

Erkenningsnummer P702012

België-Belgique  
P.B.  
9000 Gent  
3/3505

## THERAPEUTISCH PROGRAMMA VOOR DRUGGEBRUIKERS



Jaargang 22 | juli, augustus, september 2014

3

Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



## Een memorandum voor de nieuwe beleidsmakers

In het vooruitzicht van de nieuwe regeringsvormingen op federaal en Vlaams niveau worden vanuit allerlei sectoren en belangengroepen heel wat aanbevelingen geschreven. Ook de drughulpverlening heeft niet stil gezeten. Zowel de Vlaamse Vereniging Verslaafdenczorg (VVBV) als de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) schreven elk een memorandum voor de nieuwe beleidsmakers. Beide memoranda zijn in dit tijdschrift samengevat.

Het memorandum van de VVBV benadrukt vooral de noodzaak aan een vlotte overgang nu de revalidatiecentra gevat zijn in de bevoegdheidsoverdracht binnen de recente staatshervorming.

De Kiem en alle gelijkaardige revalidatiecentra zijn ondertussen immers overgegaan van een federale bevoegdheid naar een Vlaamse bevoegdheid. De noodzakelijke regelgeving hiervoor is absoluut nog niet klaar en dus blijft het RIZIV verder haar opdracht vervullen. Desnoods tot eind 2017.

Er wordt aandacht gevraagd voor het feit dat de financiering van alle activiteiten van de revalidatiecentra eigenlijk maar voor 67% onder het RIZIV valt. De overige 33% van de activiteiten van de revalidatiecentra wordt gefinancierd door allerlei projecten waarbij de projecten gerechtelijke alternatieve maatregelen en de strategische veiligheids- en preventiecontracten de belangrijkste zijn.

Verder wordt er gepleit voor een continuering van de ontwikkeling van specifieke zorg, gericht op kinderen van drugverslaafde ouders en voor de opportuniteit om het aanbod ten aanzien van verslaafden die in de gevangenis verblijven verder uit te bouwen. Net zoals de VAD pleit ook de VVBV voor het uitwerken van een apart Vlaams decreet dat de juridische basis moet vormen voor alles wat met de drugproblematiek te maken heeft: preventie, vroeg-interventie en hulpverlening.

De VAD formuleert vijf beleidsprioriteiten: een categoriale én geïntegreerde aanpak, een actieplan met voldoende middelen, een facettenbeleid en een voorstel om meer te investeren in onderzoek, registratie en kwaliteitsbevordering.

Onder een categoriale én geïntegreerde aanpak wordt verstaan dat het belangrijk is om de verslaafdenczorg verder te ontwikkelen binnen een

apart zorgcircuit en dit zeker niet te laten opgaan in een zeer ruime, algemene en allesomvattende psychiatrie of geestelijke gezondheidszorg. Enkel door deze categoriale ontwikkeling worden de budgetten gevrijwaard om een moeilijke en vaak overall geweigerde doelgroep te behandelen. Tegelijk is het noodzakelijk dat een behandeling van drugverslaafden geïntegreerd gebeurt. Verslaafden hebben doorgaans problemen op zeer verschillende levensgebieden. Samenwerking met andere sectoren zoals algemeen welzijnswerk, justitie en tewerkstelling is een absolute noodzaak.

Met facettenbeleid wordt verwezen naar het ruimer perspectief waarin de drugproblematiek moet bekeken worden en de hoge mate van complexiteit van deze problematiek.

De Kiem is in 2009 gestart met een ambulante centrum in Ronse en in Geraardsbergen. Van meetaf aan bestond de populatie uit een grote groep heroïnegebruikers (ongeveer 60% van alle cliënten). Uit een weliswaar beperkt, maar toch richtinggevend onderzoek blijkt dat de multidisciplinaire aanpak bestaande uit een medische ondersteuning met methadon en een psychosociale begeleiding, goede resultaten oplevert.

Zoals elk jaar trok de therapeutische gemeenschap voor een week naar de Ardennen; Yassin en Patricia brengen verslag uit.

Als laatste laten we een bewoner en een familielid aan het woord: de relatie van de bewoner met zijn ouders is hersteld en na jaren van verzet en rebellie kan nu eindelijk een 'gewoon' leven beginnen. Uit het verhaal van de familie blijkt overduidelijk dat een kind verslaafd aan drugs voor de ouders een lange periode van extra zorg en onrust betekent: vallen en opstaan, hoop en ontgoocheling. Telkens nieuwe kansen geven tot de "klik" eindelijk gemaakt is.

*Dirk Vandevelde  
Directeur*



# Memorandum VVBV 2014



De Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenczorg (VVBV) is de koepelorganisatie van alle Vlaamse revalidatiecentra voor drugverslaafden. In totaal gaat het om 11 verschillende organisaties (en 16 conventies met het RIZIV) die samen jaarlijks ongeveer 8.500 verschillende personen behandelen en zo'n 500 voltijdse personeelsleden tewerkstellen. Het VVBV pleit in zijn memorandum voor een vlotte overgang, voor een afdoende financiering, voor artsen en psychiaters als deel van het multidisciplinair team en voor voldoende middelen voor een specifiek aanbod naar verslaafden met kinderen. Het huidige beslissingsvacuüm wordt aangeklaagd en de groeinoden worden opgesomd. De bestaande diversiteit binnen de drugbehandeling moet zeker behouden blijven en de samenwerking met Justitie moet beter worden uitgebouwd en ondersteund.

## Een vlotte overgang

De VVBV pleit bij de overheveling van de bevoegdheden van het RIZIV naar Vlaanderen voor een vlotte overgang zodat de bestaande hulpverlening aan de cliënten kan worden gecontinueerd. Personeelsdossiers en huisvestingsdossiers moeten door het RIZIV worden behandeld tot er een definitieve overheveling is van de bevoegdheden. De huidige werking mag niet in het gedrang komen omwille van het ontbreken van een regelgevend kader.

## Financiering: meer dan enkel RIZIV.

De huidige werking van de voorzieningen die overkomen naar Vlaanderen wordt slechts voor 67% gefinancierd door het RIZIV. De overige 33% is afkomstig van andere bronnen (Sociale Maribel, Gesco, DAC, Justitie, Binnenlandse Zaken enz.). Van de meeste van deze andere bronnen is het

onduidelijk in welke mate (en met welke omvang) ze behouden zullen blijven na de hervormingen. Vooral de financiering vanuit Justitie (GAM) en vanuit Binnenlandse Zaken (Veiligheids- en preventiecontracten en cofinanciering MSOC's) is een acuut probleem.

