

THERAPEUTISCH PROGRAMMA VOOR DRUGGEBRUIKERS



Jaargang 21 | oktober, november, december 2013

4

Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



Een geïntegreerde benadering...

Op de recente studiedag van de VAD werd vol lof gesproken over een nieuwe aanpak voor de behandeling van adolescenten die cannabis gebruiken: de multidimensionale familietherapie, kortweg MDFT. Tja,dat je bij een goede behandeling met de cliënt moet werken rond verschillende leefgebieden en dat je betere resultaten kan boeken door de familie of relevante derden bij de behandeling te betrekken is, in alle bescheidenheid, helemaal niet nieuw voor ons. Ongeveer twintig jaar terug werd de eerste familiewerkster aangeworven in De Kiem. Nu zijn er twee medewerkers die als enige opdracht hebben om met de cliënten te werken rond hun familie en de families te betrekken bij het gebeuren in De Kiem. We hebben vorige maand afscheid genomen van familiewerkster Hilde Tatrai. Zij ontwikkelde het aanbod voor families in de voorbije jaren en integreerde de contextuele therapie in dit aanbod.

Op het EFTC congres dat in september doorging te Praag was duidelijk te merken dat er in veel landen weer meer aandacht is voor de herstel-gedachte. Harm reduction is noodzakelijk, maar het is evenzeer belangrijk om de cliënt op alle mogelijke wijzen te steunen als hij een stap verder wil zetten in de overwinning van zijn verslaving. Herstel is wel degelijk mogelijk. Dat bewijzen onder andere de vele ex-verslaafden die zich nu internationaal verenigen in RUN: The Recovered Users Network.

In dit tijdschrift kan je de resultaten lezen van een onderzoek over de effectiviteit van de drugbehandelingskamer in Gent. Een mooi voorbeeld van samenwerking tussen justitie en hulpverlening. In 2008 werd in samenwerking tussen het parket, de

rechtbank van Gent en het netwerk middelenmisbruik van Oost-Vlaanderen de basis gelegd voor dit initiatief waarbij de druggebruiker op een efficiënte manier voor de rechter wordt gebracht.

Dit is een mooi voorbeeld van een geïntegreerde benadering van de drugproblematiek. Hulpverlening en justitie hebben een systeem gevonden waarbij ieder vanuit zijn eigen opdracht en met respect voor het beroepsgeheim kan samenwerken in het belang van de cliënt. En ja, dat weten we ook al langer: druk van justitie of meer algemeen, omgevingsdruk, helpt de verslaafde om iets aan zijn probleem te doen. Dat is al verschillende keren aangetoond in onderzoek naar de resultaten van cliënten met en zonder justitiële druk.

Zoals gewoonlijk krijgen een bewoner en familie het laatste woord. Kevin en de ouders van Bert zijn deze keer aan de beurt.

Het jaar is weer voorbij gevlogen!

Ik wens jullie allemaal een leuk eindejaar en een boeiend 2014. Wat wij in het komende jaar zullen realiseren vertellen we in het volgende nummer.





Uitkomsten- en recidiveonderzoek van de Gentse drugbehandelingskamer

In mei 2008 werd binnen het gerechtelijk arrondissement Gent een eerste Belgische drugbehandelingskamer opgericht. Na vijf jaar werden de uitkomsten van deze DBK en de repercussies ervan op recidive onderzocht, alsook een aantal aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd.

De eerste Belgische DBK werd opgericht met als doel binnen de Rechtbank van Eerste Aanleg een gespecialiseerde kamer te voorzien voor beklaagden met een afhankelijkheidsproblematiek, zonder dat er sprake is van georganiseerde drug- en druggerelateerde criminaliteit¹.

De implementatie en het eerste werkingsjaar van de Gentse DBK ging gepaard met een procesevaluatie (Colman et al., 2011; Vander Laenen, Colman, De Keulenaer & Thomaes, 2012a; Vander Laenen, Colman, De Keulenaer & Thomaes, 2012b).

De uitkomsten van de drugbehandelingskamer werden geëvalueerd tussen 2012 en 2013 (Vander Laenen et al, 2013)². Deze uitkomstenevaluatie had tot doel de uitkomsten en de ervaringen bij DBK-cliënten (met specifieke aandacht voor verbeteringen op verschillende levensdomeinen) en de ervaringen van betrokken hulpverleners in kaart te brengen. Het recidiveonderzoek DBK was erop gericht de uitkomst van een traject voor de DBK op recidive te bestuderen.

Methodologie

In de uitkomstenevaluatie werd een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden toegepast (Dale, 1995).

- Om de uitkomsten van het Gentse DBK-project rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen na te gaan werden dossiers van de betrokken parketmagistraten doorgenomen (n= 52). Deze uitkomsten werden vergeken met dezelfde uitkomsten voor probatie-cliënten in het gerechtelijk arrondissement Hasselt (n=48).
- De inhoud van de behandelplannen en de behandelingstrajecten van Gentse (oud)DBK-cliënten (n=15) werden bestudeerd.
- (Oud-)DBK-cliënten (n=8) en hulp- en dienstverleningsactoren die in contact komen met DBK-cliënteel (n=22) werden gevraagd naar hun ervaringen met het DBK-project aan de hand van semi-gestructureerde interviews.
- Gentse DBK-cliënten (n=5) en probatie-cliënten (n=5) werden gevraagd naar hun perceptie op evoluties in hun middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen en naar hun visie op justitie aan de hand van semi-gestructureerde interviews.

Voor het *recidiveonderzoek* werd recidive gedefinieerd als "een nieuwe gerechtelijke beslissing die *niet* is geëindigd in een vrijspraak, een technisch sepot of andere technische uitspraak en die plaatsvindt n.a.v. elk type van strafrechtelijke inbreuk dat werd gepleegd na het beëindigen van een traject voor de DBK". Het pleeggedrag van DBK-respondenten (n= 44) voor en na het DBK-traject wordt gemeten en de resultaten worden vergeleken met deze van twee controlegroepen. De eerste controlegroep, de KR-groep, (n= 41) bestaat uit beklaagden

¹ Pilootproject Drugbehandelingskamer: Samenwerkingsprotocol tussen de Minister van Justitie, VZW POPOV GGZ, Procureur des Konings te Gent, Voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Gent en Stafhouder van de balie te Gent.
² Het onderzoek werd gefinancierd door het Federaal Wetenschapsbeleid en de FOD Justitie.



die verstek lieten gaan voor de DBK of niet bereid waren een DBK-traject te volgen en bijgevolg voor de DBK een klassieke rechtspleging ondergingen. De tweede controlegroep (n= 59), de probatie-groep, bestaat uit beklaagden die door de rechtbank van eerste aanleg te Hasselt werden veroordeeld tot een probatiemaatregel. Elke respondent werd bestudeerd over een periode van 18 maanden³ te rekenen vanaf de datum van het eindvonnis voor de DBK of de Hasseltse rechtbank. De dataverzameling voor dit recidiveonderzoek gebeurde op basis van de nationale antecedentendatabank.

