naar beneden kunnen trekken, ik had kunnen denken: “Een artikel schrijven voor het kientijdschrift, ik denk dat ik dat beter toch niet doe. Het gaat niet goed genoeg zijn. Ik kruip beter weg. Als ik het artikel niet schrijf, kan ik ook niet falen”. Maar dat deed ik niet. In plaats daarvan koos ik ervoor om stil te staan, om na te

denken over mogelijkheden en consequenties, uitgaande van de gedachtegang: “Wat is het beste voor mij?”

En dat is voor mij het belangrijkste dat ik geleerd heb in De Kiem. Want in deze situatie, zouden de consequenties van mijn handelen misschien niet tot een terugval hebben geleid, maar dat doen ze in andere situaties wel.

Vroeger dacht ik niet na over mijn handelen, ik leefde er op los, waardoor ik in een neerwaartse spiraal belandde van drugs, negativiteit, het verliezen en pijn doen van familie en vrienden, tot verschillende opnames in jeugdinstellingen toe. Tot ik de keuze maakte om het programma van De Kiem te volgen. Door het leren kennen en hanteren van andere waarden en normen in De Kiem, heb ik enorm veel opgebouwd. Ik heb terug een goede band met mijn familie, ik ga terug naar school en woon zelfstandig. Ik heb nieuwe, echte vriendschappen opgebouwd en ik heb al 1,5 jaar een gezonde, stabiele relatie met het meisje van mijn dromen én ik zorg voor mijzelf. En daar ben ik enorm blij om. Met veel dank aan m'n mama en papa, aan m'n zus en broer, aan Jorinde (mijn prinses en levenspartner), mijn vrienden en andere familieleden, de begeleiding van De Kiem en mijzelf. Want, je hebt altijd de keuze om je leven in handen te nemen: “Life is what you make of it !”

Eline



Jaargang 23 | januari, februari, maart | nr. 1

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

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

Colofon

Redactie

Dirk Calle, Jo Thienpont,
Dirk Vandevelde

Eindredactie en Directie

Dirk Vandevelde

Fotografie

Dirk Calle, Chris Lemaitre

Vormgeving

dotplus

Abonnement

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

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

Adressen

Contactadres voor opname of begeleiding

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

Ambulant Centrum Gent

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

Ambulant Centrum Ronse

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

Antenne Geraardsbergen

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

Contactadres voor Administratie – Directie

(sociale dienst, familiebegeleiding, stages)

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

Voorwoord 2 | Therapeutische gemeenschappen voor de behandeling van verslaafden in Europa 3 | Therapeutische Gemeenschappen voor drugverslaafden in Australië 6 | Longitudinale patronen van heroïnegebruik 10 | De ATCA standaard 13 | Drugpunt Assenede-Evergem 16 | Familie aan het woord 18 | Bewoner aan het woord 19