## Gerechtigde alternatieve maatregelen

Binnen het Globaal Plan zijn er sinds 1996 een aantal specifieke projecten uitgebouwd die zich exclusief richten naar druggebruikers die in contact komen met justitiële instanties en met vervolging of straf worden bedreigd. Deze projecten worden gefinancierd door de FOD Justitie, de hulpverleners worden tewerkgesteld door de gemeentelijke overheid en gedetacheerd naar de gespecialiseerde hulpverlening en de 'controle' gebeurt door de Justitiehuisen. In Vlaanderen gaat dit om ongeveer 25 voltijdse medewerkers.

Op de verschillende niveaus van de strafrechtsbedeling worden alternatieve maatregelen en straffen voor druggebruikers toegepast. Onderzoek heeft aangetoond dat deze behandeling onder 'drang' positieve effecten geeft op het vlak van recidive en invloed op verschillende levensdomeinen.

De financiering van deze projecten is echter ontoereikend en leidt tot aanzienlijke meerkosten voor de betrokken vzw's. Terwijl de Nationale Projecten werkmiddelen toegekend krijgen, draagt Justitie deze kosten niet voor de Globaal Plan projecten. Het huidige onzekere personeelsstatuut en de financiering via de gemeenten, met detachering naar een vzw is niet langer houdbaar. Hierdoor dreigen vele noodzakelijke behandelplaatsen te verdwijnen.

De VVBV pleit voor een forfaitaire toelage die beantwoordt aan de reële personeelskost, gekoppeld aan de index en met inbegrip van werkmiddelen. Nog beter is het opmaken van een convenant tussen het Ministerie van Justitie en de verschillende vzw's met een prestatieverbintenis.

### **De Strategische Veiligheids- en Preventiecontracten**

Het beleid i.v.m. de veiligheidscontracten startte in 1992 na hevige rellen in Sint-Gillis en Vorst en na de verkiezingen in 1991 die een doorbraak betekenden voor extreem rechts. Doel was om gemeenten met een groot onveiligheidsprobleem de kans te geven aan criminaliteitspreventie te doen via sociale preventie en politionele activiteiten, gefinancierd door het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Sinds de politiehervorming in 2002 werd dit verengd tot louter overlast en veiligheid. Toch gebeuren er binnen de drughulpverlening nog vele activiteiten van onthaal, outreaching, begeleiding en straathoekwerk. Het gaat hier om zo'n 38 voltijdse hulpverleners.

Er stellen zich ook hier duidelijke problemen. Een structuur waarbij Binnenlandse Zaken subsidieert, de Gemeente als projectverantwoordelijke fungeert en de Instelling het personeel tewerkstelt is bijzonder complex. In de afgelopen jaren werden deze contracten telkens per jaar verlengd, wat onzekerheid geeft inzake tewerkstelling met als gevaar dat personeelsleden afhaken en kiezen voor een job met meer zekerheid. Tot slot zijn er hoog oplopende financiële tekorten voor de gemeenten of voor de instellingen op wie een aantal gemeenten de tekorten afwenden.

De MSOC's ontvangen een forfaitaire vergoeding en wenden deze middelen voornamelijk extra muros aan voor straathoekwerk, outreachende hulpverlening en mobiele begeleiding buitenshuis. In de praktijk gaat het hier om een co-financiering van Binnenlandse Zaken aan het RIZIV.

### **Toekomstige financiering**

Het huidige financieringssysteem van het RIZIV via een prestatievergoeding is een werkbaar systeem gebleken op enkele knelpunten na. Vooral de hoge werkdruk (90% bezetting), de vergoeding voor de

psychiaters en het gebrek aan financiering van de residentiële en de ambulante nazorg, moeten hier vermeld worden als belangrijke verbeterpunten voor de toekomst.

De VVBV pleit er voor dat cliënten niet moeten betalen voor ambulante hulpverlening en dat de cliëntbijdrage voor een toekomstige Vlaamse residentiële behandeling niet duurder wordt dan de huidige Federale residentiële behandeling. Men denkt hierbij aan een maximum forfait zoals bij een opname in de psychiatrie.

Een goede financiering moet voorzieningen in staat stellen om personeel met een hoge anciënniteit te behouden en personeel met voldoende kwalificatie te betalen, met voldoende autonomie in de invulling van het multidisciplinair team. Ook het aanwerven van ervaringsdeskundigen moet mogelijk zijn. De bezettingsgraad zou moeten teruggebracht worden naar 80%.

### **Artsen en psychiaters**

de VVBV pleit voor het verder zetten van de bestaande regel dat de artsen verbonden aan het centrum vergoed worden via een loon en niet via prestaties.

De grote sterkte van de huidige revalidatiecentra voor drugverslaafden is dat er gewerkt wordt vanuit een multidisciplinaire benadering en dat de teams ook in werkelijkheid multidisciplinair zijn samengesteld. De artsen en psychiaters die deel uitmaken van deze teams leveren niet alleen individuele prestaties (consultaties met cliënten), maar zijn vooral ingebed binnen het team waar ze hun expertise binnenbrengen. Zij realiseren in werkelijkheid heel wat prestaties waar geen nomenclatuurcodes voor bestaan (gezondheidsvoorlichting aan de patiënten; coaching van personeel en multidisciplinair overleg).

Om in de toekomst artsen en psychiaters te kunnen blijven aantrekken is het belangrijk om een competitieve verloning te voorzien die kan concurreren met de barema's binnen de GGZ.

### **Kinderen van druggebruikers.**

Naar schatting heeft 30% van de personen in behan-

deling 1 of meerdere kinderen. Dit percentage ligt nog hoger in de laagdrempelige ambulante centra. De VVBV-centra hebben in het verleden spontaan heel wat initiatieven genomen om zowel voor de ouders als voor de kinderen een kwaliteitsvol aanbod te voorzien. Bijvoorbeeld opnamemogelijkheid voor moeders mét jonge kinderen, bijeenkomsten voor gebruikende ouders met kinderen, opvoedingsondersteuning, vormingsessies, educatief materiaal enz.

Typerend voor het aandacht besteden aan ouder-schap en kinderen is de netwerkvorming die daarmee gepaard gaat: betrekken van grootouders, school, huisarts, kind en gezin, vertrouwensartsen-centrum, OCMW en CAW, enz. Daarnaast hoeft het geen betoog dat de drugsafhankelijkheid maar ook de behandeling (residentieel, ambulant, dagelijkse inname van vervangmedicatie, enz.) een serieuze impact heeft op de leefsituatie van de verslaafde, en bijgevolg ook op de opvoedingsomgeving voor de kinderen.

Met middelen van het fonds tegen verslavingen en het stedenfonds hebben verschillende centra een specifiek aanbod voor verslaafde ouders met kinderen ontwikkeld. In het belang van al deze kinderen is het noodzakelijk dat de centra die drugverslaafden behandelen ook in de nabije toekomst over extra mogelijkheden (personeel) beschikken om te kunnen voorzien in een aanbod specifiek gericht op de doelgroep verslaafden met kinderen.