De belangrijkste beperking van zowel het uitkomsten- als het recidiveonderzoek betreft de beperkte omvang van de steekproeven voor de verschillende onderdelen van dit onderzoek; dit noodzaakt tot voorzichtigheid bij het veralgemenen van de resultaten.

Onderzoeksresultaten

Resultaten uitkomstenonderzoek

De uitkomsten van het Gentse DBK-project rond middelengebruik en druggerelateerde levensdomeinen

Doordat bepaalde informatie niet systematisch wordt geregistreerd door de betrokken actoren bij het DBK-project en de probatiemaatregel, kon slechts voor een aantal levensdomeinen (met name het middel dat werd gebruikt, drughulpverlening, type huisvesting, tewerkstelling, schuldenlast, verkregen financiële steun) worden onderzocht of zich al dan niet significante verbeteringen voordeden. DBK-cliënten blijken, in vergelijking met Hasseltse probatie-cliënten, een complexere problematiek te hebben; bij de aanvang van hun traject verbleven ze vaker in de gevangenis, kenden ze vaker een onstabiele huisvesting, en kregen ze minder vaak begeleiding voor hun financiële situatie.

Voor de *Gentse DBK-steekproef* werd aangetoond dat bijkomende doorverwijzingen naar de drughulpverlening en naar schuldbegeleiding werden gerealiseerd, dat meer respondenten een substitutiebehandeling volgden zonder bijgebruik en dat meer respondenten aan het werk waren op het eind van hun DBK-traject.

Voor de *Hasseltse probatie-steekproef* werden significante verbeteringen vastgesteld op het vlak van heroïnegebruik. Daarnaast werden net zoals

bij de DBK-groep bijkomende doorverwijzingen naar de drughulpverlening gerealiseerd en meer respondenten volgden een substitutiebehandeling zonder bijgebruik op het moment van de nameting.

Wanneer de *beide steekproeven met elkaar vergeleken* werden, bleek dat de DBK-cliënten **vaker aan het werk** waren op het moment van de nameting in vergelijking met probatie-cliënten. Een belangrijk verschil tussen beide steekproeven betreft het **tijdsverloop** tussen de laatst gepleegde feiten en de start van het traject. Bij de DBK-cliënten bedroeg dit tijdsverloop iets minder dan 6 maanden en bij probatie-cliënten iets meer dan 22 maanden.

De inhoud van behandelplannen en het verloop van behandeltrajecten van (oud-)DBK-cliënten

Uit de analyse van de behandelplannen, die worden opgesteld door DBK-cliënten in overleg met de liaison, bleek dat elk behandelplan **aangepast is aan de specifieke en individuele noden** van de DBK-cliënt. De wijze waarop de DBK-cliënten aan de slag gaan met de doelstellingen binnen hun behandelplan zijn eveneens divers, evenals de mate waarin ze erin slagen hun doelstellingen al dan niet (deels) te behalen.

In de behandelplannen ontbreken soms duidelijke tussen- en einddoelstellingen, wat de opvolging van deze doelstellingen door de DBK-rechter kan bemoeilijken.

De ervaringen van hulpverleningsactoren in Gent

Uit de interviews met (drug)hulpverleners en met de liaisons bleek hun globale tevredenheid. Vooral de **kans** die DBK-cliënten krijgen om de onderliggende (afhankelijkheids-) problematiek aan te pakken, de individuele aanpak en de gepersonaliseerde opvolging worden positief onthaald. De ondersteuning die DBK-cliënten van de *liaison*, de **schakelfiguur** tussen justitie, hulpverlening en de DBK-cliënt, krijgen wordt door hulpverleners als een grote meerwaarde ervaren.

Het werken ‘onder **justitiële druk**’ wordt globaal genomen niet als problematisch ervaren. Enerzijds zorgen de frequente opvolgzittingen ervoor dat kort op de bal kan gespeeld worden bij herval of problemen en dat DBK-cliënten actief participeren in hun traject. Anderzijds vielen sommige DBK-cliënten uit net omwille van deze druk.

Het aantal DBK-cliënten binnen de hulpverlening in de Gentse regio is gemiddeld genomen relatief laag. De DBK lijkt **geen direct effect** te hebben op de **wachlijsten**. DBK-cliënten doen regelmatig

³ Voor het bepalen van de observatietermijn werd geen rekening gehouden met de periodes waarin de respondenten in hechtenis zaten.

reeds voorafgaand aan het DBK-traject een beroep op de ambulante (niet-)drugspecifieke hulpverlening die nauwelijks tot geen wachtlijsten heeft. De residentiële (niet-)drugspecifieke hulpverlening kent wel wachtlijsten maar deze staan los van de implementatie van de DBK. Binnen de Gentse regio is een ruim netwerk van uiteenlopende hulpverleningsvoorzieningen aanwezig, waardoor een spreiding van de DBK-cliënten over deze voorzieningen heen mogelijk is en bepaalde voorzieningen niet overbevraagd worden. Binnen een regio waar *geen* uitgebreid hulpverleningsnetwerk aanwezig is, kan onvoldoende hulpverleningscapaciteit ertoe leiden dat de instroom van DBK-cliënten niet kan worden opgevangen.

Hulpverleners geven aan dat het profiel van DBK-cliënten niet eenduidig te omschrijven is. Ze wijzen wel op een **ernstige en meervoudige problematiek**, wat echter niet exclusief geldt voor DBK-cliënten. Hulpverlening aan DBK-cliënten verschilt volgens de bevroegde hulpverleners niet van hulpverlening aan niet-DBK-cliënten. Het tempo van iedere individuele cliënt wordt gevolgd; bij DBK-cliënten kan het hulpverlenings-traject soms vlotter starten indien zij reeds zicht hebben op doelstellingen die zij wensen na te streven. Na afronding van hun DBK-traject blijkt evenwel een deel van de DBK-cliënten uit te vallen binnen de hulpverlening die zij naar aanleiding van de DBK hebben opgestart.

Enkele **uitdagingen** die hulpverleners benoemen zijn de verschillende finaliteit en het eigen tempo van justitie enerzijds en dat van DBK-cliënten en hulpverlening anderzijds en de beperkte continuïteit van zorg en ondersteuning waarbij DBK-cliënten na afloop van het DBK-traject veelal nog weinig structurele **opvolging** kennen. Voor hulpverleners bleek het niet steeds duidelijk te zijn of er sprake kan zijn van gedeeld **beroepsgeheim** in de contacten met de liaisons. Verder kwam bij de liaisons en de hulpverleners het gebrek aan een **DBK-coördinator**, die ondersteuning kan bieden en de samenwerking tussen de drugspecifieke en niet drugspecifieke hulpverlening kan stimuleren, aan bod.

