

THERAPEUTISCHPROGRAMMAVOORDRUGGEBRUIKERS



Jaargang 23 | juli, augustus, september 2015

3

Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



Volkomen onterecht...

Naar aanleiding van de zesde staatshervorming worden de revalidatiecentra voor drugverslaafden nu ondergebracht in de “geestelijke gezondheidszorg” (GGZ). De bevoegde Vlaamse Minister, Jo Vandeurzen heeft een werkgroep samengeroepen om de Vlaamse visie op verslaafdenzorg uit te werken. Deze visie zal op 31 oktober 2015 tijdens een congres worden naar voor gebracht. Wat me opvalt in deze bespreking met verschillende partners uit de GGZ is dat er twee principes bovenaan de agenda komen: het betrekken van de cliënten via het inschakelen van ervaringsdeskundigen en herstelgericht werken. Er wordt eigenlijk gesteld dat er in de GGZ te weinig wordt samengewerkt met ervaringsdeskundigen en dat ook de familie of de omgeving van de cliënt te weinig wordt betrokken. De GGZ zou ook te weinig herstelgericht werken. Meteen wordt er, zonder al te veel specifieke kennis over de verslaafdenzorg, vanuit gegaan dat deze kritiek ook opgaat voor deze verslaafdenzorg. Volkomen onterecht! Alles kan natuurlijk altijd beter, maar toch dit: In De Kiem is 1 op de 10 van de betaalde personeelsleden een ex-verslaafde en dus een ervaringsdeskundige. Allen hebben ze ondertussen ook een diploma behaald. Ze zijn dus zelfs “professionele ervaringsdeskundigen”. Zeker de therapeutische gemeenschappen voor drugverslaafden hebben er altijd een prioriteit van gemaakt om ook ex-verslaafden in de teams op te nemen. De voorzitters van de Europese en de Wereld federatie van therapeutische gemeenschappen zijn allebei ex-verslaafden.

In alle programmaonderdelen van De Kiem proberen we om de familie van de cliënt zoveel als mogelijk te betrekken bij het programma. Verschillende therapeuten volgden hiervoor een vierjarige contextuele opleiding.

De Kiem probeert cliënten terug maximaal te re-integreren in de maatschappij. Begrippen als zelfhulp, geloof in de veranderbaarheid en de groei­kracht van elk individu zijn voor ons kernbegrippen.

Ik durf gerust stellen dat de verslaafdenzorg een voorbeeld-sector is als het gaat over herstelgericht

werken en het inschakelen van ervaringsdeskundigen.

Los van al deze organisatorische veranderingen is er ook inhoudelijk heel wat aan het bewegen.

Al enkele jaren stellen we vast dat meer en meer cliënten met een licht verstandelijke beperking zich aanmelden. De groep verslaafden met een intelligentiescore onder de 70 is groter dan we ons konden voorstellen. Dit vraagt om aanpassingen, zowel in het residentiële als het ambulante aanbod. Het systematisch screenen van de nieuwe cliënten op hun intellectuele mogelijkheden helpt ons om beter de reële mogelijkheden van de cliënt in te schatten en het behandelplan meer realistisch in te vullen.

Deze groep cliënten doorloopt meestal behoorlijk goed het programma van de therapeutische gemeenschap. Het wordt pas moeilijk zodra de nazorg start. Eigenlijk is er nood aan de mogelijkheid om een langere residentiële nazorg te kunnen voorzien, gevolgd door een lange ambulante ondersteuning. De verslaafdenzorg heeft nood aan meer plaatsen beschut of beschermd wonen voor deze doelgroep. In de bestaande centra voor beschut wonen kunnen deze verslaafden niet terecht.

Een andere evolutie betreft het werken met online toepassingen, de zogenaamde blended care. Voorzichtige experimenten hiermee leren ons in elk geval dat deze digitale toepassingen een goede aanvulling kunnen zijn op de klassieke werkwijzen.

In juni gradueerden 7 bewoners die een programma in de therapeutische gemeenschap hebben gevolgd. Weer een bijzonder leuk feest met vele blije gezichten.

De ouders van Britt zijn super trots op de prestatie van hun dochter en ook Jimmy is fier op zijn prestatie. Al 2,5 jaar clean. Dat verdient een applaus!



Dirk Vandevelde
Directeur



Verślavingsproblematiek en een licht verstandelijke beperking binnen De Kiem

Al geruime tijd wordt De Kiem als organisatie uitgedaagd om een passend antwoord te bieden op de problematiek van middelenmisbruik bij personen met een verstandelijke beperking. Onderstaand artikel is voor het theoretisch luik geïnspireerd op de literatuurstudie van de Masterproef in de Pedagogische Wetenschappen van Jore Rossey (UGent): "Screening en behandeling van middelenmisbruik bij personen met een verstandelijke beperking". Verder staan we stil bij de acties die we de laatste jaren hebben ondernomen en de implementatie hiervan. Tot slot formuleren we een aantal uitdagingen en knelpunten.

Het thema verstandelijke beperking en middelenmisbruik krijgt de laatste jaren terecht meer aandacht. Onder stimulans van het rapport van PopovGGZ, "Optimalisatie van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een verślavingsprobleem" (31 januari 2011), doet De Kiem de nodige inspanningen om mee te streven naar inclusie in de maatschappij voor personen met een verstandelijke beperking.

Definitie en criteria: wanneer kunnen we spreken van een verstandelijke beperking?

Alvorens dieper in te gaan op de acties en de uitdagingen in het werkveld lijkt het ons zinvol om stil te staan bij de steeds evoluerende en veranderende definitie van 'verstandelijke beperking'. De meest recente Nederlandstalige definitie luidt als volgt: "Een verstandelijke beperking verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door



significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan voor de leeftijd van 18 jaar". (Buntinx, 2003, p.8). Deze definitie is gedefinieerd in het model van The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Beperkingen in het intellectuele functioneren vormen het eerste criterium om over een verstandelijke beperking te spreken. Dit wordt gemeten via een IQ-test (WAIS IV) waarbij in het algemeen een score onder de 70 als een significante beperking in het intellectuele functioneren wordt gezien. Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat de AAIDD een beperking in het intellectuele functioneren veel ruimer opvat. Ook de verstandelijke capaciteiten zoals onder andere de leermogelijkheden, redeneercapaciteiten en de probleemoplossende vaardigheden worden hierbij opgenomen (Buntinx, 2003). Voor het tweede criterium moet men ook de beperkingen in de adaptieve vaardigheden kunnen vaststellen. Adaptief gedrag is een verzamelbegrip voor conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die een persoon nodig heeft om in het dagelijkse leven te kunnen functioneren. Daarbij hoort ook het zich kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden in het dagelijks leven (Buntinx, 2003). Hier wijst de AAIDD op drie verschillende types: een eerste type is een beperking in de conceptuele vaardigheden. Buntinx (2003) omschrijft conceptuele vaardigheden als het begrijpen en hanteren van taal, lezen en schrijven, begrip van geld en het kunnen overzien en plannen van dagelijkse activiteiten. Een beperking in de sociale vaardigheden wordt als tweede type genoemd. Hierbij zijn het eerder problemen met interpersoonlijke vaardigheden, sociale verantwoordelijkheid, zelfvertrouwen en probleemoplossend vermogen die op de voorgrond staan. Daaruit volgen moeilijkheden om zich te houden aan regels en wetten, en om zelf te voorkomen het slachtoffer te worden. Als derde type beschrijft het AAIDD een gebrek aan praktische vaardigheden. Hiermee wordt bedoeld dat zaken zoals activiteiten van het dagelijks leven (ADL) zoals eten, zich aankleden, hygiëne, zich verplaatsen moeilijk verlopen. Idem voor meer instrumentele activiteiten zoals het bereiden van maaltijden, huishoudelijke activiteiten, gebruik van telefoon, omgaan met geld, gebruik maken van vervoer, vaardigheden met betrekking tot werk en

het vermijden of voorkomen van gevaarlijke situaties (Buntinx, 2003). Als derde criterium dienen de functioneringsproblemen te ontstaan vóór het 18^e levensjaar. De AAIDD tracht hiermee niet enkel op de beperkingen in het intellectuele functioneren te focussen, er wordt ook heel sterk gekeken naar de beperkingen in de adaptieve vaardigheden. Volgens Buntinx & Schalock (2010) is het concept van een beperking waarbij voornamelijk gefocust werd op de pathologie of het defect in de persoon zelf geëvolueerd naar een socio-ecologisch concept waarbij de persoon en zijn omgeving centraal staan. De aandacht ligt hierbij op het begrijpen van het menselijk functioneren en op basis van de beperking kijken naar de interacties tussen persoonlijke kenmerken en omgevingsfactoren. Op die manier wordt een verstandelijke beperking gezien als een probleem in de gehele persoon en in zijn of haar levenssituatie, dat een impact heeft op gezondheid, communicatie, participatie en sociale rollen (Buntinx & Schalock, 2010). Daarom heeft het begrijpen en ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking een multi-dimensionele benadering nodig.

Personen met een verstandelijke beperking die ook middelen misbruiken, zijn een 'verborgen' doelgroep die hoofdzakelijk in twee zorgcircuits ondersteund worden: in de zorg voor mensen met een beperking en in de verslavingszorg. Daarnaast komen zij onder andere ook terecht in justitiële settings, beschutte werkplaatsen, geestelijke gezondheidszorg en de thuislozenzorg (Dijkstra & Bransen, 2010).

Belangrijk om te vermelden is dat, als er gesproken wordt over personen met een verstandelijke beperking die middelen misbruiken, dit vooral betrekking heeft op personen met een licht tot matig verstandelijke beperking (Degenhardt, 2000). Als gevolg van de tendens naar inclusie leven ze niet meer zo afgeschermd als vroeger en komen zij ook vaker in aanraking met de gevaren van deze samenleving. Volgens Vandevelde & Broekaert (2006) hebben deze personen dan ook een verhoogd risico om blootgesteld te worden aan middelenmisbruik. Dit laatste geldt voornamelijk voor personen met een licht verstandelijke beperking aangezien zij minder ondersteund worden en ook vaker in de 'gewone' maatschappij leven (Degenhardt, 2000; Vandevelde & Broekaert, 2006). Deze personen ervaren ook het meest het stigma dat de verstandelijke beperking met zich brengt, aangezien zij vaak deelnemen aan

activiteiten in de samenleving. Deze stigmatisering kan leiden tot een verhoogd gebruik van middelen bij deze populatie (Degenhardt, 2000). De risicofactoren voor deze doelgroep kunnen zowel verklaard worden door gedrag en emoties, door gezins- en familiegerelateerde factoren als door een gebrek aan kennis met betrekking tot middelen (Cocco & Harper, 2002). Volgens Kerssemaker, van Meerten, Noorlander & Vervaeke (2008) zijn naast de gemakkelijke beïnvloedbaarheid ook minder of geen weerstand kunnen bieden aan groepsdruk en te goed van vertrouwen zijn, oorzaken waarom men begint te gebruiken. Er wordt in de literatuur ook gerapporteerd dat eenzaamheid (Cocco & Harper, 2002) en verveling (Westermeyer et al., 1996) niet te onderschatten factoren zijn. VanDerNagel, Kiewik, Buitelaar & DeJong (2011) vonden dat middelenmisbruik bij personen met een verstandelijke beperking ook gerelateerd is aan een gebrek aan zinvolle dagbesteding en dagactiviteiten.

Prevalentie van middelenmisbruik bij personen met een verstandelijke beperking

In de literatuur is er wat betreft prevalentie-onderzoek naar deze doelgroep weinig consensus bereikt. (Geus et al., 2009; Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan, 2006). Algemeen wordt wel aangenomen dat de prevalentie van alcoholgebruik bij personen met een verstandelijke beperking, ongeveer dezelfde of een beetje lager is dan bij de algemene populatie (Burgard, Donohue, Azrin & Teichner, 2000; Christian & Poling, 1997; Cocco & Harper, 2002). Voor het gebruik van illegale drugs ligt het iets lager dan bij de algemene populatie (Burgard et al., 2000; Christian & Poling, 1997; McGillicuddy, 2006; Westermeyer et al., 1988; 1996). De beginleeftijd om te beginnen gebruiken zou hoger liggen dan bij de gewone populatie maar deze doelgroep zoekt pas veel later hulp, namelijk wanneer het probleem al vrij ernstig is (Krishef & DiNitto, 1981). Jongeren met een verstandelijke beperking zouden ook minder in staat zijn om hun middelen gerelateerde problemen te beoordelen, informatie te vinden en gepaste hulp te zoeken (Horwitz, Kerker, Owens & Zigler, 2000). Personen met een verstandelijke beperking blijken ernstiger gevolgen te ondervinden van hun middelenmisbruik, precies vanuit hun kwetsbare positie (Westermeyer et al.; 1988). Ze ervaren meer negatieve psychologische gevolgen, meer familiale problemen, meer sociale

moeilijkheden en meer psychiatrische problemen. Deze bevindingen indiceren dat middelenmisbruik bij deze doelgroep samenhangt met problemen op andere vlakken, en niet kan gezien worden als een geïsoleerd probleem.