### **Overheveling naar Vlaanderen: nu een vacuüm**

De VVBV pleit voor een nieuw decreet betreffende de regelgeving voor de revalidatiesector voor drug-verslaafden. Optimaal wordt de 'aanpak van mid-delengebruik en verslavingsproblemen' allesomvat-tend aangepakt met aandacht voor zowel preventie, vroeginterventie, hulpverlening, harm reduction en maatschappelijke integratie.

Sinds de beslissing om de revalidatiesector over te hevelen naar de Gewesten bevindt de sector zich in een vacuüm. Het RIZIV neemt geen enkele beslis-sing meer over dringende huisvestingsdossiers of over de talrijke uitbreidingsaanvragen.

De Vlaamse overheid kan op dit moment nog geen beslissingen doorvoeren en lopende federale pro-jecten worden stopgezet zonder overgangsregeling. Zo werd de federale financiering van de netwerkco-ordinator van de provinciale netwerken rond mid-delenmisbruik eind 2012 stopgezet. Deze functie is nochtans cruciaal om een goed werkend zorgcircuit rond middelenmisbruik te kunnen uitwerken.

### **Groeipad**

Het zal belangrijk zijn om na de overheveling van de bevoegdheden aandacht te hebben voor de verdere uitbouw en organisatie van de verslaafdenzorg. De revalidatiesector voor drugverslaafden bevindt zich immers nog in een groeifase en vele centra hebben een uitbreidingsaanvraag ingediend bij het RIZIV. Vooral een verdere regionale spreiding van de ambulante zorg, bijkomende crisisopvang en een betere regeling van de residentiële nazorg is hierbij noodzakelijk.

De leden van de Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) zijn ADIC, De Kiem, De Sleutel, De Spiegel, Free clinic, Katarsis, Kompas, MSOC Gent, MSOC Limburg, MSOC Oostende en MSOC Vlaams Brabant. In totaal gaat het om 11 verschillende organisaties (en 16 conventies met het RIZIV) die samen jaarlijks ongeveer 8.500 verschillende personen behandelen. In totaal worden in deze voorzieningen zo'n 500 voltijdse personeelsleden tewerkgesteld. Voor meer info zie [www.verslaafdenzorg.be](http://www.verslaafdenzorg.be)

### **Diversiteit in behandeling.**

De VVBV pleit voor het behouden van de huidige diversiteit in behandeling en voor een goede regi-onale spreiding van de zorg. Momenteel moet er vooral nog werk gemaakt worden van een betere regionale spreiding van ambulante hulp en van ondersteuning van initiatieven ten aanzien van zeer specifieke doelgroepen (bvb. verslaafde ouders met kinderen, verslaafde cliënten met een mentale beperking, minderjarigen ...enz.). Het inspelen op lokale noden en trends is hierbij slechts mogelijk mits een flexibel gebruik van budgetten. De verschil-

lende overheden moeten een kader maken waarin samenwerkingsverbanden en deelwerkingen in een rechtstreekse en gemeenschappelijke financiering (federale overheid, gemeenschappen en gewesten) kunnen worden uitgevoerd.

Er zijn momenteel tussen de centra duidelijke verschillen in behandelstijl, behandelaanbod en bereikte doelgroepen. Sommige initiatieven hebben meer een pedagogische inslag, andere zijn meer medisch of psychotherapeutisch, veranderingsgericht of schadebeperkend. Er zijn verschillen in de mate dat het gezin van de cliënt bij de behandeling wordt betrokken. Er zijn initiatieven voor vrouwen, voor ouders met kinderen, voor tewerkstelling, voor nazorg, samenwerkingsverbanden met DGGZ, met psychiatrische klinieken...enz.

De sterkte van deze sector is dat er een grote verscheidenheid is in het aanbod (en dus keuzemogelijkheid voor de cliënt en zijn verwijzer) en dat er een groot zelfbewustzijn is bij de initiatiefnemers en het personeel om nieuwe wegen te bewandelen en nieuwe taken op te nemen.

### Justitie

De revalidatiecentra voor drugverslaafden werken nauw samen met justitie. Zo organiseert de VVBV sinds 2011 in de meeste Vlaamse gevangenissen een Centraal Aanmeldpunt voor drugverslaafden dat gedetineerden doorverwijst naar hulpverlening buiten de gevangenis. Dit project wordt betaald door Justitie. Daarnaast is er een te beperkt aanbod aan hulpverlening in de gevangenis dat in de toekomst zou moeten worden uitgebreid. De tijd dat een verslaafde in de gevangenis verblijft kan nu eenmaal veel nuttiger aangewend worden. De ministers bevoegd voor enerzijds Justitie en anderzijds Welzijn en Gezondheid moeten hier samen beslissen tot wie zijn bevoegdheid dergelijk aanbod behoort en daar dan ook gerichte en structurele acties in ondernemen.

Gedetineerden die zich in het kader van een beperkte vrijheid of tijdens een uitgangspersmissie willen laten begeleiden in een ambulanc centrum voor drugverslaafden moeten dit momenteel doen op eigen kosten. De ziekteverzekering komt niet tussen en ook de gevangenis weigeren meer en meer om deze kost ten laste te nemen. Dit betekent voor vele gedetineerden een feitelijke exclusie van hulp. Om te vermijden dat gebruikers in de gevangenis terecht komen zijn er projecten rond gerechtelijke alternatieve maatregelen (GAM) voor volwassenen en herstelgerichte en constructieve afhandeling (HCA) voor jongeren. De financiering van al deze initiatieven is echter ontoereikend.

De VVBV pleit dan ook voor duidelijkheid omtrent de onmiddellijke toekomst van al deze projecten, voor een duidelijke bevoegdheidsverdeling en een structurele financiering.

### Fonds ter bestrijding van Verslavingen

De middelen van dit fonds worden nu beheerd door het RIZIV, maar komen ook over naar de gewesten. Deze middelen moeten verder aangewend worden om de behandeling van drugverslaafden kwalitatief te kunnen verbeteren.

### Toekomstig organisatie model

Samenvattend stelt het VVBV dat een nieuw Vlaams decreet de juridische basis moet vormen voor de erkenning, financiering en werking van de revalidatiecentra voor drugverslaafden en voor alle activiteiten die te maken hebben met middelenmisbruik die vallen onder Vlaamse bevoegdheid.

De organisaties die momenteel een revalidatieovereenkomst hebben moeten hun werking kunnen continueren met een erkenning van onbepaalde duur, een structurele financiering voor de bestaande activiteiten, ingebed in een provinciaal netwerk en in samenwerking (verbanden) met andere sectoren.