De ervaringen van (oud-)DBK-cliënten

De *bevroegde DBK-cliënten* ervoeren het als erg **positief** dat zij binnen de DBK een kans kregen hun leven terug op orde te krijgen. Ze benoemden de aandacht voor hun persoonlijk verhaal, het begrip voor de drugproblematiek, het krijgen van meerdere kansen, de frequente opvolgzittingen, het contact met de liaison, de menselijkheid van de magistraten en de bekrachtiging die ze van de magistraten krijgen als meest positieve elementen in een DBK-traject. Het openbaar karakter en het ongewild (opnieuw) in contact komen met andere druggebruikers, het regelmatig verschijnen in combinatie met het hebben van werk, en de wachttijden voor de DBK-zittingen werden als voornaamste **hindernissen** aangehaald.



De **druk** die de cliënten binnen de DBK ervoeren, kan zowel positief als negatief beschouwd worden. Wanneer de justitiële **druk** positief werd ervaren, was deze een stok achter de deur en een motivatie om actief te participeren in hun DBK-traject. Wanneer deze negatief werd ervaren, vergrootte dit de kans om af te haken binnen hun DBK-traject. Buitenlands onderzoek heeft aangetoond dat het ervaren van negatieve justitiële druk geassocieerd is met hogere recidivecijfers (Pratt, Koerner, Alexander, Yanos & Kopelovich, 2013).

Sommige *bevraagde probatie-clieënten* hadden het gevoel dat de magistraten weinig aandacht hadden voor hun onderliggende problematiek en op louter bestraffing gericht waren. De bevraagde respondenten stonden wel positief tegenover hun huidige justitieassistent, doordat wederzijds respect en praktische en emotionele ondersteuning aanwezig waren. Als specifieke voordelen van een probatiemaatregel werden de lange opvolgtermijn, in functie van het opbouwen van een vertrouwensband, en de contextuele benadering, waardoor de omgeving een contactpersoon heeft in geval het fout loopt, genoemd.

Voor zowel de DBK- als de probatie-clieënten had de **juridische maatregel** een directe invloed op het druggebruik en daardoor ook een **indirecte invloed** op andere druggerelateerde levensdomeinen. De juridische maatregel is een noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarde in het veranderingsproces van de bevraagde respondenten. Verandering wordt beïnvloed door de *persoonlijke motivatie* van de betrokkenen, ze moeten zelf de kans grijpen en hun moeilijkheden aanpakken. Daarnaast spelen de justitiële actoren een belangrijke superviserende en ondersteunende rol; zij moeten ingrijpen als het fout dreigt te lopen (of fout loopt) en bekrachtigen als het goed loopt.

Naast de persoonlijke motivatie van de betrokkene, heeft de *maatschappelijke context* een niet te onderschatten invloed op dit veranderingsproces. Daarom zal de focus op individueel herstel van problematische druggebruikers niet volstaan bij een juridische maatregel, maar dient een beleid naar druggebruikers evenzeer gericht te zijn op **sociale inclusie en re-integratie**, met aandacht voor de positie van het individu in de samenleving en voor alle levensdomeinen (gezondheid, werk, dagbesteding) zodat zij een leven kunnen leiden dat vrij is van stigmatisering en discriminatie (Colman & Vander Laenen, 2012; Sumnall & Brotherhood, 2012).

Resultaten recidiveonderzoek

Bij **80%** van de respondenten in de *DBK-groep* (n=44) werd een **verbetering in het pleeggedrag** vastgesteld; 3/4^{de} van deze respondenten recidiveerde niet in de eerste 18 maanden volgend op hun DBK-traject en 1/4^{de} pleegde in deze periode gemiddeld minder feiten op jaarbasis dan voordien. Slechts bij 20% van de DBK-respondenten lag het pleeggedrag gedurende de eerste 18 maanden na hun DBK-traject hoger dan voordien. Eenzelfde verhouding (80/20) werd teruggevonden bij de respondenten uit de DBK-groep met een uitgebreide criminele voorgeschiedenis (= meer dan 20 antecedenten met een vonnis, minnelijke schikking, strafbemiddeling of beleidssepot tot gevolg) (n= 12).

De *vergelijking* van de recidive in de *DBK-groep en de twee controlegroepen*, toont aan dat de DBK-groep significant minder recidiveerde dan de controlegroepen. In de DBK-groep recidiveerde namelijk 38,6% van de respondenten tegenover 56,1% in de KR-groep en 57,6% in de probatie-groep, terwijl de DBK-groep gekenmerkt wordt door het zwaarste profiel⁴. Wanneer het profiel van de DBK-groep gelijk gesteld werd aan het profiel van elke controlegroep blijkt dat *de kans* om binnen 18 maanden te recidiveren in de DBK-groep 3.4 keer **lager** ligt dan in de probatie-groep, en 2.9 keer **lager** ligt dan in de KR-groep.

Nadat het profiel van de DBK-recidivisten wordt gelijkgesteld aan het profiel van de recidivisten in elke controlegroep⁵, blijkt dat een DBK-recidivist significant meer feiten pleegt (n= 17) dan een probatie-recidivist (n= 34), maar een gelijkaardig aantal feiten pleegt als een KR-recidivist (n= 23). Ook de snelheid van recidive is hetzelfde in de DBK-groep en de KR-groep⁶. Zo recidiveerde 70% van de DBK-recidivisten binnen de 6 maanden na het beëindigen van het DBK-traject.

4 Zo ligt het aantal heroïne-gebruikers, het gemiddeld aantal antecedenten, de gemiddelde detentieduur van de criminele carrière, de gemiddelde detentieduur en het voorkomen van verschillende delicttypes significant hoger in de DBK-groep dan in de probatie-groep. Significante verschillen tussen de DBK-groep en de KR-groep zijn enkel aanwezig met betrekking tot 2 delicttypes met name bedrogsmisdrijven en het delicttype vernielingen, beschadigingen en brandstichting. Het profiel van de eerste controlegroep is dan ook min of meer even zwaar dan dat van de DBK-groep.

5 De recidivisten in de DBK-groep hebben een zwaarder profiel dan de recidivisten in de probatie-groep. Het profiel van de recidivisten in de DBK-groep en de KR-groep verschilt minder sterk van elkaar.

6 Voor de tweede controlegroep kon de snelheid van recidive niet worden berekend doordat de noodzakelijke gegevens, met name de datum van binnenkomst van de pv's op het parket, hiertoe ontbraken.