Het hulpverleningslandschap in Vlaanderen is onderverdeeld in de verschillende bestaande sectoren, die vaak onafhankelijk van elkaar worden georganiseerd. Enerzijds heb je cliënten met een erkende en gediagnosticeerde verstandelijke beperking die terecht komen bij diensten binnen de zorg voor personen met een verstandelijke beperking, ook wel diensten uit het VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) genoemd. Anderzijds heb je cliënten waarvan de verstandelijke beperking niet gekend is, en die dikwijls al een hele geschiedenis binnen de reguliere verslavingszorg achter de rug hebben. Bij deze doelgroep komt de verstandelijke beperking pas gaandeweg aan de oppervlakte (PopovGGZ vzw, 2011). Daarnaast komen personen met een verstandelijke beperking die middelen misbruiken soms ook terecht in de thuislozenzorg of in nog andere sectoren.

Organisaties in Vlaanderen

PopovGGZ vzw heeft in zijn rapport "*Optimalisatie van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een verslavingsprobleem*" (31 januari 2011), een inventaris gemaakt van de beschikbare expertise en good practices. Hieronder worden de belangrijkste organisaties opgesomd die in Vlaanderen werken rond deze doelgroep:

- **Handicum** geeft cursussen over verslaving voor mensen met een verstandelijke beperking ('Kan ik nog zonder?'). Daarnaast hebben ze ook een aanbod voor professionelen.
- **SEN vzw, Steunpunt Expertise Netwerken**, coördineert en stimuleert de ontwikkeling en de verspreiding van kennis, deskundigheid en expertise m.b.t. de ondersteuning van mensen met een beperking.
- **De Mobiele Interventie Cel (MIC)** is een outreachteam dat werkzaam is in Oost-Vlaanderen. Het betreft een samenwerking tussen P.C. Dr. Guislain en P.C. Caritas.
- **VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw**, overkoepelt het merendeel van de Vlaamse organisaties die werken rond



>>

alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken. VAD heeft het preventiepakket 'Alcohol & cannabis zonder boe of bah' speciaal ontwikkeld voor jongeren met een verstandelijke beperking.

- **CGG Eclips** is een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg in de regio Groot Gent. Het biedt gespecialiseerde ambulante behandeling ten aanzien van o.a. verslavingsproblematiek. Het project RecceR richt zich op jongeren die in een voorziening verblijven die behoort tot het VAPH of de bijzondere jeugdzorg.
- **CGG Waas en Dender** werkt zowel met personen met een verstandelijke beperking als met personen die middelen misbruiken in de regio Sint-Niklaas.
- **VIBEG** organiseert casusbesprekingen en expertisegroepen waarin hulpverleners uit de verschillende sectoren terecht kunnen met hun ervaringen.
- **CAD Limburg vzw (Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen)** biedt ondersteuning in de ontwikkeling van een drugsbeleid, geeft consults en vorming en ontwikkelt preventieprojecten. In pilootprojecten als "Straffe Stappen" en "Tilocad" zocht het CAD naar maatgerichte preventie en vroeghulp op maat, onder andere voor jongeren met een verstandelijke beperking.

verstandelijke beperking niet optimaal verloopt. Hulpverleners wijzen op de nood aan aangepaste instrumenten voor screening en assessment bij deze doelgroep. Er wordt een gebrek aan kennis over middelenmisbruik gesignaleerd bij hulpverleners uit de niet-verslavingszorg en een gebrek aan kennis over verstandelijke beperking bij hulpverleners uit de verslavingszorg, waardoor problemen niet tijdig herkend worden. Daarnaast ervaren hulpverleners verschillende noden van de doelgroep maar merken ze dat het huidige zorgaanbod hier niet op afgestemd is. Hulpverleners duiden op de noodzaak van intersectorale samenwerking. Er wordt voorgesteld om de samenwerking te optimaliseren door enerzijds de kennis over de andere sectoren uit te breiden en anderzijds concrete samenwerkingsverbanden op te zetten.

Realisaties binnen De Kiem: theoretische verdieping

Onder impuls van verschillende studies en in het bijzonder het rapport van PopovGGZ werd een drietal jaar geleden binnen De Kiem geopperd om het exclusie criterium van een minimum score van 90 op de WAIS (intelligentietest) te laten vallen. Dit had als consequentie dat we ons hebben verdiept in de problematiek en de nodige aanpassingen in de behandeling doorgevoerd hebben. Concreet betekent dit dat het de doelstelling van De Kiem is om personen met een lichte verstandelijke beperking zowel residentieel als ambulant zo snel mogelijk te detecteren en op maat te behandelen. Op verschillende domeinen hebben we de laatste

6

De praktijk: nood aan samenwerking

Uit onderzoek blijkt dat de screening en behandeling van middelenmisbruik bij personen met een

jaren geïnvesteerd om dit mogelijk te maken. Naast het uitdiepen van het theoretisch luik van de problematiek werden door verschillende medewerkers rond dit thema externe vormingen en studiedagen gevolgd. In 2012 namen we deel aan een onderzoek van de UGent waarbij de validiteit van het screeningsinstrument HASI (Hayes Ability Screening Index), dat in een tiental minuten een indicatie geeft van een mogelijke verstandelijke beperking bij de cliënt, werd nagegaan. Er werd toen ook gekozen om de nieuwe versie van de WAIS-IV aan te kopen om een antwoord te bieden op het probleem van de screening. Sinds 2014 werken we met het screeningsinstrument SCIL (Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking). De SCIL is ook geschikt om snel te screenen op een mogelijke licht verstandelijke beperking (LVB). Het gaat om een korte screeningslijst die in negen van de tien gevallen een LVB correct voorspelt. Met de SCIL is snel en eenvoudig vast te stellen of er mogelijk sprake is van een LVB. Verder hebben een aantal medewerkers, zowel vanuit het ambulante als het residentiële luik, aangesloten bij de intervisies op intersectoraal niveau die georganiseerd worden door PopovGGZ. Dit geeft ons nog steeds een belangrijke houvast en biedt ons de mogelijkheid om enerzijds geïntegreerde zorg te kunnen bieden en anderzijds de samenwerking met betrokken diensten te realiseren. Om de beeldvorming rond verstandelijke beperking te verbeteren en de alertheid bij alle medewerkers te verhogen is er een interne vorming en opleiding van 3 dagen georganiseerd. Deze werd aangeboden door 2 medewerkers van PopovGGZ die zowel ervaring hebben met de verslaafdenzorg als met de gehandicaptenzorg. Dit initiatief werd zeer goed onthaald door de medewerkers. Het biedt hen onder andere meer houvast in de dagelijkse werking en de mogelijkheid om de behandeling op maat aan te passen.

Implementatie van expertise en good practices in De Kiem

De residentiële behandeling

Personen die zich aanmelden voor een opname in de therapeutische gemeenschap (TG) worden in eerste instantie gezien door een introductiewerker. Tijdens deze eerste contacten wordt toelating gevraagd om informatie op te vragen over vorige behandelingen, in het bijzonder diagnostiek en verslagen. Het resultaat van de eerder genoemde opleidingen is dat er een verhoogde alertheid is

voor mogelijke indicatoren van een verstandelijke beperking.