D.C.



VERENIGING VOOR  
ALCOHOL- EN ANDERE  
DRUGPROBLEMEN vzw

## Het Memorandum van de VAD

de  
kiem

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, als koepel van voorzieningen betrokken bij de problematiek van middelengebruik en verslavingsproblemen formuleert in z'n memorandum vijf beleidsprioriteiten: een categoriale én geïntegreerde aanpak, een actieplan met voldoende middelen, een facettenbeleid, het investeren in afstemming en coördinatie en het investeren in onderzoek, registratie, kwaliteitsbevordering, vorming en ondersteuning

### 1. Een categoriale én geïntegreerde aanpak

De aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen beslaat het continuüm van preventie, vroeginterventie, hulpverlening, schadebeperking en maatschappelijke integratie. Het gaat om op elkaar aansluitende onderdelen van een traject dat afwisselend categoriaal en geïntegreerd in andere sectoren kan plaatsvinden. Continuïteit en zorg op maat zijn hierbij sleutelbegrippen.

Dit vereist een duidelijke organisatiestructuur waarin enerzijds de specificiteit van de problematiek van middelengebruik en verslaving wordt gebundeld en op elkaar afgestemd (categoriale organisatie) en anderzijds de aanpak wordt geïntegreerd binnen andere organisatie-modellen (de GGZ, de integrale jeugdhulp, de gezondheidssector, de welzijnssector, het veiligheidsbeleid, gezondheids promotie enz.).

### Vlaanderen

De 6<sup>de</sup> staatshervorming geeft Vlaanderen een aantal sleutels in handen om een Vlaams beleid rond middelengebruik en verslavingsproblemen uit te werken. Hiervoor zijn nodig:

1. Een nieuw decreet over middelengebruik en verslavingsproblemen (dat het continuüm van preventie tot hulpverlening garandeert).
2. Vastlegging van de basisprogrammatie voor preventie en zorg met voldoende ruimte om dit verder aan te vullen op basis van provinciale en regionale noden.
3. Een minimale subsidieregeling en kwaliteitsvereisten voor de binnen dit decreet erkende organisaties.
4. Continuering van de provinciale netwerken middelengebruik (mèt coördinator).
5. Lokale verankering van preventie en vroeginterventie.

### Federaal

Een niet onaanzienlijk deel van de residentiële categoriale zorg binnen de psychiatrische ziekenhuizen (een groot deel van de alcoholzorg en deels ook drugszorg) blijft federaal. Daarom moet de federale regelgeving voldoende aansluiten op het Vlaams beleid en vice versa.

6. Voor de verslavingsafdelingen in psychiatrische ziekenhuizen moet een specifieke personeelsnormering worden uitgetekend.
7. Er is afstemming nodig omtrent de financiële bij-

drage van de patiënt tussen federaal en Vlaamse aangestuurde voorzieningen.

8. In een ruimer kader dient een debat te worden gevoerd over prestatiefinanciering versus een globale (enveloppe)financiering binnen de verslavingszorg.

## 2. Een actieplan met voldoende middelen

### Federaal en Gemeenschappen

Eind 2013 kon het Nationaal Alcohol Plan 2014-2018 (NAP) dat door de Algemene Cel Drugs in 2013 was voorbereid, bij gebrek aan consensus niet worden goedgekeurd. De VAD stelt dat de goedkeuring van dit plan in de regeringsonderhandelingen moet worden meegenomen en eist dat de initiële voorstellen, gericht op een beperking van het aanbod, opnieuw in het NAP worden opgenomen: verbod op verkoop van alcohol in tankstations, in nachtwinkels en automaten en verbod op happy hours en andere promotie. Daarnaast worden ook een doortastend prijsbeleid en een beperking van reclame en marketing beklemtoond.

### Vlaanderen

In het kader van de overdracht van bevoegdheden van het federale niveau naar Vlaanderen staat de continuering van het huidige aanbod als minimaal streefdoel voorop. Zelfs zonder uitbreiding van middelen is het belangrijk om structurele financiering te voorzien voor de bestaande (pilot)projecten in functie van continuïteit en om verlies van expertise te vermijden. Wil Vlaanderen actief inzetten op de aanpak van de problematiek van middelengebruik en verslaving, dan zijn er echter veel meer middelen nodig.

De investering in voldoende permanente en complementaire structuren op vlak van **preventie** zou tegen 2015 minimaal moeten worden verdubbeld en de werking van lokale preventiewerkers dient beter te worden geïntegreerd in het Vlaamse preventiebeleid (in cofinanciering met de lokale overheid).

Daarnaast is er nood aan een structureel aanbod aan **vroeginterventie** (ook voor volwassenen en alcoholmisbruik) en vroegdetectie (door screening en korte interventies binnen de reguliere zorg).

Op vlak van **hulpverlening** is er een groot tekort aan ambulante behandelingsmogelijkheden (zowel qua spreiding en laagdrempeligheid, als qua focus op kwetsbare groepen) en is er nood aan een laagdrempelige behandelingsaanbod voor een gemarginaliseerde groep met een chronisch alcoholprobleem. De ambulante revalidatiecentra voor verslaafden (zoals MSOC en dagcentra) moeten outreachend kunnen gaan werken en in het kader van zorgcontinuïteit moet er naast ambulante behandelingscentra ook een aanbod aan ambulante vervolgzorg en semi-residentiële behandelingsmogelijkheden (vb. dag- en nachthospitalisatie) worden voorzien die de drempel tot behandeling verlagen. De plaatsen voor beschut wonen dienen open te staan voor cliënten uit de verslavingssector en de huidige (revalidatie)centra voor verslaafden moeten een aanbod van beschut wonen kunnen opstarten.

**Schadebeperkende** initiatieven (vb. peer support) die op het terrein kunnen inspelen op trends moeten kunnen rekenen op een continuïteit van hun werking.

Er zijn in het recente verleden heel wat **projecten** opgestart (o.a. in het kader van het Fonds ter bestrijding van Verslavingen) waarin innoverende methodieken werden uitgewerkt en uitgetest, zoals CRA voor cocaïnegebruikers, crisis aan huis, aanbod naar gebruikende zwangere vrouwen en ouders met jonge kinderen, online hulpverlening. Deze projecten blijven in vervolgpiloten steken, terwijl er ruimte moet worden gecreëerd om positief geëvalueerde projecten structureel verder te zetten en te implementeren in andere regio's. Zo zouden ook de FOD pilotprojecten crisiseenheden en casemanagement en de dubbele diagnoseafdelingen continuïteit moeten krijgen, alsook de antenepunten van het MSOC en de intergemeentelijke preventiewerkers die met provinciale middelen werden opgestart. Het Fonds ter bestrijding van verslavingen moet gecontinueerd worden als incentive voor kwaliteitsbevordering en innovatie in de hulpverlening. De koppeling van casemanagement aan de crisiseenheden moet verder gaan dan louter ontslagmanagement en de taak en plaats van de casemanager moet kritisch worden herbekeken. Tot slot moet de maatschappelijke integratie en samenwerking met belendende sectoren zoals



wonen en werken zowel vanuit het Vlaamse beleid als vanuit het lokale niveau, prioritaire aandacht krijgen.