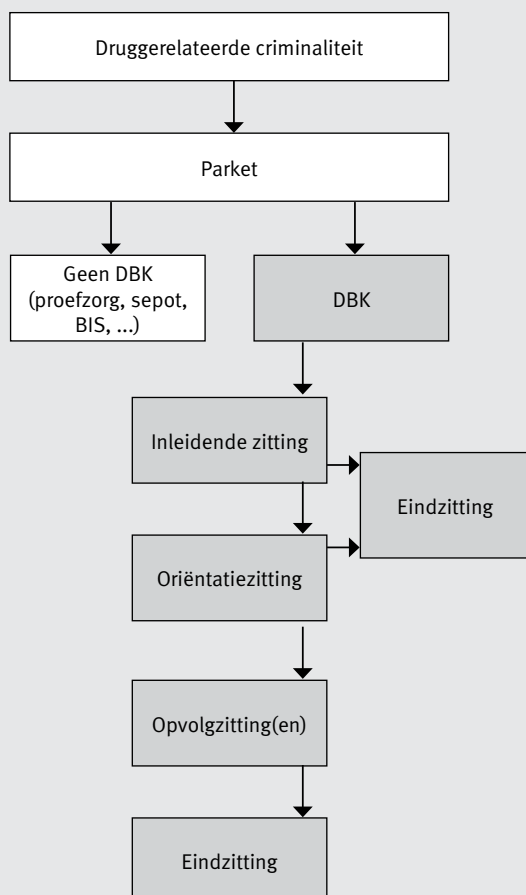
Aanbevelingen

Het voortzetten van de DBK in het gerechtelijk arrondissement Gent door een optimalisatie van de DBK-specifieke randvoorwaarden

Uit dit onderzoek blijkt de meerwaarde van de Gentse DBK. Op *formeel juridisch vlak* wordt kort op de bal gespeeld zowel in de aanloop naar een DBK-traject als tijdens een DBK-traject. Op *inhoudelijk vlak* voorziet de DBK in de mogelijkheid te werken aan het problematisch middelengebruik en andere levensdomeinen waar de cliënten zelf moeilijkheden mee ondervinden. Het volgen van een DBK-traject heeft bovendien een gunstig effect op recidive.

Bij de voortzetting van het project in het gerechtelijk arrondissement Gent moeten de volgende aanbevelingen evenwel in acht genomen ter optimalisatie en verdere professionalisering van het DBK-project in zijn huidige vorm. De aanbevelingen worden gestructureerd volgens het verloop van de zittingen die met een DBK-traject gepaard gaan, namelijk de inleidende zitting, oriëntatiezitting, opvolgzitting(en) en eindzitting.

Tabel 3: Schematische voorstelling van het DBK-verloop



Een afgebakende toeleiding op basis van juridische criteria

De doorverwijzing naar de DBK zou op basis van louter juridische criteria moeten plaatsvinden. Een vermenging van justitiële met diagnostische criteria moet vermeden worden. Bepalen of iemand al dan niet voldoet aan diagnostische criteria is een opdracht waarvoor justitiële actoren niet zijn opgeleid. Of een beklaagde al dan niet geschikt is voor de DBK, kan moeilijk exact worden ingeschat vooraleer deze beklaagde voor de DBK is verschenen. Hiervoor is een gericht oriëntatiegesprek aangewezen.

Een gerichte oriëntatie naar de hulpverlening op basis van concrete, haalbare en toetsbare doelstellingen voor als problematisch ervaren levensdomeinen

Het oriëntatiegesprek met de liaison heeft tot doel inzicht te brengen in de individuele levenssituatie van de DBK-cliënt en deze in staat te stellen om - samen met een liaison - een **op zijn/haar individuele noden afgestemd** behandelplan op te stellen. Dit behandelplan wordt door de DBK-cliënt voorgesteld aan de magistraten op de oriëntatiezitting. Wanneer zij akkoord gaan met het vooropgestelde behandelplan, kan het DBK-traject starten. Wanneer zij niet akkoord gaan met het behandelplan, vindt een heroriëntatiegesprek plaats tussen de DBK-cliënt en de liaison.

De identificatie van problematische levensdomeinen zou moeten gebeuren op basis van objectieve indicatoren en op basis van de noden en de doelstellingen die de beklaagde vooropstelt. Zodoende kan de cliënt, in samenspraak met de liaison, concrete en haalbare tussen- en einddoelstellingen formuleren.

Het is geen probleem dat bepaalde levensdomeinen ongevuld blijven als deze niet als problematisch worden geïdentificeerd door de DBK-cliënt. Indien *geen* problematische levensdomeinen en dus ook geen doelstellingen vooropgesteld worden die een justitiële opvolging voor de DBK verantwoorden, dient te worden overgegaan tot de *eindzitting*.

Vraaggericht werken, zorg op maat en aandacht hebben voor alle levensdomeinen zijn belangrijke sleutelbegrippen die bijdragen tot een geïndividualiseerd behandelplan. Door te werken met **door de cliënt zelf geformuleerde** doelstellingen krijgen niet enkel de maatschappelijk relevante levensdomeinen, maar ook de voor het individu belangrijke levensdomeinen aandacht (De Maeyer et al., 2011),



waardoor een actieve participatie van de DBK-cliënt in het DBK-traject wordt aangemoedigd.

Het is van belang de doelstellingen op te delen in globale **einddoelstellingen** en in concrete **tussendoelstellingen**, zodat helder wordt op welke manier en binnen welke termijn DBK-cliënten de vooropgestelde (tussen)doelstellingen zullen realiseren. Op basis van concrete en toetsbare tussen- en einddoelstellingen kunnen de liaisons gericht doorverwijzen naar de drugspecifieke en de niet-drugspecifieke hulp- en dienstverlening, en kan de DBK-rechter het realiseren van de (tussen) doelstellingen systematisch toetsen.

Een doelgerichte justitiële opvolging van de doelstellingen in het behandelplan

Het behandelplan kan dienst doen als een checklist voor de DBK-rechter om de vooruitgang van DBK-cliënten over de verschillende zittingen heen op te volgen. Op deze manier kan de justitiële opvolging consistent en uniform gebeuren over verschillende DBK-rechters heen. Bovendien garandeert dit het vroegtijdig identificeren van moeilijkheden bij de uitvoering van een behandelplan waarna een eventueel heroriëntatiegesprek kan plaatsvinden tussen de liaison en de DBK-cliënt. Men dient te vermijden dat magistraten de rol van liaison opnemen door in samenspraak met de DBK-cliënt

de tussen- en einddoelstelling(en) te herformuleren wanneer blijkt dat deze niet haalbaar is/zijn. Magistraten moeten wel ingrijpen bij het niet naleven van de afspraken.