Mogelijke indicatoren zijn:

- Moeilijkheden met:
 - rekenen;
 - taal: lezen en schrijven geeft problemen. Gebruikt eenvoudige taal of net moeilijke, grootse woorden zonder deze te begrijpen. Herhaalt zinnen zonder meer;
 - snel informatie verwerken;
 - een agenda gebruiken, planning en klokkezen;
 - meer dan één taak tegelijk uitvoeren;
 - onthouden wat er gezegd is;
 - lange tijd de aandacht erbij houden.
- Een moeilijke schoolcarrière (niet afgemaakt, dubbel in het lager onderwijs, buitengewoon onderwijs of extra ondersteuningsmaatregelen in het gewoon onderwijs). Het is belangrijk om de juiste informatie te achterhalen en door te vragen.
- Geen volledig begrip van bepaalde abstracte concepten (tijd, richting, afstand). De persoon is gericht op het hier en nu en heeft moeite met hypothetische vragen. Moeilijkheden om de levensgeschiedenis in chronologische volgorde weer te geven.
- Een beperkt sociaal netwerk: dikwijls familie of vrienden/kennissen met een verstandelijke beperking, veel hulpverleners. De persoon heeft contacten met hulpverleners uit diverse sectoren, vaak specifiek omwille van de beperking.
- De persoon neemt ongemakkelijke houding aan bij moeilijke of gevoelige vragen, of antwoordt naast de kwestie. Er is dikwijls sprake van gevoelsmatige reacties en herhaling van emotionele zaken die er in die situatie niet toe doen.
- De persoon stelt vaak beperkt grenzen waardoor hij of zij gemakkelijk beïnvloedbaar is; vertoont sociaal wenselijk gedrag en heeft een verhoogde kwetsbaarheid voor misbruik (psychisch, fysisch, ...).
- De persoon camoufleert zijn of haar beperking door bravouregedrag, nonchalance of door het vertellen van fantasieverhalen.
- Een verhoogde kwetsbaarheid voor criminaliteit (loopt sneller en vaker tegen de lamp).
- De gevolgen van middelengebruik op verschillende domeinen zijn groter.



Indien er indicatoren aanwezig zijn wordt de SCIL afgenomen. Het resultaat hiervan wordt standaard opgenomen in het overgangsverslag. Dit verslag wordt opgemaakt als een persoon ervoor kiest om naar onze onthaalafdeling te gaan met als doelstelling om een overgang te maken naar de therapeutische gemeenschap.

Bij een opname in de onthaalafdeling gebeurt er bij personen waarbij de SCIL reeds afgenomen is en er sprake is van een mogelijk LVB verder diagnostisch onderzoek (WAIS-IV). Het is van belang om een LVB tijdig te herkennen om de begeleiding, zorg en omgang beter te laten aansluiten op de mogelijkheden van mensen met een LVB. Indien er nog geen SCIL werd afgenomen en er door dagelijks observaties en aan de hand van de indicatoren een vermoeden is van LVB, wordt de SCIL ook in het onthaal afgenomen. Indien het resultaat wijst op een vermoeden van verstandelijke beperking wordt een intelligentietest WAIS IV afgenomen om een score te bepalen. Dit is in het bijzonder om zowel sterktes als zwaktes te kunnen formuleren in functie van het individueel handelingsplan. Bij vermoeden of bevestiging van een verstandelijke beperking wordt extra ondersteuning aangeboden in de vorm van:

- ondersteuning bij het formuleren van een beperkt aantal werkpunten
- werkpunten moeten concreet en haalbaar zijn en opgesplitst in kleine stappen (idem andere bewoners)
- extra mogelijkheid tot stafondersteuning bv voorbereiding van de ontmoetingsgroep
- nagaan van de haalbaarheid van de schriftelijke opdrachten (wie ben ik, werkpunten)
- het aanbieden van visualisaties
- korte voor- en nabespreking van de groepen
- het aanpassen van doelstellingen op het niveau van onthaal
- de persoon perspectief bieden over welke mogelijkheden er bestaan in de TG ter ondersteuning van zijn LVB
- het belang van aangepaste motiverende gespreksvoering
- alertheid voor impulsiviteit en hier rekening mee houden
- tijdens begeleiding bewustzijn van nabijheid en afstand

- het belang van regels en consequenties uitleggen
- het optimaal uitdagen van de bewoner d.w.z. rekening houden met de mogelijkheden
- het laten opnemen deelverantwoordelijkheden

Als de persoon ervoor kiest om zijn behandeling verder te zetten in de therapeutische gemeenschap (TG) wordt een uitgebreid verslag specifiek voor zijn LVB opgenomen in het overgangsverslag (onthaal-TG). Dit biedt de begeleiding van de TG de mogelijkheid om vrij snel in te spelen op de problematiek. Concreet wordt er gewerkt met een "buddy"-systeem waarbij de bewoner 2 bewoners-peters toegewezen krijgt om de dagelijkse werking beter uit te leggen en om een vertrouwensrelatie mee op te bouwen. Dit zorgt ervoor dat de bewoner gemakkelijker bepaalde zaken die specifiek te maken hebben met zijn LVB kan bespreken. Indien nodig wordt er wekelijks ook een bijeenkomst met een staflid georganiseerd. Sowieso wordt er extra ondersteuning aangeboden op stafniveau (zie hoger, onthaalafdeling) door o.a. de sociale dienst of de individuele begeleider.

Sinds een jaar kiezen we er ook voor om externe ondersteuning door een liaison (Link) in de behandeling te betrekken. De klinische besprekingen zijn standaard multidisciplinair maar deze worden dan ook aangevuld met iemand van de Halfweghuisbegeleiding (HWH) en de liaison (Link) om de behandeling te optimaliseren en indien nodig om reeds bepaalde procedures op te starten. Vanaf de 2de fase wordt de re-integratie voorbereid samen met de HWH-begeleiding en worden de eerste contacten met de rechtstreekse toegankelijke hulp (RTH) gelegd. Er loopt reeds een samenwerking met "Baken" om de werking optimaal op elkaar af te stemmen. Indien noodzakelijk wordt er een aanvraag voor een VAPH-erkenning ingediend bij de mutualiteit en worden samenwerkingen met de VAPH-diensten opgestart. Ook is het van belang om een vergadering met mogelijke partners te organiseren zoals het OCMW, RTH, Begeleid wonen, beschutte werkplaats, Hierbij wordt steeds de HWH-begeleiding betrokken. In functie van een toekomstige tewerkstelling moet er eveneens op tijd nagedacht worden over de mogelijkheden van de cliënt in samenwerking met de VDAB (geïntegreerde trajectbegeleiding - GTB).