In navolging van het Vlaamse Actieplan tabak, alcohol en drugs voor preventie en vroeginterventie (2009-2015) moet een nieuw actieplan rond middelengebruik en verslavingsproblemen worden opgemaakt om te komen tot een consistent Vlaams alcohol- en drugbeleid.

### 3. Een facettenbeleid

De middelenproblematiek is in de eerste plaats een gezondheidsprobleem, maar zowel de oorzaken als de gevolgen dienen in een ruimer perspectief te worden aangepakt. De complexiteit van de middelenproblematiek vereist een duidelijk engagement van verschillende sectoren die al dan niet zijdelings met de problematiek worden geconfronteerd.

### Federaal

Heel wat druggebruikers komen in contact met politie en Justitie en de justitiële sector doet in verschillende fasen van de strafrechtketen een beroep op de hulpverlening. In de samenwerking met politie en Justitie vormen een goede terreinafbakening en een erkenning van de verschillen in finaliteit en eigenheid van beide sectoren essentiële uitgangspunten, alsook de erkenning van het beroepsgeheim en duidelijke afspraken hieromtrent. Hier zijn echter een aantal knelpunten:

Experimenten zoals de Drugbehandelingskamer en het project Proefzorg in Gent zouden een structurele basis moeten krijgen en ook in andere arrondissementen moeten worden ingevoerd. Er moet duidelijkheid komen betreffende het perspectief van de reeds jaren ondergefinancierde projecten Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen (AGM) en de opdracht(en) van de hulpverleners





die werken in het kader van de strategische veiligheids- en preventieplannen (SVVP) moeten worden geëxpliciteerd en verruimd. Tot slot is er dringend nood aan de evaluatie van het gevangenisbeleid inzake middelenmisbruik en het project Centraal Aanmeldingspunt (CAP), dat de brug maakt tussen gevangenis en hulpverlening, dient een structurele basis te krijgen.

### **Vlaanderen**

Omwille van laagdrempeligheid, capaciteit en complementariteit is samenwerking tussen de categoriale sector van middelengebruik en verslavingsproblemen en een aantal belendende sectoren zoals algemeen welzijnswerk, eerstelijnsgezondheidszorg, algemene geestelijke gezondheidszorg, integrale jeugdhulp, VAPH, buurt- en opbouwwerk, onderwijs, jeugdwerk, arbeidszorg (inclusief sociale economie),... nodig om tot inclusie van de aanpak van de problematiek van middelengebruik en afhankelijkheid te komen.

Er is nood aan deskundigheidsbevordering in deze belendende sectoren (om via het ontwikkelen van een beleidsmatige aanpak met de alcohol- en drugproblematiek om te gaan) die een belangrijke taak hebben in vroegdetectie, doorverwijzing en nabehandeling.

Kansarmoede en verslaving gaan dikwijls hand in hand en vragen een geïntegreerde aanpak waarin gezondheid, welzijn, jeugdhulp en Justitie samenwerken met opleiding en ondersteuning voor voorzieningen die geïntegreerd werken.

Alle bevoegde overheden moeten duidelijke engagementen formuleren (vrijstelling van mensen en middelen) om de middelenproblematiek in de sectoren waarvoor ze bevoegd zijn, mee aan te pakken en samenwerkingsafspraken te maken met de categoriale sector middelengebruik en verslavingsproblemen. Hiertegenover staat het engagement van de categoriale sector om vorming en coaching te voorzien voor de medewerkers in deze sectoren op vlak van preventie, vroeginterventie en hulpverlening.

## **4. Afstemming en coördinatie**

De problematiek van middelengebruik en verslaving is complex en heeft gevolgen op heel veel verschillende beleidsniveaus en binnen vele maatschappelijke sectoren. Afstemming en coördinatie zijn essentieel.

### **Europees**

De Europese Unie heeft een nieuwe EU Drugs Strategie 2013-2020 uitgetekend voor het domein van vraag- en aanbodzijde. Dit levert een aantal engagementen op van alle lidstaten en van de Europese instellingen. Voor de alcoholproblematiek zou het Europese parlement zich moeten engageren om een nieuwe EU-alcoholstrategie te ontwikkelen en hieraan concrete engagementen te koppelen die op de eerste plaats zijn ingegeven vanuit de zorg voor de gezondheid van de Europese burger.

### **Federaal en Vlaanderen**

Afstemming tussen alle partners op federaal en Vlaams niveau op het continuüm tussen preventie en hulpverlening is essentieel om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. De VAD pleit voor een kritische evaluatie van de werking van de bestaande landelijke structuren en voor een permanente dialoog tussen deze beleidsorganen en de categoriale sector. Er is nood aan een duidelijk beleidskader inzake alcohol en illegale drugs en aan provinciale en regionale zorgcoördinatie (bv op het niveau van preventie). Een bijkomende programmatie van preventie en zorg op basis van regionale noden moet bovendien mogelijk zijn. Tot slot dient een kritische analyse van de financieringsmechanismen in de gezondheidszorg ook de noden van en de gevolgen voor cliënten met een middelenproblematiek mee te nemen.

### **Vlaanderen**

De VAD pleit voor één Vlaamse partnerorganisatie met opdrachten op vlak van het continuüm van preventie, vroeginterventie, hulpverlening en harm



reduction. De Vlaamse overheid moet initiatieven nemen om samenwerkingsprotocollen af te sluiten met provinciale en lokale overheden op het vlak van preventie en vroeginterventie.

Tot slot is een actieve betrokkenheid van het werkveld bij de afstemming tussen de verschillende beleidsniveaus zeker een must.

### **5. Onderzoek, registratie, kwaliteitsbevordering, vorming en ondersteuning**

De VAD pleit voor een continuering van het Belspo-budget voor beleidsvoorbereidend onderzoek en voor een aanvullend budget voor zowel fundamenteel als praktijkondersteunend onderzoek.

De bescheiden stappen op vlak van registratie (zoals TDI) en epidemiologisch onderzoek (zoals de gezondheidsenquêtes) moeten worden geoptimaliseerd en er zijn bijkomende initiatieven nodig betreffende monitoring van uitkomsten, effectonderzoek en kosten-baten analyses.