Deze **geïndividualiseerde benadering** is niet enkel aangewezen tijdens de oriëntatiefase, maar is ook nodig in de opvolgfase (en later de eindfase) van een DBK-traject. De frequentie van de opvolgzittingen en duur van de opvolgperiode van een traject moet worden afgestemd op de individuele noden van de cliënt (Wenzel, Longshore, Turner & Ridgely, 2001; Marlowe et al., 2006; Sheidow et al., 2012; Taxman, 1999). Net de complexiteit van de problematiek van DBK-cliënten maakt het onmogelijk om op basis van enkele karakteristieken van DBK-cliënten, het aantal noodzakelijke opvolgzittingen op voorhand vast te leggen. Men zou hierbij met een **uitdovende frequentie** van opvolgzittingen kunnen werken, afhankelijk van de individuele noden van de cliënt en het verloop van het traject.

Het eindvonnis afstemmen op het verloop van het traject en zo continuïteit van vrijwillige hulpverlening mogelijk maken

Nadat de vooropgestelde doelstellingen bereikt werden, dient het afronden van een DBK-traject geïndividualiseerd en met de nodige zorg te gebeuren.

De kans die DBK-cliënten krijgen om de onderliggende (afhankelijkheids-) problematiek aan te pakken, de individuele aanpak en de gepersonaliseerde opvolging worden positief onthaald. De ondersteuning die DBK-cliënten van de liaison, de schakelfiguur tussen justitie, hulpverlening en de DBK-cliënt, krijgen wordt door hulpverleners als een grote meerwaarde ervaren.

Uit dit onderzoek blijkt de meerwaarde van de Gentse DBK. Op formeel juridisch vlak wordt kort op de bal gespeeld zowel in de aanloop naar een DBK-traject als tijdens een DBK-traject. Op inhoudelijk vlak voorziet de DBK in de mogelijkheid te werken aan het problematisch middelengebruik en andere levensdomeinen waar de cliënten zelf moeilijkheden mee ondervinden. Het volgen van een DBK-traject heeft bovendien een gunstig effect op recidive.



Indien uit het verloop van het traject blijkt dat bepaalde doelstellingen niet haalbaar zijn binnen de timing van een DBK-traject, kan worden overwogen via een probatiemaatregel aan deze specifieke doelstelling(en) verder te werken.

Een traject afsluiten na een te korte periode, ook al zijn de doelstellingen bereikt, kan ervoor zorgen dat de bekrachtiging vanuit de DBK te plots wegvalt, waardoor het risico op hervat groter kan worden. Een **uitdovende frequentie** van opvolgzittingen kan dus ook aangewend worden om continuïteit in positieve bekrachtiging te voorzien door de mogelijkheid tot enkele opvolgzittingen aan te bieden nadat de doelstellingen in het behandelplan werden bereikt.

Om tenslotte het in contact komen met (ex-)gebruikers en lange wachttijden zoveel mogelijk te vermijden, is het aangewezen elke DBK-zitting op te splitsen in vier afzonderlijke delen: inleidende, oriëntatie-, opvolg-, en eindzittingen.

Nood aan een systematische, gestructureerde en uniforme registratie van cliëntgegevens

De in het recidiveonderzoek geconsulteerde databanken, met name de nationale antecedentendatabank en SIPAR, blijken weinig gebruiksvriendelijk voor onderzoeksdoeleinden. Het is dan ook wenselijk dat geëvolueerd wordt naar justitiële databanken die een vlotte consultatie en verwerking van gegevens mogelijk maken.

Ook het uitwerken van een systematische, gestructureerde en uniforme registratie bij de DBK-actoren dringt zich op. Wanneer deze registratie wordt ingebed in en aangepast aan de werking van de DBK is hier slechts een minimale werklast aan verbonden. Deze registratie zal toelaten de evolutie omtrent druggebruik en druggerelateerde levensdomeinen op *cliëntniveau* justitieel op te volgen over de zittingen heen. Daarnaast kan deze registratie ten dienste staan van een *uitkomstenevaluatie* van een DBK. Het

belang van een systematische, gestructureerde en continue **registratie** van gegevens van DBK-cliënten kan in functie van een op wetenschappelijke evidentie gebaseerd drugbeleid alleen maar benadrukt worden.

2. Uitbreiding naar andere gerechtelijke arrondissementen, mits aan een aantal externe en DBK-specifieke randvoorwaarden is voldaan

Wanneer beslist wordt tot een uitbreiding van het DBK-project naar andere gerechtelijke arrondissementen dient men ervoor te zorgen dat **vóór de aanvang van de implementatie** van een DBK een optimale samenwerking tussen justitie en hulpverlening mogelijk is. Hierbij zijn een duidelijke rol- en taakafbakening (ook wat betreft de impact op het beroepsgeheim), het maken van heldere, schriftelijke afspraken en de aanwezigheid van een voldoende uitgebreid, gediversifieerd en gespreid (drug)hulpverleningsaanbod enkele van de meest essentiële voorwaarden. Pas wanneer aan deze voorwaarden is voldaan, kan de implementatie van een DBK-project overwogen worden.

Indien tot de implementatiefase kan worden overgegaan, dienen een aantal *DBK-specifieke* voorwaarden **van bij de aanvang van de implementatie** gewaarborgd te worden. Onder deze DBK-specifieke randvoorwaarden worden zowel de inhoudelijke (vb. aanwezigheid liaison) als de juridisch-technische (vb. opvolgzittingen) kenmerken verstaan die de kern van de werking van een DBK vormen (Colman et al., 2011).

Zoals in de procesevaluatie werd aangegeven (Colman et al., 2011), wordt nogmaals de noodzaak van de financiering van een **DBK-coördinator** benadrukt, zeker omwille van het belang voor de structurele ondersteuning en een uniforme uitbouw van het project in diverse gerechtelijke arrondissementen (Bull, 2005; Edmunds, Hough, Turnbull & May, 2005; De Ruyver et al., 2008; Colman, Vander Laenen & De Ruyver, 2010).





Daarnaast zou het niet invullen van de **liaison**-functie de meerwaarde van het project onherroepelijk ondermijnen. Uit de procesevaluatie (Colman et al., 2011) en voorliggend onderzoek is immers gebleken dat de liaisonfunctie zonder twijfel de hoeksteen vormt van het DBK-project.

Om de uitbreiding van het pilootproject optimaal en gestructureerd te laten verlopen, dienen de hierboven geformuleerde aanbevelingen en de aanbevelingen uit de procesevaluatie (Colman et al., 2011) in acht genomen te worden.