Tijdens het programma in de TG kan de persoon dus rekenen op tal van ondersteuning. Dit situeert zich op bewonersniveau waarbij medebewoners de nodige hulp aanbieden en rekening houden met zijn sterktes en beperkingen. De persoon wordt gezien als een volwaardig lid van de gemeenschap. Dit betekent dat iedereen moet leren om verantwoordelijkheid op te nemen aangepast aan zijn mogelijkheden. De persoon wordt voor een deel gedragen door de groep en ervaart de verbondenheid van het samenleven.

Op het moment dat het duidelijk is dat een bewoner een overgang van de TG naar het Halfweghuis (HWH) zal maken wordt via een mondelinge en schriftelijke overdracht een duidelijk zicht gegeven op de mogelijkheden en beperkingen van de bewoner in kwestie. Zoals reeds vermeld wordt de HWH-begeleiding reeds tijdens de behandeling in de TG nauw betrokken. Ook op het niveau van het HWH blijft de alertheid voor bovenstaande indicatoren en specifieke kenmerken. Er wordt extra ondersteuning aangeboden voor verschillende levensdomeinen (administratie, financiën, werk, huisvesting) en er wordt gewerkt met een veiligheidskaart om mogelijke tegenslagen of een terugval mee op te vangen. Uiteraard is er een concrete samenwerking met andere diensten o.a.: VDAB (GTB), beschutte werkplaats voor werk, OCMW of CAW voor budgetbeheer, RTH ('Baken') voor specifieke zorg en met VAPH-organisaties (o.a. 'Zonnehoeve') indien nodig. De HWH-begeleiding staat er ook voor in om de overgang naar zelfstandig wonen te begeleiden. Als organisatie ondervinden we dat er tijdens deze fase van behandeling een zeer moeilijke stap moet gezet worden. Dit komt verder bij de knelpunten en uitdagingen aan bod.

De ambulante behandeling

Ook op het niveau van ambulante begeleiding zijn de laatste jaren de nodige inspanningen gedaan. Door de deelname aan externe intervisies en vormingen zijn de individuele begeleiders in Gent,

Op www.vad.be kan je het digitale informatiepakket 'middelengebruik en verstandelijke beperking' downloaden. Klik door naar 'gehandicaptenzorg'

Geraardsbergen en Ronse extra alert voor kenmerken en indicatoren van LVB. Bij een vermoeden van LVB wordt ook hier de SCIL afgenomen. Motiverende gespreksvoering is het uitgangspunt op ambulante niveau. Deze techniek wordt aangepast aan de verstandelijke mogelijkheden van de cliënt. Concreet betekent dit dat men meer gebruik maakt van visuele ondersteuning, het taalgebruik aanpast, vaak herhaalt, rollenspelen doet en gebruik maakt van directe beloningen voor behaalde resultaten. Sinds 2008 is de 'community reinforcement approach' (CRA) geïntegreerd in de ambulante werking. In deze aanpak staan verschillende bekrachtigers centraal en zijn er positieve consequenties zoals sociale steun, leuke activiteiten en beloningen. In de CRA worden haalbare doelen vooropgesteld en wordt het doelgedrag opgesplitst in kleine stappen. Deze methode zou geschikt zijn voor personen met een verstandelijke beperking omdat ze goed aansluit bij de werkwijze binnen de zorg voor deze doelgroep.



Knelpunten en uitdagingen

Ondanks de veel grotere alertheid en de bereidheid om personen met een licht verstandelijke beperking te behandelen botsen we vaak op hindernissen en moeilijkheden. Zoals reeds vermeld kan de persoon doorheen de verschillende residentiële afdelingen rekenen op tal van ondersteuning, en dit zowel op bewoners- als op stafniveau. Eenmaal dat de persoon de stap zet naar het HWH en in het bijzonder naar zelfstandig wonen merken we op dat het niet evident is om de gepaste zorg te blijven aanbieden. De meeste van onze bewoners met een LVB hebben geen VAPH-nummer en kunnen onvoldoende beroep doen op meer gespecialiseerde zorg.

Als organisatie zijn we niet erkend om een volwaardig begeleid wonen aan te bieden. Organisaties die werken met drugsverslaafden zouden de mogelijkheid moeten hebben om autonoom vormen van begeleid of beschut wonen aan te bieden zoals dit bestaat voor de psychiatrie. Deze problematiek zorgt voor een grote werkbelasting en gevoelens van machteloosheid als we niet gericht kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg. Hierdoor is het een blijvende zoektocht om specifieke huisvesting te vinden, individueel of in groep. We zijn er vast van overtuigd dat we moeten blijven investeren in samenwerkingen en netwerken met andere organisaties om dit heikel punt te ondervangen. We hopen in de nabije toekomst op een volwaardige erkenning met de nodige financiële slagkracht.



Het komende jaar blijven we ons verdiepen in de problematiek en volgen we de tendensen verder op om onze zorg zowel residentieel als ambulante te blijven optimaliseren.

Ondanks de moeilijkheden waar we mee kampen blijven we de nodige inspanningen doen om gepaste zorg te kunnen aanbieden en personen met een verstandelijke beperking voor te bereiden op een drugvrij leven met een verhoogde levenskwaliteit op verschillende levensdomeinen.

Luca Littera
Therapeutisch coördinator



Literatuurlijst

- Buntinx, W. (2003). *Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model*. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)* (1), 4-24. Retrieved from http://buntinx.org/yahoo_site_admin/assets/docs/Artikel_AAMR_model_2003_NTZ.286121137.pdf
- Buntinx, W. H., & Schalock, R. L. (2010). *Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implication for Professional Practice in Intellectual Disability*. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294. DOI: 10.1111/j.1741-130.2010.00278.x
- Burgard, J., Donohue, P., Azrin, N., & Teichner, P. (2000). *Prevalence and Treatment of Substance Abuse in the Mentally Retarded Population: An Empirical Review*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(3), 293-298. DOI:10.1080/02791072.2000.10400452
- Christian, L., & Poling, A. (1997). *Drug Abuse in Persons With Mental Retardation: A Review*. *American Journal on Mental Retardation*, 102(2), 126-136. DOI: 10.1352/0895-8017(1997)102<0126:DAIPWM>2.o.CO;2

Cocco, K., & Harper, D. (2002). *Substance Use in People with Mental Retardation: A Missing Link in Understanding Community Outcomes? Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(1), 34-41. DOI: 10.1177/00343552020460010301

Degenhardt, L. (2000). *Interventions for people with alcohol use disorders and intellectual disability: A review of the literature. Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25(2), 135-146. DOI: 10.1080/13269780050033553

Dijkstra, M., Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek. Trimbos-instituut, Utrecht.*

Geus, R., Kiewik-de Vries, M., Van Der Nagel, J., & Sieben, G. (2009). *Verstandelijk gehandicapten en verslavingsproblematiek. In Verslaving: handboek voor zorg, begeleiding en preventie. (pp. 313-323). Elsevier.*

Jore Rossey (2012). *Screening en behandeling van middelenmisbruik bij personen met een verstandelijke beperking: kwalitatief onderzoek naar de perceptie van hulpverleners.*

Horwitz, S., Kerker, B., Owens, P., & Zigler, E. (2000). *The health status and needs of individuals with mental retardation. New Haven, Connecticut: Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, Department of Psychology, Yale University.*

Kerssemaker, R., van Meerten, R., Noorlander, E., & Vervaeke, H. (2008). *Drugs en alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.*

Krishef, C., & DiNitto, D. (1981). *Alcohol Abuse Among Mentally Retarded Individuals. Mental Retardation*, 19(4), 151-155.