Tot slot moet er verder worden ingezet op kwaliteitsbevordering, vorming en ondersteuning.

D.C.

De VAD overkoepelt een tachtigtal organisaties die gespecialiseerd zijn in de alcohol- en andere drugproblematiek: informatie- en preventieorganisaties, centra voor geestelijke gezondheidszorg, therapeutische gemeenschappen en dagcentra, medisch sociale opvangcentra, verslavingsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, Epsi's en Paaz-diensten, laagdrempelige zorgcentra en individuele experts. Een overzicht van de VAD-leden vindt u op <http://www.vad.be/media/1356227/ledenalfabetisch2013.pdf>

## Substitutiebehandeling in het ambulante centrum van Geraardsbergen

*Ambulante methadontherapie in combinatie met psychosociale begeleiding heeft duidelijk positieve effecten op verschillende levensdomeinen, waaronder een duidelijke stijging van de levenskwaliteit.*

Eind 2009 startte De Kiem een ambulante centrum te Ronse met een antennewerking in Geraardsbergen. Voor deze centra sloot De Kiem een conventie af met het R.I.Z.I.V.

In de ambulante centra van De Kiem kunnen personen met een afhankelijkheidsprobleem terecht voor begeleiding. De druggebruiker wordt op medisch, psychosociaal, administratief en juridisch vlak ondersteund en begeleid. De medische begeleiding bestaat voornamelijk uit substitutiebehandeling van heroïneverslaafden. Via substitutiebehandeling willen we aan heroïneverslaafden een vervangmedicatie aanbieden. Dit gebeurt steeds in combinatie met een psychosociale begeleiding onder de verantwoordelijkheid van een multidisciplinair team bestaande uit een arts, een apotheker en een psychosociale hulpverlener.

Patiënten met een heroïneproblematiek melden zich zelf aan bij De Kiem of worden doorverwezen door een andere instantie. Eerst volgt een intakegesprek met één van de begeleiders en daarna een consultatie bij de arts van De Kiem. Tijdens deze consultatie wordt eventueel substitutietherapie opgestart. Daarbij wordt een contract opgesteld tussen drie partijen: de patiënt (cliënt), De Kiem en de apotheek. De opvolging gebeurt door de psychosociale begeleiders en de arts. De verstrekking van methadon gebeurt via een (samenwerkende) apotheek in de buurt.

Het doel van een substitutiebehandeling is meervoudig: het verminderen of stoppen van het heroïnegebruik; het verbeteren van de algemene kwaliteit van leven; het verminderen van criminele activiteiten; het verminderen van de verspreiding van HIV, hepatitis B en C en een verbetering van de algehele gezondheidstoestand.

Het Koninklijk Besluit over de behandeling met vervangingsmiddelen van 6 oktober 2006 bepaalt dat enkel methadon en buprenorfine kunnen aangewend worden als substitutiemiddel. Beiden zijn opiaatagonisten en effectief gebleken, maar beide producten verschillen toch van elkaar en hebben een eigen farmacologisch profiel. Een belangrijk verschil tussen methadon en buprenorfine is dat methadon een krachtige agonist is en buprenorfine slechts een partiële agonist. Ook het grote prijsverschil (methadon is goedkoper) geeft dikwijls de doorslag om met methadon te werken.

Methadon en buprenorfine kunnen de patiënt helpen om te stoppen of te minderen met heroïnegebruik. Het zijn geen wondermiddelen en het is nodig gebruikers te blijven motiveren om regelmatig de juiste dosissen te blijven innemen en te werken aan het herstel van hun psychosociale situatie.

Klassiek worden er 3 modules gebruikt in de substitutietherapie :

- Enerzijds zijn er kortdurende detoxificatieprogramma's die de patiënt helpen om de ontwenningsverschijnselen op te vangen. Vaak gaat het hier over een crisisopname, met aansluitend een mogelijke doorverwijzing naar een langduriger behandelprogramma.
- Anderzijds is er ook het ambulante "maintenance to abstinence"-programma waarbij men tijdelijk een onderhoudsbehandeling met methadon of buprenorfine geeft om na stabilisatie de medicatie erg geleidelijk af te bouwen. Zo een programma kan gemakkelijk meerdere jaren duren. Het is voornamelijk deze module die wordt toegepast in de ambulante centra van De Kiem te Ronse en Geraardsbergen.
- Tot slot zijn er nog de klassieke onderhoudsprogramma's waarbij de afhankelijkheid aan heroïne vervangen wordt door een afhankelijkheid aan methadon of buprenorfine.

In het kader van zijn masterthesis stelde Tom Van der Heyden (huisarts in opleiding) **de onderzoeksvraag** of een substitutiebehandeling in het ambulante centrum van Geraardsbergen een verschil kan maken op vlak van kwaliteit van leven voor een patiënt met een heroïneverslaving. **In hoeverre maakt de huidige aanpak van een heroïneversla-**

**vingsproblematiek met een (hoge) dosis methadon het verschil op vlak van kwaliteit van leven (Quality of life).** Er wordt dus niet enkel gepeild naar de lichamelijke gezondheid, maar ook naar de psychische gezondheid, naar arbeid, inkomen, druggebruik en criminaliteit.

Tom Van der Heyden volgde zijn HAIO opleiding in de huisartsenpraktijk van dokter Thierry De Craecker. Dr. De Craecker is sinds 2009 verbonden met De Kiem en was daarvoor reeds gespecialiseerd in substitutiebehandeling. Professor Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent, vakgroep orthopedagogiek) was promotor van de masterproef en Dr. Thierry De Craecker de co-promotor.

### **Methode**

Er werden twee gevalideerde vragenlijsten afgenomen: de WHO-BREF (de korte versie van de WHOQOL) die peilt naar levenskwaliteit en de EuropASI (European addiction severity index) die 7 levensdomeinen bevraagt: lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, alcoholgebruik, druggebruik, justitie/politie, familiale en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid. Beide vragenlijsten werden bij de start en na 6 maanden therapie afgenomen. De resultaten op beide tijdstippen werden vergeleken om het effect van de therapie na te gaan.



## Kenmerken populatie

Er werden uiteindelijk 18 patiënten in het onderzoek opgenomen. Zij hebben allen de volledige studie doorlopen. In totaal werden er gegevens verzameld uit 36 (2x18) WHO vragenlijsten en 36 (2x18) EUROPASI vragenlijsten.

De populatie bestond uit 10 mannen en 8 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 24,9 jaar waarvan de jongste 18 jaar was en de oudste 33 jaar. Het gemiddeld aantal jaar heroïnegebruik bedroeg 5,4 jaar. De beginleeftijd van heroïnegebruik was bij deze populatie 18,6 jaar. De helft van de cliënten gaf aan ooit geïnjecteerd te hebben.