Ciska Wittouck, Freya Vander Laenen, Anne Dekkers, Wouter Vanderplasschen, Brice De Ruyver (uitkomstenonderzoek), Saaske De Keulenaer, Stefan Thomaes (recidiveonderzoek)

Referenties

- Bull, M. (2005). A comparative review of best practices guidelines for the diversion of drug related offences. *International Journal of Drug Policy*, 16, 223-234.
- Colman, C., Vander Laenen, F., & De Ruyver, B. (2010). De samenwerking tussen justitie en de (drug)hulpverlening: Randvoorwaarden voor een optimale interactie. In Lieven Pauwels & G. Vermeulen (Eds.), *Actualia strafrecht en criminologie: Update in de criminologie V* (pp. 313-342). Antwerpen: Maklu.
- Colman, C., De Ruyver, B., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2011). *De drugbehandelingskamer: Een andere manier van afhandelen: Het proefproject geëvalueerd*. Antwerpen: Maklu.
- Colman, C., & Vander Laenen, F. (2012). "Recovery came first": Desistance versus recovery in the criminal careers of drug-using offenders. *The Scientific World Journal*, 2012, Article ID 657671, 9 pages.
- Dale, A.E. (1995). A research study exploring the patient's view of quality of life using the case study method. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1128-1134.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1244-1257.
- De Ruyver, B., Colman, C., De Wree, E., Vander Laenen, F., Reynnders, D., van Liempt, A., & De Pauw, W. (2008). *Een brug tussen justitie en drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject*. Antwerpen: Maklu.
- Edmunds, M., Hough, M., Turnbull, P., & May, T. (2005). *Doing justice to treatment: Referring offenders to drug services*. Paper presented at the EMCDDA: Alternatives to imprisonment – targeting offending problem drug users in the EU. Lisbon: EMCDDA.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lee, P. A., Dugosh, K. L. & Benasutti, K. M. (2006). Matching judicial supervision to clients' risk status in drug court. *Crime & Delinquency*, 52, 52-76.
- Pratt, C., Koerner, J., Alexander, M. J., Yanos, P. T., & Kopelovich, S. L. (2013). Predictors of criminal justice outcomes among mental health courts participants: The role of perceived coercion and subjective mental health recovery. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12, 116-125.
- Sheidow, A.J., Jayawardhana, J., Bradford, W.D., Henggeler, S.W., & Shapiro, S.B. (2012). Money Matters: Cost-Effectiveness of Juvenile Drug Court with and without Evidence-Based Treatments. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 21, 69-90.
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *EMCDDA Insights. Social reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Taxman, F.S. (1999). Unraveling what works for offenders in substance abuse treatment services. *National drug court institute review*, 2, 93-134.
- Vander Laenen, F., Colman, C., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2012a). De drugbehandelingskamer van Gent, procesevaluatie. In: Pauwels, L., & Vermeulen, G. (eds.). *Update in de Criminologie VI. Actuele ontwikkelingen inzake EU-strafrecht, veiligheid, politie, strafprocedure, prostitutie en mensenhandel, drugsbeleid en penologie* (pp. 277-297). Antwerpen: Maklu.
- Vander Laenen, F., Colman, C., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2012b). Drugbehandelingskamer, de Gentse ervaringen, *Panopticon*, 33, 1, 80-84.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: Een uitkomstenevaluatie*. Gent: Academia Press.
- Wenzel, S. L., Longshore, D., Turner, S., & Ridgely, M. S. (2001). Drug courts - A bridge between criminal justice and health services. *Journal of Criminal Justice*, 29, 241-253.



14de congres van de Europese federatie van Therapeutische Gemeenschappen

Het veertiende congres van de Europese Federatie van Therapeutische Gemeenschappen ging dit jaar door te Praag, van 17 tot 20 september.

Dit tweejaarlijks treffen is het uitgelezen moment om te reflecteren over het model van de therapeutische gemeenschap voor drugverslaafden maar ook om geïnformeerd te blijven over de laatste ontwikkelingen en vernieuwingen en over de resultaten van onderzoek.

Het congres werd dit jaar georganiseerd door de gast-TG Magdalena, samen met het "Department of Addictology of the first Faculty of Medicine of Charles University" te Praag.

Op een dergelijk congres is het nooit mogelijk om alle workshops en uiteenzettingen bij te wonen. Je tracht dus te selecteren op onder andere inhoud, vernieuwing en relevantie voor de eigen werking. Een volledig verslag uitbrengen is niet haalbaar. Maar wie er niet bij kon zijn of wie alles nog eens rustig wil nakijken, dat kan! Alle voordrachten van de plenaire sprekers werden op audio geregistreerd. Via de website www.conference.cz/EFTC2013/about.htm kan je alles opnieuw beluisteren.

Enkele hoogtepunten:

De EMCCDDA heeft opdracht gegeven aan de vakgroep orthopedagogiek van de universiteit van Gent om een publicatie te maken over therapeutische gemeenschappen voor drugverslaafden in Europa en hierin ook aandacht te besteden aan de behandelresultaten. Ondanks een lange traditie van TG onderzoek in Europa vinden we de grote meerderheid van gecontroleerd longitudinaal onderzoek terug in Noord-Amerika.

Alle follow-up studies uit Europa sinds 1970 zijn nu samengebracht en geanalyseerd.

Deze studies tonen allemaal een significante verbetering op het merendeel van de onderzochte items tussen de eerste meting en de bevraging na de behandeling. Dit geldt onder andere voor gebruik, werk en sociaal functioneren (re-integratie). Het beëindigen van een behandeling is duidelijk gelinkt aan significant betere uitkomsten op alle levensdomeinen. De mate waarin iemand een TG programma volledig afwerkt en het volgen van een nazorgprogramma zijn dan ook duidelijke indicatoren voor succes.

Wouter Vanderplasschen en ikzelf gaven een workshop over de kwaliteit van leven bij ex-verslaafde ouders en hun jonge kinderen. Hierin brachten we verslag uit over het recente onderzoek naar alle cliënten die samen met hun kinderen in de Tipi verbleven tussen 1996 en 2012. De gegevens werden verzameld met een semi gestructureerd interview. Het betreft een kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Uit dit onderzoek bleek dat 70,3% van de cliënten zeer tevreden is met hun huidige leef-situatie. 73,7% van de kinderen leeft nog altijd bij de ouder(s) en slechts 19,4% van de ouders meldt het gebruik van illegale drugs in de afgelopen 30 dagen. Een uitgebreid verslag over dit onderzoek vind je in een vorig tijdschrift van De Kiem of op de website van De Kiem.

In de Ierse TG "Coolmine House" probeert men nu de CRA methodiek te implementeren in de TG. Het begrip CRA (Community Reinforcement Approach) zal de aandachtige lezer eerder linken met de behandeling van cocaïnegebruikers zoals we dit nu al jaren toepassen in het ambulant centrum van De Kiem. CRA is een evidence based aanpak en het is dus helemaal niet zo dom om na te gaan of dit kan gecombineerd worden met de "community as method" methode waarop de TG principes zijn gebaseerd.

Twee organisaties (Phoenix Futures, UK en Samtun, Noorwegen) gaven tijdens hun voorstellingen ook uitleg over hoe ze, geïnspireerd door de onthaalafdeling van De Kiem, de eerste fase van hun programma hebben aangepast. Leuk om horen dat onze manier van werken ook daar tot positieve resultaten leidt met minder uitval of drop outs in de beginfase.