McGilliCuddy, N. (2006). *A Review of Substance*





- Use Research Among Those with Mental Retardation. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12(1), 41-47. DOI: 10.1002/mrdd.20092*
- PopovGGZ vzw. (31 januari 2011). *Optimalisatie van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een verslavingsprobleem.*
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). *An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research, 50(8), 588-597. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00820.x*
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., Buitelaar, J., & DeJong, C. (2011). *Staff Perspectives of Substance Use and Misuse Among Adults With Intellectual Disabilities Enrolled in Dutch Disability Services. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 8(3), 143-149. DOI: 10.1111/j.1741-1130.2011.00304.x*
- Vandeveldde, S., & Broekaert, E. (2006). *Middelenmisbruik, motivatie en behandeling bij (justitiële) personen met verstandelijke beperkingen. Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 25(4), 29-42. Retrieved from <https://docs.google.com/file/d/oBmx2v5lVrB2MjY1YmYxYzgtMGJmMCooMjNmLWEzZTctMGEwM2QxMjhhYTRm/edi>*
- Westermeyer, J., Kemp, K., & Nugent, S. (1996). *Substance Disorder Among Persons With Mild Mental Retardation. A Comparative Study. The American Journal On Addictions, 5 (1), 23-31. DOI: 10.1111/j.1521-0391.1996.tb00280.x*
- Westermeyer, J., Phaobtong, T., & Neider, J. (1988). *Substance Use and Abuse among Mentally Retarded Persons: A Comparison of Patients and a Survey Population. Drug Alcohol Abuse, 14(1), 109-123. DOI: 10.3109/00952998809001539*

SAVE THE DATE

30 OKTOBER

HERSTELGERICHT WERKEN IN DE VERSLAVINGSZORG

Een nieuwe toekomstvisie rond verslavingszorg, dat is de uitdaging waarvoor Vlaanderen staat sinds de zesde staatshervorming. Een groep experts en andere betrokkenen werkt deze zomer een visietekst uit dat het Vlaamse beleid verder vorm zal geven. Een beleid dat gebaseerd is op goede praktijken, nieuwe wetenschappelijke inzichten, innovatie en ervaringen uit het veld. Op dit congres brengen we de visie naar buiten en willen we horen wat de reacties zijn. Zo kunnen we daarmee rekening houden bij de verdere uitwerking van het Vlaamse beleid inzake verslavingszorg.

Geeft u graag mee richting aan het beleid rond verslavingszorg?
Hou dan alvast 30 oktober 2015 vrij in uw agenda. Een uitnodiging met programma volgt.

Locatie: De Schelp, Vlaams Parlement, 1000 Brussel

“Blended Care” in De Kiem

Blended hulpverlening - de combinatie van face-to-face hulpverlening met het gebruik van internet en applicaties voor de mobiele telefoon - biedt nieuwe mogelijkheden voor de hulpverlening. Door hulpverlening aan te bieden via het internet wordt deze voor veel mensen laagdrempeliger, meer bereikbaar en efficiënter. Het geeft mensen dat extra duwtje in de rug om de eerste stap te zetten naar gepaste hulp (Frank Schalken).

De markt van de onlinetoepassingen in de zorg draait vandaag al goed. De laatste 10 à 15 jaar werd “digitaal” het nieuwe normaal en het welzijnswerk volgde, weliswaar langzaam. Het is een uitdaging om onlinetoepassingen te integreren in de communicatiestroom tussen cliënten en hun hulpverleners. Wanneer, waarvoor en waarom kunnen onlinetoepassingen worden ingezet. De term “blended” hulpverlening is dan ook aan de orde. Onlinehulp is geen doel op zich. Het is een bijkomend communicatiemiddel om doelstellingen te realiseren.

Deze tendens wordt duidelijk ondersteund door de Vlaamse Overheid. Vlaams welzijnsminister Vandeurzen gaf reeds in 2013 aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de opdracht bouwstenen aan te leveren voor een Vlaams actieplan onlinehulp.

We onderscheiden drie soorten onlinetoepassingen:

- Onlinetoepassingen voor de organisatie: toepassingen om de hele doelgroep en stakeholders te bereiken (bv. sociale netwerksites)
- Onlinetoepassingen over de cliënt (bv. cliëntdossier, registratie, ...)
- Onlinetoepassingen voor de cliëntcommunicatie

De Kiem doet inspanningen om op deze 3 fronten kleine stapjes vooruit te zetten. Door te participeren aan de werkgroep “Online hulpverlening” bij de VAD blijven we op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen op dit vlak. Via de website kan men zich sinds kort aanmelden en we wagen voorzichtige pogingen op facebook en twitter (via Drugpunt). In samenwerking met andere centra werken we aan een elektronische cliëntdossier en houden we cliëntgegevens bij...

Ook op cliëntniveau doen we pogingen om onlinehulpverlening aan te bieden. Onlinehulpverlening omvat elke interventie waarbij gebruik gemaakt

wordt van informatie- en communicatietechnologie die gericht is op de cliënt en zijn omgeving. Hoe kan online hulpverlening nu samengaan met face-to-face contacten? Zowel voor, tijdens als na de individuele begeleiding zijn enkele mogelijkheden.

E-mail en SMS zijn al een tijdje geïntegreerd in de communicatie met cliënten. In de behandelingen maken we gebruik van websites zoals www.alcoholhulp.be, www.cannabishulp.be, www.drughulp.be. Deze sites hebben 3 doelstellingen: informatie en zelftests, online zelfhulp en online begeleiding. Alvorens effectief van start te gaan met een individuele begeleiding, kan er informatie en psycho-educatie via deze sites worden aangeboden. Dit kan bijvoorbeeld gaan om gestandaardiseerde vragenlijsten of eenvoudige tests. De resultaten kunnen nadien face-to-face besproken worden. In de ambulante centra van De Kiem kunnen zelftesten worden meegegeven naar huis om nadien te bespreken. Een gedeelte van de intake kan eveneens al online gebeuren. Bij sociale begeleidingen kan het budget worden bijgehouden of kan er een plan worden opgesteld. Dit zelf beheren maakt de cliënt reeds zelfredzamer.