Op vlak van opleiding hadden de meeste deelnemers (40%) een diploma van de 2de graad BSO behaald. De meeste personen (15) kwamen op eigen initiatief in behandeling. Bij navraag over enige vorm van misbruik (lichamelijk, emotioneel, seksueel) bleek dit bij 28% van de personen gebeurd te zijn in het verleden.

## Resultaten

Er waren duidelijke verschillen voor en na de substitutietherapie voor volgende aspecten:

### *Werk- en financiële situatie*

Van de 18 patiënten was tewerkstelling oorspronkelijk maar bij 4 personen de belangrijkste bron

van inkomen, na 6 maanden behandeling was dit gestegen tot 11 patiënten. Dit betekent dat meer dan de helft van de personen aan het werk is na 6 maanden behandeling.

### *Criminaliteit*

Alle patiënten hadden samen 35 druggerelateerde PV's opgesteld gekregen voor de behandeling. Gedurende de 6 maand therapie heeft maar één patiënt een druggerelateerd proces verbaal gekregen. Verder onderzoek is hier nodig om conclusies te kunnen trekken.

### *Middelengebruik*

Alle patiënten waren polydruggebruikers. Het betrof hier vooral heroïne, cocaïne, amfetamines en cannabis. Bij het gebruik van heroïne zagen we een duidelijke significante daling. Het gebruik van de andere middelen daalde ook, maar gezien de kleine populatie, niet significant.

### *Levenskwaliteit*

Het meest opvallende onderzoeksresultaat is het duidelijke verschil in levenskwaliteit voor en tijdens de methadonsubstitutie. Cliënten gaven een duidelijk verbetering aan op het vlak van tevredenheid over kwaliteit van leven, gezondheid, betekenisgeving, recreatie, zichzelf en hun persoonlijke relaties, ... Enkel bij vragen over (mogelijkheid tot) mobiliteit en seksuele relaties vonden we geen significante verbetering.



### **Beperking van de studie**

Het grootste gebrek bij deze studie is de kleine populatie. Een meer grootschalige opzet is noodzakelijk om betere conclusies te kunnen trekken. Ook opvolging na de eerste 6 maanden en liefst tot jaren na de therapie is nodig om te kijken naar hervalpercentages en cijfers betreffende kwaliteit van leven.

### **Conclusie**

Deze (weliswaar beperkte) studie toont aan dat waar 'een op stabilisatie gerichte substitutiebehandeling' wordt gecombineerd met 'een op kwaliteit van leven gerichte psychosociale begeleiding' de outcome duidelijk positief is. We moeten eerder streven naar een stabilisatie dan naar een acute detoxificatie.

Jo Thienpont,  
Verantwoordelijke ambulante werkingen



## In zwijm en van de kaart...

*Naar goede gewoonte zijn ook dit jaar de bewoners van De Kiem op kamp geweest. Na een drukke week van voorbereidingen vertrokken we op 8 augustus. Het was een druilerige dag, de voorbode van een regenachtige week.*

De treinreis verliep vlot, mede dankzij de gereserveerde plaatsen. Eens aangekomen werden we hartelijk ontvangen door de karavaan die onze spullen reeds had vervoerd. De eerste avond verliep niet al te vlot ... het was voor velen wat zoeken. Na een bord spaghetti waren we al wat meer op ons gemak. Eenmaal gesetteld begon het kampgevoel echt tot ons door te dringen. We kropen moe maar tevreden in bed.

De eerste kampdag deden we met z'n allen een hoog touwenparcours met death ride. Het werd een beproeving van onze angsten en teamspirit, maar iedereen slaagde met vlag en wimpel. Dit mede door de getalenteerde instructeur die menig vrouwvolk in zwijm deed vallen. 's Avonds hebben we genoten van het bezoek van de HWH-bewoners met BBQ, kampvuur, gitaar en vele verhalen.

De tweede dag werden we getest op oriëntatievermogen en spankracht. Het kaartlezen lukte niet zo goed voor iedereen. Eén groep liep van de kaart af, een andere groep bereikte niet alle beoogde punten.... maar iedereen zette door en wist zijn goed humeur te behouden.

Op de derde dag zaten we samen met onze peers en werd er lustig gerailbiked, gebowld en aan sightseeing gedaan. Ook die dag werd afgesloten met een gezellige BBQ.

De vierde dag was een chill-dag. We reden naar een zwemmeer, waar er naar hartenlust sprongen, duiken en menig ander acrobatisch talent vertoond werden in het ijskoude water. Zo hebben we onze batterijen kunnen opladen voor de fantastische nachtdropping waar velen naar uitkeken. Het weer zag er grauw uit, maar de hemel trok open toen





de bewoners die de dropping aandurfd en het bos betraden. De thuisblijvers zorgden voor heerlijk warme chocolademelk voor deze dappere helden.

De vijfde dag stond onder het motto "Vive le vélo!". Ook hier waren de weergoden ons slecht gezind. Ze spuugden hun gal uit met liters water maar ook dat kon de pret niet bederven. Eén groep bereikte nooit de bestemming, maar de anderen konden genieten van het pittoreske dorpje Monschau. Met rubberen benen maar zeer voldaan, zijn er nadien een paar in de sauna gegaan.

De zesde dag gingen we met z'n allen naar de water-vallen van Coö. De weergoden zorgden ervoor dat er te veel stroming was om te kajakken, dus maakten we er een duchtige rafting van. De kolkende, wilde rivier zorgde ervoor dat ook hier de groepsdynamiek

op de proef werd gesteld. De laatste avond was magisch en speciaal: een steen, gezocht langs de rivier, werd gegeven met veel plezier; op goed geluk of was het meer, ik vraag het me af, keer op keer.

Mooie sprookjes duren niet lang... De zevende dag namen we alweer afscheid. Vaarwel Xhoffraix. Vaarwel kamp. De echte wereld wacht nu op ons. Na een lange reis weer thuis werden we opgewacht met een hapje, een drankje en 's avonds een filmpje op de buis...

*Yassin en Patricia,  
bewoners van de therapeutische gemeenschap*

## Elke cent werd opgerookt...

*Zondagnamiddag, straks komt onze zoon voor een gezellige koffieklets! Ik verwacht hem met blij gemoed, we hebben immers dit bezoek afgesproken en ik twijfel niet aan zijn belofte. Vandaag niet, maar ooit was het anders ...*

Ongeveer 15 jaar geleden, W. was toen 14, raakte hij als lief, grappig en mooi kind verwaald in de heel verwarrende, misleidende, euforische, afmattende en bedrieglijke drugwereld.