De Australische delegatie heeft mij overdonderd met het systeem dat ze hebben ontwikkeld voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden, bedoeld om de behandeling te verbeteren ten voordele van de cliënt. De EFTC ontwikkelde een tiental jaar terug al samen met de Associatie of Therapeutic Communities de Standards for Addiction Therapeutic Communities.

In Australië heeft de ATCA (Australasian Therapeutic Community Association) dit eerste werk verder ontwikkeld door het opstellen van de ATCA Standard die nu wordt toegepast in gewone TG's en in TG's binnen de gevangenissen. Dit heeft nu geresulteerd in een proces waarbij een TG een certificering kan krijgen. De beoordeling gebeurt door peer-reviewers en kan leiden tot een volledige accreditering. Een andere, meer inhoudelijke, benadering van wat wij hier als inspectie kennen. Best wel revolutionair omdat bij het accrediteringsgebeuren professionele hulpverleners uit andere TG's zijn betrokken en zelfs cliënten worden ingeschakeld.

Een andere opvallende presentatie ging over de opstart van RUN: the Recovered Users Network. Borislav Goic, zelf een ex-verslaafde is de coördinator van deze beweging. Hij benadrukte het belang van de stem van een organisatie van ex-verslaafden om de boodschap te kunnen verspreiden dat herstel van een verslaving weldegelijk mogelijk is. Tijdens het congres werd ook de algemene vergadering van de Europese Federatie van Therapeutische Gemeenschappen gehouden.

Vorig jaar realiseerde het Engelse Phoenix Futures een fantastisch avontuur voor 87 van haar cliënten. Phoenix Futures en de "Tectona Trust" realiseerden de Voyage of Recovery. Een zeiltocht van 1500 mijl rond Engeland. Een week leven op een boot is voor de deelnemers een uniek avontuur en een blijvende ervaring en herinnering. Het project had ook een positief effect op de manier hoe mensen in de lokale gemeenten druggebruikers ervaren. Om de reis te

bekostigen werden bijvoorbeeld inzamelacties georganiseerd zoals car washes en het inpakken en dragen van boodschappen in de plaatselijke supermarkt.

De EFTC wil nu proberen om een Europese Voyage of Recovery te organiseren door de Tectona van Engeland naar Malaga te varen waar in 2015 het volgende EFTC congres doorgaat. De bewoners uit verschillende Europese TG's kunnen om beurt inschepen om een deel van de reis af te leggen. Wat een prachtig idee. Hopelijk lukt het om dit fantastisch plan te realiseren.

Tony Slater stopt na 18 jaar als voorzitter van de EFTC. Rowdy Yates uit Schotland neemt zijn taak over. Hij heeft het afgelopen jaar als interim voorzitter al bewezen dat hij deze job aankan. Rowdy is ook een fantastisch muzikant. Hij schreef onder andere het TG-lied "In this house".

Na het congres ging in er de TG Magdalena nog een cultuurtreffen door voor de bewoners van alle TG's uit Tjechië. Rowdy trad er op samen met George DeLeon.

De EFTC Award werd dit jaar gegeven aan Naya Arbiter. Zelf een ex-verslaafde die in Amerika met de organisatie Amity foundation verschillende TG's in gevangenissen runt. Mensen zoals Naya zijn van onschatbare waarde in een TG. Zij zijn voor velen het inspirerend voorbeeld om te durven geloven in herstel, in een nieuw leven. Zij heeft de award meer dan verdiend!

Dirk Vandeveld, directeur



Naya Arbiter won de EFTC-award



Rowdy Yates – de nieuwe EFTC-voorzitter



Rowdy Yates en George DeLeon



Zeilschip Tectona op zijn Voyage of Recovery

“Ik had de leukste job van allemaal...”

Na 23 jaar inzet voor De Kiem ging Hilde Tatrai op 17 oktober 2013 op vervroegd pensioen. Als familiewerkster ‘van het eerste uur’ was zij al die jaren het vertrouwde aanspreekpunt voor de familieleden van onze bewoners. We namen op haar pensioenreceptie afscheid met een natje en een droogje, met veel gelach en soms een traan, ... en vooral met woorden van welgemeende dank. In de afscheidsspeech klonk het o.a. als volgt...



“Eind de jaren tachtig beseften we in De Kiem dat we veel meer moesten inzetten op het betrekken van de familie van de opgenomen bewoners. Dat bleek o.a. uit het onderzoek van Martien Kooyman in de Emiliehoeve die de betrokkenheid van de familie omschreef als een belangrijke factor om bewoners in het programma te houden.

Na een aantal eerste initiatieven om een ‘familiewerking’ op gang te trekken resulteerde dit op 15 februari 1990 in de aanwerving van Hilde als eerste familiewerkster. De beginperiode was zeker wennen. Je moest je eigen weg banen als pleitbezorger voor de familiebelangen en bovendien kwam je terecht in één van de woeligste jaren uit de geschiedenis van De Kiem. Eind dat jaar was het zelfs niet meer zeker of je nog een job had... Maar de storm ging liggen en je kon daarna voluit gaan om de familiewerking uit te bouwen. Eerst nog alleen en vanaf de uitbreiding in 1997 samen met je vaste teamgenoot Annette Titeca....

In je zoektocht naar theoretisch houvast heb je die zeker gevonden bij de contextuele therapie van Nagy. Je raakte ontzettend geboeid door deze man en zijn theorie. Misschien omdat jullie dezelfde Hongaarse roots hebben, maar wellicht vooral omdat zijn theorieën zeer goed toepasbaar zijn op de situatie van onze bewoners.

Je hebt in al die jaren in De Kiem heel wat families terug dichterbij mekaar gebracht en op die manier heel veel betekend voor die mensen. Wellicht denk je hierbij zelf ook terug aan een aantal families waar je zeer intens en ten goede hebt mee gewerkt en waar jij voor die mensen het verschil hebt gemaakt....

Je maakte er ook werk van om je kennis en ervaring verder door te geven op de universiteit, in het VSPW en op de VAD en ook via de werkgroep familiewerking van de VVBV.

Hoogtepunten hierbij waren de workshop die je samen met Nagy verzorgde (waarbij je voor publiek een model familiegesprek deed) en de samenwerking met Else-Marie Van den Eerembeemt in Amsterdam.

Als ik Veerle Soye mag citeren..., je gaf haar op een of andere manier het juiste duwtje in de rug om een doctoraat te schrijven over het werken met de familiale context in de Vlaamse TG's. Veerle verwijst hierbij naar je enthousiasme en je leuze: “Ik heb de leukste job van alle personeel in De Kiem”.