Internet kan een prima hulpmiddel zijn bij protocolaire behandelingen. Vaak hebben therapeuten bij protocollair werken de indruk dat ze meer bezig zijn met procedures dan met de cliënt zelf. Door geautomatiseerde opdrachten online aan te bieden, komt er meer tijd vrij om tijdens de persoonlijke contacten bepaalde thema's verder uit te diepen. Dankzij het online programma blijft de onderliggende structuur wel aangehouden. Het kan ook interessant zijn om enkele deelaspecten van het probleem protocollair op te volgen. Bijvoorbeeld een cliënt die naast zijn alcoholprobleem ook problemen heeft met budgettering. Een aangepast online programma zorgt er voor dat een deelaspect niet wordt vergeten tijdens de individuele contacten.



Sinds 2014 maken we ook bij enkele behandelingen gebruik van een onlinedagboek. Het gebruik van een onlinedagboek moeten we kaderen in het Tetra-project (Technologie-transfer). In dit project wordt een prototype van een gebruiksvriendelijk onlinedagboek ontwikkeld.

Een onlinedagboek is:

- Een ICT-toepassing ter ondersteuning van een begeleiding,
- die gedurende het traject kan gebruikt worden,
- waarbij één of meerdere betrokkenen,
- gedurende een afgebakende periode,
- enkele afgesproken parameters,
- herhaaldelijk kunnen registreren,
- met als doel zicht te krijgen op een evolutie of samenhang.

De therapeut kan de evolutie opvolgen via internet maar er kan ook feedback gegeven worden via een online berichten-box, een message-board of zelfs via chat. Bij ambulante gesprekken binnen de Kiem is het leerzaam om de cliënt kennis te laten maken met zo een online dagboek. Cliënten kunnen bij craving of gebruik dit dagboek invullen, waarbij ze stilstaan bij bepaalde omstandigheden, gedachten en emoties die met het gebruik te maken hebben. Tijdens het volgende face-to-face contact kan hier dan dieper worden op ingegaan. Er kunnen eveneens reminders verstuurd worden via automatische mailberichten of via SMS. Bijvoorbeeld om eraan te

herinneren dat medicatie moet worden ingenomen of om korte adviezen te geven.

Bij chronische problematieken biedt internet ook in het kader van nazorg enkele mogelijkheden. Verslaving is hiervan een goed voorbeeld. Zowel online informatie, psycho-educatie als dagboeken of opdrachtenmodules zijn permanent beschikbaar. De cliënt kan er steeds gebruik van maken wanneer hier nood aan is. Bovendien kan er online contact gehouden worden met een hulpverlener. Er kan eveneens steun gezocht worden bij lotgenoten via afgeschermdde fora, gemodereerd door een hulpverlener.

Conclusie

Verschillende medewerkers in De Kiem zouden gebruik kunnen maken van blended hulpverlening. Het spreekt echter voor zich dat niet alle cliënten of hulpverleners gebaat zijn bij online hulpverlening, alleszins toch niet in eerste instantie. Online hulpverlening kan echter wel stap voor stap geïntroduceerd worden, naast of tijdens face-to-face contacten. Hulpverlening via internet blijft echter een middel; het mag geen doel op zich worden om louter en alleen tijd en kosten te besparen.

*Jo Thienpont
Verantwoordelijke ambulante werkingen*



Vandaag is graduatie-dag

Zondag 31 mei 2015, 7.30u. Vandaag wordt er niet uitgeslapen, niet geluierd, het is alle hens aan dek. Vandaag is graduatie-dag!

De taken zijn verdeeld en de voorbereidingen getroffen. Er leeft een lichte spanning in de groep als ieder van ons zijn mooiste kleren uitzoekt en zich klaarmaakt om familie, vrienden of kennissen van vroegere dagen te ontvangen. De voorbije week was er één van inzet en engagement, waar iedervan ons op zijn manier zijn steentje bijgedragen heeft. De tuin ligt er netjes bij, de keuken staat vol desserts, de ploeg 'organisatie' werkt aan de laatste papieren en de ploeg 'was en strijk' springt bij waar nodig.

Velen van ons verzingen wel eens in gedachten. Sommigen kennen het al; voor anderen is het feest volledig nieuw. Een paar dappere zielen zullen straks ook optreden. We weten allen dat we bij elkaar terecht kunnen met onze gevoelens, onze verwachtingen en onze zenuwen. Naarmate de tijd verder tikt wordt de hemel loodgrijs; het zal wellicht regenen. Het is een kleine teleurstelling maar er is weinig tijd om hier bij stil te staan want vrienden, familie, staf en sympathisanten beginnen al toe te stromen.



de
kiem

De aperitiefjes vliegen de deur uit terwijl alle bewoners hun familie begroeten en oude vrienden elkaar met een dikke knuffel begroeten. Het startsein is gegeven en er volgt een eerste optreden van onze Kiem-band. Aan het dessertenbuffet worden taarten, tiramisu en ander zelfgemaakt lekkers geserveerd. De mensenstroom houdt het eerste uur niet op en er worden meer borden en glazen aangerukt en meer koffie gezet. Dankzij een goede planning kan iedereen eens uit zijn 'roulement' stappen om op adem te komen en te genieten van een babbel met familie en vrienden.

Dan komt het sein. Mensen staan op, laten hun koffie en drankje even voor wat het is en begeven zich in de richting van ons graduatie-beeld. Dit beeld staat symbool voor het feit dat we willen en kunnen veranderen en dat velen ons hierin zijn voorgegaan. Het boren van een gaatje sluit een hoofdstuk af en opent nieuwe perspectieven. Het is een bevestiging dat je het goed doet, het goed stelt en dat je klaar bent om je vleugels te spreiden. Naarmate meer en meer mensen deze stap zetten zal het beeld langzaam verdwijnen en met het beeld ook de zorgen, pijn en onmacht die velen van ons belette om een clean en goed leven te leiden. Vandaag is het

de beurt aan Deborah, Britt, Saskia, Jesse, Jimmy, Willem en Eline om een gaatje te boren onder luid applaus van de vele aanwezigen. Daarna volgt een woordje van alle nieuwe gegradueerden. Woorden van dankbaarheid en spijt, van hoop en schuld, van toekomst en verleden. Familie, vrienden en sommige bewoners pinken al eens een traantje weg of staan moeizaam te slikken om hun gevoel van trots, medeleven en hoop een plaatsje te geven. Vele bewoners hopen daar ooit zelf te staan en hetzelfde doel te bereiken.