W. heeft als jongste telg en met twee oudere zussen een vrolijke, eerlijke, creatieve en gelukkige jeugd gekend. Tenminste, dat leek ons zo. Dat W. ons rond zijn zestiende vertelde dat hij gay was (iets wat we eigenlijk reeds vroeger wisten), is misschien een oorzaak geweest van die andere doffe ellende. Hij werd vreemder, isoleerde zich van iedereen, stopte met zijn jeugdbeweging, sport en muziek en installeerde zich dagen en nachten voor de televisie. Zijn schoolresultaten bleven schitterend, ondanks zijn totaal gebrek aan inzet. Zijn sociale contacten waren echter niet duidelijk. Feesten was geen probleem... maar echte vrienden en vriendschap wel. We wisten dat hij af en toe experimenteerde met cannabis en lieten dit oogluikend toe. We beseften echter niet dat zijn gebruik ernstige vormen had aangenomen.

Toen ik rond zijn 18de verjaardag een halve zolder met lege hulzen, blaadjes en restjes tabak vond stond mijn hart stil. Ik werd geconfronteerd met de harde realiteit: onze zoon was aan de drugs! We konden starten met het bespreken van alle mogelijke hulppistes. Dit was echter tevergeefs, elke cent werd opgerookt.

Vijf maanden opname in Sint Camillus in St.-Denijs-Westrem hebben hem een klein jaar drugsvrij gemaakt. Opluchting alom, maar des te groter de teleurstelling toen hij opnieuw herviel. Herhaaldelijk werd hij op een nieuwe werkplek ontslagen, zijn maskerade werd steeds ontdekt.

W. bleef nu ook ontkennen. Hij nam een zeer narcistische houding aan en trachtte ons ervan te overtuigen dat iedereen het verkeerd voor had met hem. Niets was echter minder waar. Onze bezorgdheid, met angsten en teleurstellingen, maakte dat wij ons naar hem toe intens droevig en vooral heel erg machteloos voelden. Al onze hulp, liefde en zorg hadden niet geholpen. W. was 26 jaar en stond zonder één cent, fysisch, psychisch en financieel

met zijn rug tegen de muur. Drie weken lang was ik uur na uur bang om onze zoon te verliezen.

Uiteindelijk ging hij akkoord om in het residentieel programma van De Kiem te stappen en waren de mensen van De Kiem bereid om hem en ons te helpen. November 2012 hebben we W. afgeleverd. We waren vol hoop en vertrouwen en vooral gerustgesteld... Hij was voorlopig veilig!

Tot de dag van vandaag heeft W. volgehouden! Hij is van nul gestart, is de ladder opgeklimmen en er weer afgevallen. Hij heeft gevochten en geschreeuwd, geweend en gehuild.... maar hij leerde opnieuw leven met zichzelf en met anderen. Hij slaagde er in opnieuw structuur te brengen in zijn dagen en heeft gevonden wat hij verder in het leven wil betekenen. Hij herkent opnieuw de waarden van het 'zijn'.

Er zijn geen woorden voor om te zeggen hoe ontzettend fier en intens gelukkig we zijn dat W. sedert deze maand opnieuw zelfstandig woont. Hij studeert en stap voor stap maakt hij zijn plannen concreet. Iedereen die met hem is meegegaan is beloond en uiteraard hopen we dat W. nooit meer kiest voor drugs. Hij is een prachtige zoon die een mooie toekomst tegemoet kan gaan.

De laatste alinea heb ik behouden om samen met mijn dochters, mijn zus en de ondertussen 'wijlen' lieve papa van W., mijn dank en waardering neer te schrijven voor het ganse team van De Kiem. Jullie zijn van levensgroot belang geweest voor ons allen en hebben 'angst' omgezet in 'vertrouwen'. Dankzij de therapie die jullie in vriendschap en veiligheid hanteren, de steun verkregen door gesprekken met lotgenoten, de familieavonden, de intense 'meedraaidagen',... hebben wij onze zoon kunnen steunen en is hij blijven volharden tot de dag van vandaag! Van harte bedankt, we houden zeker contact!

*De mama van W.*

“ *Ik heb het uiteindelijk zelf moeten doen. Daar draait De Kiem eigenlijk een beetje om.* ”

## Een geklutst ei.

Ik ben momenteel 28 jaar en zéér gelukkig met het nieuwe leven dat ik nu leid. Ik voel mij nu verantwoordelijk en stabiel in het leven staan. Het is natuurlijk geen sprookje, maar het was vroeger wel een nachtmerrie.

Here we go. Ik ben begonnen met experimenteren met soft drugs op 15 à 16 jaar. Dit was zéér onschuldig en toen was er ook geen vuiltje aan de lucht. Los van de drugs was ik echter al totaal geen makkelijke baby, kind en puber. Ze zeiden dat ik onhandelbaar was. Overal had ik problemen: op school, thuis, met mijn broer, overal...! Op mijn 18de was ik het zo beu om volgens de regels te leven die mijn ouders of de maatschappij mij oplegden en ik begon te rebelleren. Ik belandde uiteindelijk op straat en harddrugs openden een nieuwe deur voor mij: XTC, speed, paddo's... nog steeds geen vuiltje aan de lucht, dacht ik! Ik had geen woonst en kwam terecht bij krakers en beleefde de tijd van mijn leven: geen regels, geen gezaag, geen verantwoordelijkheid en geen zorgen. Tot ik op een dag letterlijk en figuurlijk 'wakker' werd en mezelf niet meer herkende. Ik voelde mij zoals een geklutst ei. Mijn gevoelens en mijn zelfvertrouwen waren weg en ik moest me verdoven. Toen begon de nachtmerrie pas echt

want ik ontdekte heroïne. Wat een zalig gevoel, alles leek opgelost in 'no time' en mijn problemen leken vergeten. Na 4 jaar intensief gebruiken en na verschillende kortdurende opnames was ik het beu. Ik had niets meer en was een wrak.

Via via ben ik dan in De Kiem terecht gekomen. Dat lag me wel, maar het was zeker niet gemakkelijk. Me in het begin aanpassen aan het programma was het moeilijkste, maar op een bepaald moment heb ik de klik gemaakt. De Kiem heeft veel voor mij gedaan. Ze hebben het mij wel niet cadeau gedaan, ik heb het uiteindelijk zelf moeten doen. Daar draait De Kiem eigenlijk een beetje om.

Zoals ik in het begin al zei... ik leid nu geen sprookjesleven, maar ik ben wel gelukkig en voel mij niet meer afhankelijk van één of ander product. Het contact met mijn ouders is supergoed en ik heb nu mijn eigen gezinnetje. Ik denk nog veel aan de persoon die ik vroeger was maar dagelijks denk ik ook aan de persoon die ik nu ben. Nogmaals bedankt aan het hele team van De Kiem en vooral aan Leen.

*met vriendelijke groet, T.*



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