In De Kiem kreeg de familiewerking meer en meer vorm. De gesprekken met de ouders, de voorbereiding op die gesprekken met de bewoners, het werken met genogrammen, de organisatie van de ouderavonden, de meedraaidagen, het oudercomité... het is allemaal redelijk duidelijk uitgewerkt nu. Je opvolger Free Debruyne is al een aantal maanden in haar nieuwe functie actief en er was tijd om haar als familiewerkster in te werken. We vertrouwen er op dat de koers die jij hebt uitgestippeld zal worden verder gezet.

Hilde, namens alle collega's, en vooral namens alle families die je hebt begeleid, een zeer hartelijke DANK JE WEL !”

Dirk Vandeveld, directeur

“Als uw zoon zijn probleem niet inziet...”

Toen Bert nog school liep, had hij niet veel vrienden en werd hij vaak gepest. We konden toen niet vermoeden dat dit voorval grotendeels de oorzaak zou zijn van zijn latere drugproblemen.

Hij had weinig zelfvertrouwen en om erbij te horen begon hij op zijn veertiende met een groepje “vrienden” jointjes te roken. Wat begon als een experiment, werd al gauw een zware verslaving.

We wilden hem helpen, maar overal waar we hulp zochten, stonden we met onze rug tegen de muur. “Mevrouw, als uw zoon zijn probleem niet inziet en het zelf niet wil, kunnen we hem niet opnemen...”. Wat toen volgde, was een zware en moeilijke periode. Bert werd onhandelbaar, spijbelde op school, maar hoe we ook op hem probeerden in te praten, niets hielp. We zagen onze zoon aftakelen maar stonden machteloos. Ook de verstandhouding met zijn jongere broer liep helemaal scheef. Het waren soms onhoudbare situaties, maar we sloegen er ons door.

Wat waren we hoopvol toen hij eind 2007 besloot om zich te laten opnemen in Het Kompas. Deze opname duurde een tiental weken en nadien stelden ze voor dat hij nog een twee jaar durende therapie zou volgen in De Kiem. Dat schrok hem enorm af. Twee jaar leken hem een gans mensenleven. Trouwens, hij vond dat hij van zijn verslaving af was, het ging hem zeker lukken om vol te houden.

Niets was minder waar natuurlijk. Al na enkele weken trok hij terug op met zijn oude vrienden en herviel hij in zijn vroegere gewoontes.

Kort daarna ging hij alleen wonen. In het begin viel het nog mee. Wij gaven hem nu en dan wat eten en regelmatig kwam hij eens langs of sprongen wij eens binnen. Maar na een tijdje ging het van kwaad naar erger. Hij had zijn werk opgegeven en was ganse dagen onder invloed. We verloren het contact met Bert. Soms was hij dagen niet bereik-

baar of deed hij gewoon niet open toen we voor de deur stonden.

Toen ik op een avond toch eens aan zijn deur bleef bellen tot hij open deed, viel ik achterover. Ik herkende haast mijn eigen zoon niet meer. Ik zei hem dat het zo niet verder kon, dat hij dringend hulp moest zoeken.

In februari 2011 liet hij zich terug opnemen in het Kompas. Na een opname van een zestal weken volgde hij dit keer wel hun advies en kwam hij terecht in de Kiem.

Na een kort verblijf in het onthaal mocht hij overgaan naar de Therapeutische Gemeenschap.

Het was een lange weg. Hij kwam er zichzelf tegen en het was niet altijd even gemakkelijk, maar stilaan zagen we Bert veranderen. Hij kon weer lachen en we konden weer normaal met elkaar praten. Beetje bij beetje kreeg hij opnieuw zelfvertrouwen en wij weer vertrouwen in hem. Ook de band met zijn broer werd weer aangesterkt.

Dankzij de familiegesprekken met Hilde hebben we ook enkele zaken uit het verleden kunnen uitpraten en kregen we opnieuw respect voor elkaar.

Na 14 maand TG volgde de stap naar het halfweghuis. Daar hadden we even schrik voor want hij verliet die veilige cocon en moest nu meer op eigen benen leren staan. Hoe zou dat aflopen? Maar ook daar heeft hij met vallen en opstaan een goed programma afgewerkt.

Ondertussen heeft hij werk en woont hij alleen op een appartementje en we zien dat het goed gaat. We hebben er opnieuw het volste vertrouwen in. Bert is weer die goedlachse jongen van vroeger, boordevol plannen voor de toekomst!

Graag willen we alle medewerkers van De Kiem bedanken. Dankzij jullie vertrouwen en steun geven jullie vele jongeren een kans om terug een toekomst uit te bouwen. Duizendmaal dank!

Ann en Filip, de ouders van Bert

Mijn leven is helemaal veranderd...

Vroeger kende ik maar één iets: tegen alles ingaan. Mijn eigen zin doen en een goed gevoel opzoeken in alles wat niet mocht.

Tot 28 november 2009 was m'n leven een puinhoop. Ik was drugverslaafd en altijd op de vlucht en had geen verantwoordelijkheidszin. 2009 was een hel voor mij. Een jaar met alleen maar problemen. Ik wist niet meer waarin of waaruit, ik was depressief en had zelfmoordneigingen... Het moest stoppen, daar stond ik op.

Kameraden van me wilden me naar de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis brengen. Ik had rust nodig, maar er kwam meer bij kijken dan ik besepte. Lichamelijk afkicken was een grote opgave, maar m'n leven veranderen werd een nog grotere uitdaging. Maar ik was gemotiveerd en zo kon het niet verder. Ik werd tweemaal doorverwezen en uiteindelijk kreeg ik van m'n begeleiders het advies om naar een therapeutische gemeenschap te gaan. Ik koos voor De Kiem omdat ik gehoord had dat daar vooral gevoelsmatig werd gewerkt ... ik had immers veel te verwerken. De begeleiders en medebewoners in De Kiem hebben me van bij de start geholpen. Ik voelde me er niet alleen en mensen trokken aan m'n mouw als ze zagen dat er iets scheelde. Het zat hem vaak in kleine dingen en ik

moest vooral mensen terug leren vertrouwen. Leren met anderen praten en verbinding maken. Dit lukte aanvankelijk het best met de begeleiders. Het was gedaan met rebelleren. Ik moest mezelf overgeven aan mensen die m'n keuze steunden en me daarin wilden helpen. Ook m'n fouten van in het verleden moest ik rechtzetten en langzaam maar zeker kon ik het vertrouwen terugwinnen van m'n familie.

M'n leven heeft nu een volledige ommekeer gemaakt. Op 2 juni laatstleden ben ik gegradueerd en ik ben echt trots op mezelf. Nu heb ik opnieuw een leven, ... een leven met mijn dierbaren.

Kevin

“ *Lichamelijk afkicken was een grote opgave, maar m'n leven veranderen werd een nog grotere uitdaging. Maar ik was gemotiveerd en zo kon het niet verder.* ”



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

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