Na dit hoogtepunt van de dag zoeken we elk terug ons plaatsje op en wordt er veel gepraat over onze toekomstverwachtingen. De plicht roept weer, de afwasmachine draait op volle toeren en na de laatste optredens keren de mensen huiswaarts. De bewonersgroep blijft vermoeid maar voldaan achter. Proficiat voor deze 7 mensen die ons zijn voorgegaan en het pad voor ons hebben geëffend. 's Avonds sta ik op het terras en kijk uit over het landschap. Een warm gevoel van hoop en geloof in de toekomst overvalt mij. Ik weet dat ik wil en kan veranderen.

Stefan

Het beste voor mijn kind

Graag wil ik even in het kort vermelden hoe blij wij zijn dat we De Kiem gevonden hebben en hoe fier ik wel ben op mijn kind.

Eerst moest Britt naar Sleidinge vooraleer ze naar De Kiem mocht. Op dat moment dacht ik, moet ik mijn dochter hier achterlaten? Maar ik wist dat dit de beste manier was. Na een periode in Sleidinge mocht ze dan naar De Kiem in Gavere. Dit was een volgende stap op een lange weg naar herstel.

Bij mijn eerste bezoek in Gavere had ik een warm gevoel. Ik had toen een gesprek met Stephanie over de werking van De Kiem en hoe er met de bewoners werd omgegaan. Dit gesprek is mij altijd bijgebleven en ik kreeg terug hoop.

Bij de volgende bezoeken in de therapeutische gemeenschap had ik regelmatig gesprekken met Free. Naarmate de tijd verstreek begon ik meer en meer gerust te worden. Dit was het beste voor mijn kind. Uiteindelijk is De Kiem haar redding geweest. In het tussenhuis was Isabel de steun en toeverlaat voor ons Britt. De gesprekken met haar waren zeer motiverend.

Tijdens ons Britt haar verblijf in De Kiem heeft ze de man gevonden waar ze altijd al naar op zoek was. Een lieve, toffe en begripvolle kerel. Intussen wonen ze samen, zijn ze gelukkig en verwachten ze samen hun eerste kindje.

Alles is in orde gekomen dankzij de bewoners en begeleiders van De Kiem. Ons Britt is er sterker uitgekomen en we zijn blij dat ze hier echte vriendschappen heeft kunnen opbouwen.

Daarom aan iedereen van De Kiem bedankt en doe zo verder...

Arlette, de mama van Britt

Al meer dan 2,5 jaar clean...

Na een hele reeks opnames in verschillende ontwenningcentra en evenveel terugvallen was het moment eindelijk daar waarop ik waarschijnlijk de beste beslissing tot dan toe in mijn leven heb genomen: ik ging naar De Kiem.

Het was reeds de derde keer dat mij een therapeutische gemeenschap (TG) werd aangeraden, aangezien ik door mijn jarenlange gebruik mezelf mechanismen had aangeleerd, die ik in een crisisopname of ander kortdurend programma niet zomaar zou afleren, laat staan veranderen.

Ik gaf het uiteindelijk een kans en startte in de onthaalafdeling. Al snel werd me duidelijk dat wat in de evaluatie in het crisisprogramma naar voor kwam als moeilijkheden, nog maar het topje van de ijsberg was voor mij. In Onthaal heb ik leren kijken naar mezelf en merkte ik dat ik niet steeds vertelde hoe het met me ging of wat ik dacht, maar dat ik dit door mimiek en gedrag liet merken. Dit was tevens wat ik buiten deed, om mijn positie in het milieu te kunnen behouden, om te overleven, om mij niet kwetsbaar te moeten opstellen,... Ik was enorm gedreven om hierin te veranderen en zag al gauw hoe het programma eigenlijk in elkaar zat en waarom. Het was dan ook niet zo moeilijk voor mij om voor mezelf de klik te maken dat dit echt het begin van een nieuw leven was.

Na een viertal weken in Onthaal en een heel aantal inzichten rijker, kwam het moment om over te stappen naar de TG en aan het echte werk te beginnen. Wat me eerst tegenhield om terug te keren naar een TG bleek hier helemaal niet aan de orde. Ik had zo'n schrik van de vooropgestelde duur van het programma, maar was zo opgelucht te kunnen voelen dat de tijd voorbij vloog. Ik was zodanig met mezelf en de groep bezig dat het helemaal niet lang leek te duren. Tijd had voor mij geen enkel belang meer, ik wou veranderen en zou er zo lang over doen als nodig was.

Ik heb me van begin af aan veilig en welkom gevoeld in de TG, zowel door de groep als door de begeleiding. Dat heeft mij enorm geholpen om te praten over wat mij dwarszat, over wat niet ging of juist wel ging en waarom ... enz.

Ik leerde de mensen van de groep al snel beter kennen en ook waar zij werk aan hadden om te kunnen verbeteren. De TG heeft een strikt gestructureerde dagindeling en je leert er reageren op elkaars foute beslissingen en/of gedrag. Door te werken in de verschillende groepen ga je opnieuw van alles voelen

en leer je hoe om te gaan met dit opnieuw voelen. Ik begon me al gauw een heel ander en nieuw individu te voelen en ging ook andere normen en waarden hanteren. De normen en waarden die een cleane persoon hanteert.

Naarmate het programma vorderde kreeg ik steeds meer verantwoordelijkheid en kon ik aan mezelf steeds opnieuw bewijzen wat ik eigenlijk allemaal kon en waar ik allemaal voor stond.

“ Naarmate het programma vorderde kreeg ik steeds meer verantwoordelijkheid en kon ik aan mezelf steeds opnieuw bewijzen wat ik eigenlijk allemaal kon en waar ik allemaal voor stond.

”

Na de overgang naar het halfweghuis was het voor mij vooral het gaan werken dat een hekel punt zou blijven. Dit moest ik echt leren. Ook hier slaagde ik er met deskundige begeleiding in, dit tot een goed einde te brengen.

Door heel het programma nu ondertussen doorlopen te hebben kan ik met fierheid zeggen dat ik nu al meer dan 2,5 jaar clean ben en geen drugs, medicatie of alcohol meer gebruik.

Een aantal zaken die ik tot nu toe op die 2,5 jaar bereikt heb, met dank aan De Kiem zijn o.a. een aantal vrienden voor het leven, een goedlopende relatie, een leuke job, (binnen een maand) een rijbewijs B, een gezond lichaam en een gezonde kritische geest,... Kortom, veel meer dan wat ik in alle jaren gebruik samengeteld ooit heb gehad.

Ik heb er nog geen moment spijt van gehad. Ik ben blij dat ik de kans kreeg het Kiem-programma te mogen volgen.

Jimmy





Jaargang 23 | juli, augustus, september | nr. 3

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 | Verslavingsproblematiek en een licht verstandelijke beperking binnen De Kiem 3 | Save the date: 30 oktober - Herstelgericht werken in de verslavingszorg 13 | “Blended Care” in De Kiem 14 | Vandaag is graduatie-dag 16 | Familie aan het woord 18 | Bewoner aan het woord 19